LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

SOCIETÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

17, RUE CASSETTE, 17

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CENT NEUVIÈME ANNÉE

1936

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1936

N° 1. — MERCREDI 1er JANVIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE) **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25 fr.** — **1 an** : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

ÉDUCATION NATIONALE. — *Au grade d'officier.* — M. Richard François Moutier, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

LA STATISTIQUE DU P. C. B. — Le nombre des étudiants inscrits en vue du certificat d'études P. C. B. est le suivant pour les quatorze dernières années (pour toute la France) :

En 1922 : 1.349.
En 1923 : 1.398 (en plus 49).
En 1924 : 1.682 (en plus 284).
En 1925 : 1.200 (en plus 248).
En 1926 : 2.211 (en plus 311).
En 1927 : 2.414 (en plus 203).
En 1928 : 2.991 (en plus 577).
En 1929 : 3.078 (en plus 87).
En 1930 : 3.371 (en plus 293).
En 1931 : 3.233 (soit 138 en moins).
En 1932 : 2.971 (soit 262 en moins).
En 1933 : 3.092 (en plus 121).
En 1934 : 3 298 (en plus 206).
En 1935 : 2 899 (soit 399 en moins).

Voici — à la date du 31 juillet 1935 — la répartition de ces étudiants par Facultés ou Ecoles, par nationalité et par sexe.

Statistique des étudiants inscrits en vue du certificat d'études P. C. B. :

Facultés ou Ecoles	Français Hommes	Français Femmes	Etrangers Hommes	Etrangers Femmes	Total
Alger	85	13	2	»	100
Amiens	18	2	»	»	20
Angers	13	2	»	»	15
Besançon	16	2	3	»	21
Bordeaux	142	19	5	1	167
Caen	33	5	1	»	39
Clermont	72	13	3	1	89
Dijon	30	4	4	»	38
Grenoble	31	4	16	2	53
Lille	116	19	2	1	138
Limoges	14	6	»	»	20
Lyon	141	25	25	2	193
Marseille	137	25	11	3	176
Montpellier	120	29	39	4	192
Nancy	75	12	15	1	103
Nantes	40	16	»	»	56
Paris	586	172	114	13	885
Poitiers	57	11	»	»	68
Reims	22	2	7	»	31
Rennes	109	11	»	»	120
Rouen	54	17	10	3	84
Strasbourg	53	17	10	2	82
Toulouse	133	18	7	1	159
Tours	22	7	19	2	50
	2.119	451	293	36	2.899
	2.570		329		
	2.899				

Soit 399 de moins que l'an dernier, se décomposant comme suit : 122 Français et 277 Etrangers.

Sauf à Besançon où le chiffre est resté le même et à Caen, Clermont, Grenoble, Poitiers et Rouen où il a légèrement

augmenté, il y a diminution dans toutes les Facultés et Ecoles. (*Vie médicale.*)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN. — Le bureau pour 1936 est ainsi composé : président, M. le professeur Boudet; vice-présidents, M. le médecin commandant Seilhan et M. Sassy; secrétaire général trésorier, M. le professeur A. Puech; adjoint, M. Lafon; secrétaire des séances, M. Viallefont.

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. — Une assemblée générale extraordinaire est convoquée pour le samedi 11 janvier, à 21 h., au siège social, 95, rue du Cherche-Midi, aux fins de modifications des statuts.

LE STATUT DES MÉDECINS EN ALLEMAGNE. — La chambre des médecins du Reich est définitivement organisée : son caractère est essentiellement corporatif et son chef sera nommé par le Führer, chef de tout le système corporatif allemand. Le médecin est considéré, même s'il exerce librement, comme « investi d'une mission publique ».

L'obligation du secret professionnel peut être levée dans l'intérêt général. Les honoraires sont fixés d'après un tarif maximum et un tarif minimum par le ministre de l'intérieur du Reich.

Le maximum ne pourra, même avec le consentement du malade, être dépassé qu'avec l'assentiment de la chambre des médecins.

Le principe de l'éloignement des non-aryens » sera appliqué, mais comportera des exceptions, justifiées par la valeur professionnelle et morale.

Le *Temps* qui nous donne cette information ajoute que les médecins « marrons » seront éliminés sans pitié.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Thomas Sgourdeos, chirurgien en chef de l'hôpital de Baloukil, décédé à Stamboul; Léopold Baulhier (de Ransart, Belgique); Robert Omont (de Reims); A. Belgrand (de Paris); M. Pierre Roussenot, étudiant en médecine à Limoges; MM. les docteurs Gaston Roche (de Sorgues); Faucher, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Vichy. Faucher fut le promoteur des lavages de l'estomac.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Léon Frey, stomatologiste honoraire des hôpitaux de Paris, chargé de cours à la Faculté de médecine, décédé à Nice.

Myosites, abcès des muscles (1), par J. PERGOLA. Préface du professeur Lenormant.

Cet ouvrage a pour but de faire connaître une affection peu fréquente, mais d'un puissant intérêt théorique et pratique, affection sur laquelle manque toute notion précise dans les ouvrages classiques.

Les myosites aiguës d'origine sanguine sont l'objet d'une étude minutieuse et approfondie. De nombreuses observations, des microphotographies très démonstratives illustrent les différents chapitres. Cette partie du livre intéresse autant le médecin que le chirurgien.

La deuxième partie du volume a trait aux myosites chroniques. A côté des myosites syphilitiques et tuberculeuses déjà connues et bien décrites, l'auteur insiste sur les infections musculaires d'allure froide à pyogènes banaux. Ces dernières peuvent réaliser des abcès ou des tumeurs. La myosite scléreuse, quelle que soit son étiologie, simule point pour point cliniquement le néoplasme malin. L'auteur montre la difficulté de ce diagnostic et insiste sur l'incision exploratrice de contrôle et la biopsie.

L'anatomie pathologique des myosites aiguës et chroniques décrite avec soin est accompagnée d'une belle iconographie.

Enfin le traitement est l'objet d'une bonne mise au point. L. G.

(1) In-8 de 166 pages avec 8 figures. — Prix : 35 fr. — Paris Masson et Cie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ÉTUDIANT ÉTRANGER

14156. — M. Ballu demande à M. le Ministre de la Santé publique si un étudiant en médecine, d'origine roumaine, terminant ses études et devant posséder dans deux mois son diplôme d'Etat, et désirant se faire naturaliser Français, aussitôt après, pourra exercer après l'accomplissement de son service militaire. (*Question du 4 novembre* 1935.)

Réponse. — Aux termes de l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935, tout étranger naturalisé et muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine, pourra immédiatement exercer la médecine s'il a accompli le temps légal de service militaire actif.

CHIRURGIEN DENTISTE

14189. — M. Ballu demande à M. le Ministre de la Santé publique, si, en application de la loi du 30 juin 1935, dite loi Nast, sur l'exercice de la médecine par les étrangers : 1° un médecin stomatologiste français, diplômé de l'Etat, peut employer pour la chirurgie dentaire (avulsions, obturations), un sujet étranger, réfugié russe, muni d'un diplôme de chirurgien-dentiste de la Faculté de Nancy, décerné en juillet 1935 ; il n'est pas question pour un dentiste étranger de fonder un cabinet dentaire, mais seulement de collaborer sous la direction et la responsabilité d'un dentiste français ayant besoin d'un aide pouvant le remplacer au besoin, l'étranger dont il s'agit serait possesseur d'une carte de travail délivrée par l'Office de placement sur présentation d'un contrat délivré par son éventuel patron ; 2° si, au cas où le sujet étranger serait possesseur d'un diplôme d'Université au lieu d'un diplôme d'Etat, cette particularité entraîne des objections spéciales et si ces objections seraient identiques pour un opérateur de nationalité française. (*Question du 6 novembre* 1935.)

Réponse. — 1° Un chirurgien-dentiste étranger ne peut exercer, que ce soit seul ou sous le contrôle d'un médecin stomatologiste français, que s'il est titulaire du diplôme d'Etat et s'il a été autorisé à exercer avant la promulgation de la loi du 26 juillet 1935 ; 2° un chirurgien-dentiste, titulaire du diplôme d'Université, qu'il soit Français ou étranger, ne peut pas exercer l'art dentaire. (*J. O.*, 27 déc. 1935.)


SPASMOSEDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

A PROPOS D'UN CAS D'ÉPILEPSIE PAR ARTÉRITE DIABÉTIQUE CLASSIFICATION PATHOGÉNIQUE DES ÉPILEPSIES DIABÉTIQUES

Par M. R. MASSIÈRE,
Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

L'association du diabète et de l'épilepsie s'observe assez souvent ; les progrès réalisés sur la pathogénie des deux syndromes au cours de ces dernières années permettent de distinguer diverses formes de mécanismes différents.

Le problème est en effet complexe si l'on cherche des précisions.

Il faut tout d'abord distinguer le diabète vrai compliqué d'épilepsie et les glycosuries passagères qui accompagnent souvent les crises convulsives d'origine diverse et l'épilepsie dite essentielle des anciens auteurs.

Il est également nécessaire d'éliminer les convulsions épileptiformes par tumeur cérébrale, par lésions de méningo-encéphalite syphilitique, par artérite sénile, par hémorragie méningée, ainsi que l'urémie convulsive.

Toutes ces manifestations d'allure épileptique peuvent coexister avec un diabète véritable, mais ne sont pourtant pas d'origine diabétique.

Il existe des crises d'épilepsie associées au diabète pour lesquelles la cause même semble bien liée au trouble du métabolisme glucidique et à celui des protides et des lipides qui caractérisent cette maladie. Ainsi réduit le cadre de l'épilepsie diabétique demeure encore assez vaste.

On peut proposer la classification suivante basée sur la pathogénie :

L'épilepsie diabétique de la période prémonitoire au coma et du coma complet ;

L'épilepsie observée chez les diabétiques au cours du traitement par l'insuline ;

L'épilepsie diabétique par glycopénie en dehors de l'insulinothérapie ;

L'épilepsie par artérite diabétique dont nous rapportons un cas au cours de cet exposé.

L'épilepsie diabétique du précoma et du coma complet est connue depuis les observations de Kussmaul, de Cossen, de Krause, de Soetbeer, de Lépine, de Chauffard, de Rendu, de Guillain et de M. Labbé. La cause semble bien être l'intoxication acide par les corps cétoniques.

Cette pathogénie a été très discutée par Blum, qui a fait au XIIe Congrès de Médecine une critique de l'épilepsie acidosique. Pour cet auteur, les crises convulsives du diabète avec cétose seraient dues à l'action du sodium injecté de façon massive sous la forme de bicarbonate de soude dans les veines pour prévenir ou traiter le coma.

Stadelman a vu apparaître des convulsions chez des chiens auxquels il injectait du bicarbonate de soude intraveineux. Il ne s'agirait donc plus pour Blum d'épilepsie par acidose, mais par alcalose ; on retrouve ainsi une pathogénie de l'épilepsie qui est actuellement considérée comme démontrée pour beaucoup.

M. Labbé a publié un certain nombre d'observations dans lesquelles des crises d'épilepsie s'étaient produites chez des diabétiques avec acétonurie en dehors de toute injection bicarbonatée.

Gouget a reproduit des convulsions en injectant directement des corps acétoniques dans le cerveau de cobayes.

Von Jaksh a décrit, sous le nom d'épilepsie acétonique, des convulsions survenues chez des lapins intoxiqués par des inhalations de vapeur d'acétone.

Des lésions du cerveau ont été décrites dans le coma diabétique et récemment encore Schleussing et Schumacher ont étudié des altérations de l'encéphale dans un cas de diabète avec acidose.

L'existence de l'épilepsie acidosique repose donc sur des faits parfaitement observés.

Le traitement du diabète par l'insuline est tellement entré dans la pratique médicale courante que les convulsions épileptiformes déterminées par l'insulinothérapie doivent être étudiées avec les épilepsies diabétiques. Ici encore il faut classer.

Il convient tout d'abord d'éliminer les accidents convulsifs par injections massives d'insuline faites sans recherche de la glycosurie et de la glycémie ; l'hypoglycémie brutale est responsable de ces accidents. En dehors de ces convulsions dues à des fautes grossières de thérapeutique, il reste dans le cadre des accidents par l'insuline des crises d'épilepsie qui surviennent malgré les précautions prises.

Nous considérerons successivement les diabètes à régulation glycémique insulino-hypersensible et les diabètes à régulation glycémique insulino-instable.

Il paraît exister des diabètes où le traitement par l'insuline réduit parfaitement la glycosurie, l'acétonurie et maintient la glycémie vers son chiffre normal ; mais pour obtenir ce résultat il faut des doses d'insuline extrêmement faibles et hors de proportion avec la glycémie et la glycosurie.

L'emploi de doses seulement moyennes d'insuline déclenche chez de tels sujets des accidents hypoglycémiques qui peuvent se manifester sous forme de convulsions épileptiformes.

Cette hypersensibilité à l'insuline paraît devoir être attribuée soit à l'insuffisance du système hyperglycémiant hypophyse et surrénales, soit à l'absence de réaction du système nerveux infundibulo-tubérien qui intervient dans la régulation glycémique. Ces diabètes sont insulino-hypersensibles.

Chez d'autres sujets on ne peut, semble-t-il, réaliser la suppression de la glycosurie, de l'acétonurie et de l'hyperglycémie, car dès que l'on cherche à atteindre des doses suffisantes d'insuline il apparaît des troubles par hypoglycémie qui peuvent se traduire par des convulsions.

Ces accidents paraissent dus à des dénivellations brusques de la glycémie suivies de réascension hyperglycémique, les mécanismes compensateurs qui interviennent après les injections d'insuline n'entrant en jeu qu'avec une certaine inertie.

Ces diabètes sont insulino-instables.

Remarquons que les diabètes à régulation glycémique insulino-hypersensible et insulino-instable, qui ont été surtout décrits par l'école bordelaise avec P. Mauriac et Aubertin ne sont pas admis sans dis-

cussion. Il existe des diabètes étudiés par Bornstein, Holm, Lankhout, chez lesquels tout abaissement même très relatif de la glycémie, parfois simplement par le régime, fait apparaître des accidents du type hypoglycémique tels que convulsions et coma, bien que la glycémie soit encore haute.

Ces sujets ont besoin d'une glycémie élevée pour être équilibrés ; ces cas constituent les syndromes glycopéniques avec glycémie haute.

M. Labbé a étudié un certain nombre de diabètes dans lesquels des crises convulsives épileptiformes survenaient sous l'influence de piqûres d'insuline sans que l'on puisse les attribuer à l'hypoglycémie. Dans ces cas, pas de corps cétoniques dans les urines, on ne pouvait donc invoquer l'acidose ; la réserve alcaline n'était pas augmentée. Seule une perturbation humorale due à l'insuline pouvait rendre compte des accidents convulsifs.

Comme l'écrit M. Labbé, il semble que l'insuline puisse exercer une action directe sur l'épilepsie et peut-être révéler une épilepsie demeurée latente jusque-là.

Disons, d'autre part, que Delezenne et Hallion ont constaté que l'apparition de convulsions chez des lapins traités par l'insuline ne correspondait pas toujours aux mêmes taux de glycémie. M. Labbé a fait la même observation chez des diabétiques auxquels on injectait de l'insuline.

L'insuline paraît donc exercer une action épileptogène directe en dehors de l'hypoglycémie. L'épilepsie par troubles circulatoires cérébraux déterminés par des lésions d'artérite sénile ou d'athérome banal peut se produire chez des diabétiques âgés, elle ne rentre pas dans le cadre des épilepsies diabétiques.

Toute différente est l'épilepsie qui survient chez des diabétiques encore jeunes présentant des signes d'artérite qui ne peuvent être attribués qu'au diabète. C'est un cas de ce type que nous venons d'observer.

Observation. — Il s'agit d'un malade de 45 ans qui a présenté depuis deux ans des crises épileptiformes Bravais-Jacksoniennes.

Ces crises ont toujours un début brachial du côté gauche: le malade sent son bras se raidir, puis des secousses cloniques apparaissent rapidement, les contractions gagnent la face ; à ce moment, comme il est classique de le constater, le malade tombe sans connaissance et présente des convulsions généralisées suivies d'un coma de durée variable. Après les crises il y a de l'amnésie lacunaire et de la parésie du bras gauche.

La glycosurie est de 50 gr. par litre.

La diurèse atteint environ 2 litres et demi en 24 heures : il n'y a dans les urines ni albumine, ni acétone.

La glycémie est de 2 gr. 40. L'azotémie est normale.

Wassermann <0. Kahn <0. Meinicke <0.

La pression artérielle est normale.

Il n'existe aucune induration perceptible des troncs artériels, pas d'ébauche d'arc sénile cornéen.

Le sujet accuse de violentes douleurs thoraciques à type d'angine de poitrine.

Il n'y a aucun signe d'hypertension intra-cranienne.

On ne note aucune crise d'épilepsie ni aucun équivalent comitial jusqu'à l'âge de 43 ans.

Sous l'influence d'un régime très réduit en hydrates de carbone, la glycosurie s'abaissa à quelques grammes et la glycémie tomba à 1 gr. 70.

Malgré l'amélioration du diabète, d'autres crises d'épilepsie toujours identiques survinrent et les crises d'angine de poitrine persistèrent.

Chez ce malade on ne peut expliquer les crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne à début brachial gauche que par des troubles circulatoires dans le domaine de l'artère sylvienne droite. Ces troubles ne peuvent être dus qu'à des lésions d'artérite qui existent également au niveau des artères coronaires déterminant des crises angineuses.

L'artérite paraît être uniquement de nature diabétique, le sujet n'ayant aucun signe clinique et humoral de syphilis ou d'athérome banal.

L'artérite diabétique a son individualité nettement établie par sa précocité, on l'observe souvent en effet chez de jeunes diabétiques, et par ses lésions différentes de celles de la syphilis et de l'athérome.

On sait que la fréquence de l'artérite diabétique n'est pas en rapport avec la gravité du diabète et qu'on l'observe souvent dans des cas de diabète bénin comme celui de notre sujet.

La conclusion naturelle de cet exposé paraît être un essai de classification des épilepsies diabétiques basé sur la pathogénie.

Epilepsie diabétique acidosique du précoma et du coma complet.

Epilepsie des diabétiques traités par l'insuline :

a) Diabètes à régulation glycémique insulino-hypersensible ;

b) Diabètes à régulation glycémique insulino-instable ;

c) Epilepsie par action épileptogène propre de l'insuline sans hypoglycémie.

Epilepsie diabétique par syndrome glycopénique avec glycémie haute.

Epilepsie par artérite diabétique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(Séance du 9 décembre 1935)

Sur la recherche de la vitamine A dans les globules rouges du sang des vertébrés. — M. Philippe-Joyet-Lavergne.

Les protides sériques dans le cancer. — M. W. Kopaczewski.

Préséance et prémunition au cours du typhus exanthématique et au cours de l'infection inapparente par virus bilié. — MM. Georges Blanc, M. Nouryet et M. Baltazard. Dans l'infection typhique, il existe ce que Ed. Sergent et L. Parrot appellent la préséance. C'est le fait qu'un germe infectieux empêche, par sa présence dans l'organisme, toute agression nouvelle par un virus de la même espèce. Cette préséance se retrouve chez les vaccinés par virus bilié, même s'ils n'ont pas réagi à la vaccination. Cette préséance entraîne la prémunition.

Le phénomène de prémunition, constaté chez les vaccinés, assure une action efficace et presque immédiate de protection contre la maladie.

Grâce à ce phénomène de prémunition, on peut espérer réaliser en deux temps une vaccination efficace sans provoquer de réaction.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1935)

M. le PRÉSIDENT fait part du décès de M. Charles Walther, ancien président de l'Académie. La séance est levée en signe de deuil.

A la reprise, M. VILLARET lit une notice nécrologique sur M. Mairet (de Montpellier), récemment décédé.

M. POUCHET lit un rapport sur des demandes en autorisation d'eaux minérales.

M. TANON dépose le rapport de la Commission de la Vinification.

Recherches sur la présence de l'agent pathogène de la tuberculose dans les épanchements pleuraux sérofibrineux, par ensemencements sur le milieu de Löwenstein et par la méthode expérimentale. — MM. I. NANU (Muscel), D. JONNESCO et Mlle Marie GEORGESCO remarquent que les ensemencements sur le milieu de Löwenstein avec les liquides des pleurésies sérofibrineuses, ont donné des résultats positifs dans 5 cas sur 21 (23,8 %), tandis que les inoculations de liquide pleural n'ont donné que 3 cas positifs sur 15 (13 %). Dans les autres cas, ils ont obtenu chez le cobaye, seulement des formes de type Calmette-Valtis, ce qui prouve la faible virulence du virus tuberculeux trouvé dans les pleurésies sérofibrineuses.

Les inoculations de liquide filtré aux cobayes ont permis d'enregistrer des résultats positifs avec bacilles de Koch, seulement après ensemencement d'organes triturés.

L'ensemencement sur le milieu de Löwenstein présente aussi l'avantage de mettre en évidence le bacille de Koch dans un temps beaucoup plus court que l'inoculation au cobaye.

Recherches sur le traitement des intoxications mercurielles aiguës par la méthode américaine (alcalinisation massive). — MM. I. NANU (Muscel) et V. CIOCALTEU. Les excellents résultats obtenus par MAC NIDDER sur les chiens et par H.-B. WEISS et ROSENBLOOM en clinique humaine par l'alcalinisation massive de l'organisme dans les intoxications par des sels d'uranium et de mercure, ont engagé les auteurs à adopter ce même traitement chez tous les intoxiqués par des sels de mercure entrés dans leur service.

Les principes de base du traitement sont les suivants :

a) Diminution de quantité du poison par des lavages gastriques et des évacuations intestinales ;

b) Alcalinisation de l'organisme à l'aide du sérum Fischer en injection intraveineuse et l'ingestion d'une solution alcaline concentrée ;

c) Rétablissement de la diurèse à l'aide du sérum glucosé par la voie rectale et de la théobromine.

Dans l'appréciation des résultats, on doit tenir compte des circonstances suivantes :

a) Nature du sel de mercure ingéré par le malade (à dose égale, l'oxycyanure de mercure est beaucoup plus toxique que le sublimé) ;

b) Quantité de toxique ingérée (le traitement doit être appliqué aussitôt que possible après l'intoxication) ;

c) Facteur individuel, de nature à modifier les conclusions statistiques.

L'élément *certain* de diagnostic est la présence du mercure dans les matières vomies, l'eau de lavage gastrique, les matières fécales et l'urine, ce qui évite l'application du traitement à des simulateurs.

On sépare le mercure du cuivre sur lequel on l'avait obtenu sous forme d'amalgame. Ce mercure dégage dans un milieu acide, et surtout sous l'action de la chaleur de l'hydrogène naissant qui exerce une action réductrice sur le réactif phosphomolybdotungstique (de Folin-Denis pour les phénols).

La réaction du mercure devient de cette façon une réaction de couleur.

L'influence du milieu souterrain sur le cœur et l'appareil circulatoire du mineur. — M. FEIL a spécialement étudié, au cours des importantes enquêtes qu'il a effectuées dans les mines de fer et les carrières d'ardoise, le retentissement du milieu souterrain sur l'appareil cardio-vasculaire. Il note la rareté des affections primaires du cœur, opposée à la fréquence des manifestations secondaires, liées aux troubles de la petite circulation. Il insiste, d'autre part, sur l'hypotension artérielle relative que l'on observe avec une fréquence anormale chez les mineurs : 35 % des ouvriers qu'il a examinés dans les mines de fer ou d'ardoise, avaient une tension égale ou inférieure à 13 maxima.

Cette hypotension relative ne paraît pas traduire une déficience du myocarde ; elle est indépendante de l'état du cœur, et ne diminue en rien la résistance de l'ouvrier. Il faut la considérer comme un signe d'adaptation physiologique du système cardio-vasculaire au milieu souterrain, liée à la hausse de la pression atmosphérique dans la mine, peut-être aussi au travail au marteau pneumatique, à la température élevée du milieu souterrain, à l'action de gaz hypotensifs (oxyde de carbone, anhydride carbonique).

Un centre international d'étude de la lèpre. — M. Etienne BURNET. Le pays à lèpre le plus rapproché d'Europe est le Brésil. Il y existe un centre d'études international à Rio. Mais il faut signaler, à moitié chemin, entre l'Europe et le Brésil, un centre très bien installé, à Bamako, où les étrangers peuvent venir travailler, avec l'autorisation du ministère des Colonies, qui a fondé cet institut.

La dénatalité. — M. DEVRAIGNE. La France se dépeuple : en 1868, elle comptait 1.034.000 naissances par an ; en 1934, elle n'en comptait que 667.000, dont 5.000 dues à l'appoint d'étrangers. Avec les départs de ceux-ci refoulés dans leurs pays, les mariages diminuent ; en 1930, il y eut 342.000 mariages ; en 1934, il n'y en eut que 298.000. Et nous arrivons aux années creuses de la guerre, où nous avons eu un déficit de 1.700.000 naissances !

La diminution seule de la mortalité, d'enfants ou d'adultes, est insuffisante d'autant plus qu'elle est limitée et que le nombre des vieillards augmente. La France, qui en possédait 4 millions en 1864, en compte actuellement 6 millions. L'Italie, avec une population à peu près égale à la nôtre, a 3 millions d'enfants de moins de 15 ans de plus que nous. 12 pays européens, en tenant compte de la composition par âges de la population, sont en état virtuel de dépopulation.

La France détient le record de la dénatalité et du nombre des vieillards. Les conséquences sont : crise de surproduction industrielle et agricole, crise plus grave de chômage, ruine des finances publiques, risques de guerre, d'invasion et de défaite par manque d'effectifs, de matériel, d'alliés.

Il faut, pour sauver le pays, trois enfants en moyenne par ménage, et pour cela encore, beaucoup de familles nombreuses, pour réagir contre l'égoïsme et le désir de jouir facilement de la vie, qui sont facteurs de restriction de natalité. Il faut éduquer la jeunesse et ses éducateurs, généraliser les primes à la natalité, relever les allocations d'encouragement national aux familles nombreuses, créer des pensions aux veuves chargées d'enfants, assimiler les orphelins de familles nombreuses aux pupilles de la nation,

réduire les impôts directs pour les chefs de famille, modifier les impôts successoraux suivant qu'il y a plus ou moins de trois enfants, établir la péréquation des ressources aux charges de famille, assurer du travail aux pères de famille, lutter contre les taudis, réglementer le divorce pour assurer plus de stabilité à la famille, punir plus sérieusement l'avortement, intensifier la lutte contre le péril vénérien et l'alcoolisme, multiplier les consultations contre la stérilité involontaire, établir le vote familial.

Bref, il faut une politique de natalité efficace pour encourager les jeunes ménages à avoir des enfants, et leur permettre de les élever.

Sur la persistance de « Rickettsia canis » dans l'organisme du chien après guérison. — MM. DONATIEN et LESTOQUARD.

Prochaine séance le mardi 7 janvier 1936.

SOCIETE DE PATHOLOGIE COMPAREE

(SÉANCE SOLENNELLE ANNUELLE DU 10 DÉCEMBRE 1935)

Les Leishmanioses humaines et animales. Biologie des leishmanias. (Résumé du rapport de M. le professeur J. VERGÉ.) — Les Leishmanias (Ross, 1903) sont des protozoaires microscopiques de la famille des Trypanosomidés, susceptibles de déterminer des affections spécifiques chez l'homme et chez certaines espèces animales.

Suivant la localisation primitive des parasites, on distingue des leishmanioses externes (Bouton d'Orient, d'Alep, de Bahia...) et des leishmanioses internes ou viscérales (Kala-Azar, leishmaniose viscérale du chien...).

Après un essai de classification, l'auteur aborde l'étude parasitologique des leishmanias en prenant pour type *Leishmania Donovani*, agent du Kala-Azar asiatique, se présentant sous deux formes différentes : une forme ronde, non ciliée, exclusivement rencontrée dans l'organe infecté, et une forme ciliée, apanage des cultures.

Le parasite est peu résistant dans les cultures, et les antiseptiques, même faibles, exercent une action virulicide marquée : phénol à 1 p. 100, formol à 1 p. 1000, eau oxygénée, sublimé, etc...

L'homme, le chien, le chat, le chacal, le cheval peuvent être spontanément infectés. Dans les conditions expérimentales, on a constaté la sensibilité du singe, du hamster, du spermophile, de la souris blanche, etc.

Le rapport se termine par l'étude de la biologie du parasite (modifications biochimiques et sérologiques que la présence des leishmanias imprime dans l'organisme infecté), et par la recherche des divers réservoirs de virus qui entretiennent la maladie dans les zones d'endémie et assurent ainsi la pérennité du processus.

Leishmanioses humaines. (Résumé du rapport du professeur L. NATTAN-LARRIER.) — La distribution géographique de la Leishmaniose humaine semble s'être étendue au cours des 30 dernières années. En réalité, la plupart des foyers de Leishmaniose — qu'il s'agisse de la Leishmaniose viscérale, cutanée ou cutanéo-muqueuse, du Kala-Azar, du Bouton d'Orient ou de la Leishmaniose américaine, — semblent avoir existé avant que les recherches des microbiologistes aient permis de rattacher à leur véritable cause des syndromes que les cliniciens avaient depuis longtemps étudiés. Toutefois la L. viscérale méditerranéenne a certainement atteint depuis dix ans des régions qu'elle avait jusque-là épargnées.

Dans la zone méditerranéenne, les progrès de la Leishmaniose viscérale accompagnent ceux de la L. canine qui, d'ordinaire, la précède dans sa marche envahissante. La maladie de l'homme et celle du chien sont dues à des parasites que rien ne permet de distinguer, aussi doivent-elles être considérées comme identiques. Les faits étiologiques, qui ont été évoqués contre cette conception uniciste, ne l'infirment en rien, s'ils sont toutefois interprétés à la lumière des notions récemment acquises sur l'agent de transmission des Leishmanioses viscérales, sur la localisation des parasites chez le chien, sur l'épidémiologie générale de la maladie. En réalité, la Leishmaniose viscérale méditerranéenne est une maladie du chien qui atteint l'homme par exception. Le rôle du chien dans la conservation et la diffusion du virus de la L. cutanée paraît négligeable, malgré les observations recueillies en Transcaucasie et en Perse. Le parasite de la Leishmaniose américaine, à l'état normal n'atteint pas le chien, mais se développe sur les animaux sauvages.

La Leishmaniose viscérale des Indes paraît identique à la L. viscérale méditerranéenne ; mais le virus de cette dernière, adapté au chien, se développe de préférence chez les enfants qui résistent moins facilement que les adultes à son action pathogène. La *leishmania* du Kala-Azar et la *leishmania* du Bouton d'Orient — *Leishmania Donovani* et *Leishmania tropica* — déterminent des infections qui ne s'observent pas dans les mêmes foyers, se traduisent par des symptômes bien différents et comportent des pronostics qu'il est facile d'opposer l'un à l'autre. Les caractères cliniques de la Leishmaniose américaine ne se confondent ni avec ceux du Kala-Azar, ni avec ceux du Bouton d'Orient. Les parasites des trois Leishmanioses possèdent pourtant les mêmes caractères morphologiques soit dans les tissus, soit dans les cultures ; les réactions d'immunité, sauf la réaction d'agglutination par la méthode de Noguchi, ne permettent pas de les distinguer. Il est peu probable que chacune des trois leishmanias dérive d'un flagellé d'insecte différent ; il semble plus facile d'admettre que les trois leishmanias correspondent à trois variétés du même parasite qui, tout en conservant son tropisme mésodermique fondamental, a acquis des tropismes spéciaux pour le tissu réticulo-endothélial de certains organes de l'homme (rate, foie, ganglions, moelle osseuse, — derme cutané, — derme de la peau et des muqueuses).

On sait aujourd'hui que les phlébotomes sont les agents de transmission des Leishmanioses. Dès maintenant les notions que l'on possède sur la biologie des phlébotomes qui inoculent la Leishmaniose viscérale, la Leishmaniose cutanée ou la Leishmaniose cutanéo-muqueuse expliquent quelques-uns des caractères étiologiques de ces maladies et éclairent leur épidémiologie.

Aucune donnée nouvelle n'a été récemment acquise sur la symptomatologie du Kala-Azar indien, du Bouton d'Orient ou de la Leishmaniose américaine. Au contraire, la Leishmaniose méditerranéenne, étudiée de très près pendant ces dernières années, semble avoir pris un caractère étiologique nouveau : maladie de l'enfant, lorsqu'elle fut d'abord décrite en Tunisie, elle paraît, aujourd'hui, en France, atteindre de plus en plus facilement les adultes ; elle se rapproche ainsi par un nouveau caractère du Kala-Azar indien. Certains faits permettent, d'autre part, de supposer que la maladie pourrait, surtout chez les sujets âgés de plus de 20 ans, revêtir la forme inapparente qu'elle possède assez souvent chez le chien.

Toute infection leishmanienne, traitée par certains composés organiques d'antimoine, doit guérir rapidement. Toutefois, la guérison est d'autant plus rapide que l'infection est traitée d'une façon plus précoce et plus énergique. Tous les composés organiques de l'antimoine ne possèdent pas, d'ailleurs, la même valeur. Quant aux composés organiques de l'arsenic, ils semblent dépourvus de toute action thérapeutique efficace. On devra toujours éviter d'employer chez l'homme des médications qui n'ont pas fait leur preuve : en différant l'usage des produits dont l'efficacité est certaine,

on risquerait, en effet, de laisser passer le moment où la guérison du malade peut être facilement obtenue.

Le diagnostic précoce des Leishmanioses est la condition du succès de leur traitement. Les signes cliniques peuvent suffire parfois pour permettre de poser le diagnostic de la leishmaniose cutanée, mais la recherche du parasite dans les lésions est le plus souvent nécessaire. La leishmaniose américaine peut être simulée par des infections qui ne se distinguent d'elle que par l'absence des leishmanias dans les lésions. Quant au diagnostic de la leishmaniose viscérale, il ne peut être fondé sur les signes cliniques de la maladie : pour reconnaître la maladie, il est nécessaire, soit de chercher à découvrir le parasite dans les lésions, soit d'avoir recours aux méthodes sérologiques. La ponction de la rate, faite en observant toutes les précautions nécessaires, n'est le plus souvent pas dangereuse ; toutefois, même les médecins les plus prudents et les plus expérimentés ont pu observer des accidents mortels à la suite de la ponction splénique. La ponction du foie ne présente guère d'avantages sur la ponction de la rate. La trépanation des os peut être employée pour permettre l'examen de la moelle osseuse, mais elle exige une opération qui peut être douloureuse et est difficilement acceptée. La recherche des leishmanias dans la peau sera un excellent procédé, si les conclusions de Benhamou sont confirmées par de nouvelles recherches. Les procédés sérologiques comprennent des méthodes dont l'emploi est très facile ; la réaction par l'eau distillée, la formol-opacification, la réaction par l'uréa-stibamine, la formol-stibosane réaction, la réaction par le sulfarsénol, la lacto-opacification sont susceptibles de donner rapidement des renseignements très importants ; mais on doit se souvenir qu'aucune de ces réactions, fondées sur la proportion des composants du sérum, n'est strictement spécifique. La réaction séro-sérique possède une haute valeur et est très sensible ; mais, pour être appliquée d'une façon courante, elle exigerait la constitution de centres de diagnostic où seraient déposées des provisions de sérum actif. .

La prophylaxie de la leishmaniose viscérale sera seule envisagée ici. Aux Indes, ou dans les régions où n'existe pas la leishmaniose canine, elle ne paraît pouvoir être établie que par le traitement précoce des malades et par la lutte contre les phlébotomes. Dans la région méditerranéenne, la lutte contre les phlébotomes devra aussi être entreprise, mais elle restera difficile à organiser tant que la biologie du diptère ne sera pas mieux connue. Il paraîtrait plus simple et plus efficace d'organiser la lutte contre la leishmaniose canine, mais cette méthode prophylactique rencontre des difficultés d'ordre pratique, qui semblent malheureusement devoir en différer l'application. Il faudra toutefois se souvenir que la leishmaniose viscérale humaine est une maladie d'une extrême gravité, qui se répand rapidement en France : on ne peut donc sans danger retarder l'application des méthodes qui peuvent seules en arrêter les progrès, et un moment viendra certainement où les mesures les plus énergiques devront être adoptées sans qu'on ait le droit de s'arrêter aux répercussions qu'elles pourraient avoir.

Leishmanioses animales. Pathogénie. Pathologie. Traitement. (Résumé du rapport de MM. A. Donatien et F. Lestoquard.) — Des deux leishmanioses animales : leishmaniose cutanée à leishmaniose tropica du chien, du chat, du chacal, du cheval et de l'ours, et leishmaniose viscérale à *L. Donovani* du chien et du chat, la leishamniose viscérale ou leishmaniose générale du chien est, de beaucoup, la plus fréquente et la plus importante. Les signes généraux de la maladie sont l'amaigrissement et la torpeur. Les signes localisés sont observés au niveau de la peau (dépilations, eczéma furfuracé, ulcères) et des yeux (kératite). On voit aussi des adénites superficielles, une gastro-entérite hémorragique, des parésies, des crises d'urémie. Ces signes peuvent différemment s'associer et produire les tableaux cliniques les plus divers. L'évolution, rapide et fatale pour certains sujets, est, au contraire, très ralentie pour d'autres. Les cas d'infection sans maladie sont assez fréquentes. Les cas de guérison spontanée ne doivent pas être rares.

L'organisme du chien se défend contre *L. Donovani* par son système réticulo-endothélial. Les histiocytes phagocytent les parasites. On voit des sortes de nodules toxi-infectieux constitués par des macrophages parasités entourés de cellules mononucléaires et de rares lymphocytes. Suivant la durée de l'évolution, la rate, toujours hypertrophiée, est ramollie ou scléreuse. Les lésions actives se rencontrent dans la pulpe rouge splénique, les sinus médullaires des ganglions, la moelle osseuse, les espaces portes du foie. La peau présente des lésions au niveau du système réticulo-endothélial du derme. Mais on voit aussi dans la peau saine des histiocytes parasités et des parasites libres sans réaction inflammatoire environnante.

En raison de la méconnaissance du mode de transmission de la maladie naturelle, la pathogénie des premières phases de l'infection est inconnue. Les leishmanias, phagocytées par les macrophages, se multiplient dans ces cellules au point de les faire éclater. L'infection gagne ainsi de proche en proche et finit par envahir tout l'organisme La période d'incubation est de 3 à 6 mois. En dehors des cas de guérison, l'infection est souvent bien tolérée, même si les animaux présentent des lésions cutanées. Certains malades réagissent comme l'homme et meurent d'anémie et d'amaigrissement progressifs en quelques mois. Chez les autres, l'infection se développe jusqu'au moment où un organe essentiel (rein ou tube digestif) manifeste sa déchéance. On observe alors l'urémie à évolution plus ou moins rapide et toujours fatale ou bien une gastro-entérite hémorragique mortelle.

Des sujets ayant surmonté une première atteinte résistent à une réinoculation d'épreuve. Il n'est pas établi encore s'il s'agit d'immunité ou de prémunition.

Le diagnostic de présomption est basé sur les données épidémiologiques, la constatation des signes cliniques ou anatomiques. Il est contrôlé par la mise en œuvre des réactions sérologiques (formolgélification et séro-floculation qui, associées, ont une réelle valeur). La certitude est acquise par la mise en évidence du parasite sur des frottis d'organes (rate, foie, ganglions) ou de tissus (moelle osseuse et surtout peau qui est toujours infectée, même au niveau des parties saines).

La prophylaxie présente le plus grand intérêt non seulement pour le chien, mais aussi pour l'homme, car il est à peu près certain que le chien est le réservoir de virus de la leishmaniose viscérale méditerranéenne. Mais, dans les conditions actuelles, cette prophylaxie est très difficile à réaliser, soit que l'on essaie de tarir le réservoir de virus (abatage des chiens malades ou infectés), soit que l'on veuille détruire l'invertébré transmetteur, soit que l'on tente de protéger les chiens neufs par la vaccination.

Le traitement curatif est basé sur l'activité des sels organiques d'antimoine vis-à-vis des leishmanias. Le tartre stibié, trop toxique, a été abandonné. Le stibyal et le néostibosane sont couramment employés. L'anthiomaline est d'un usage trop récent pour que l'on puisse conclure sur son efficacité. Quoi qu'il en soit, on ne guérit définitivement que les chiens récemment infectés. Les autres, et ce sont les plus nombreux, sont simplement « blanchis ». Au cours du traitement, on observe souvent une reviviscence transitoire des lésions cutanées.

Le traitement de la dilatation des bronches, par le Dr R. Kourilsky, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° de 40 pages. Prix : 10 fr. Collection : les Thérapeutiques nouvelles. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris 6e.

CALENDRIER DES CONGRÈS
ET DES MANIFESTATIONS MÉDICALES

(Cette liste encore très incomplète sera revisée quand tous les renseignements nous seront parvenus.)

1936

31 décembre 1935-4 janvier 1936. — Le Caire, Xe Congrès de la Société Intern. de Chirurgie. — Prés. : Von Eiselberg (de Vienne), suppléé par Schoemaker (de La Haye). Sec. gén. : L. Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

5 janvier. — Paris. Assises médicales. (L'Enfant à l'âge scolaire). Prés. : Georges Duhamel. — Secrét. général : H. Godlewsky, 14, rue Théodule-Ribot.

6 janvier. — Paris. Réunion de la Société française de gynécologie, consacrée à l'étude des agents physiques en gynécologie. Secrét. général : Dr Maurice Fabre, 6, rue du Conservatoire, Paris.

2-9 février. — Paris. XVIe Salon des Médecins. — Secr. général : M. P.-B. Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (15e).

1er mars. — Paris. Assises médicales (abcès de fixation).

Mars. — Paris. Société d'hydrologie médicale. Réunion annuelle.

Mars. — Montpellier. Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier. — Renseignements : Professeur A. Puech, 1, rue du Cannau, Montpellier.

5 avril. — Casablanca. Congrès annuel du Maroc consacré à l'amibiase dans l'Afrique du Nord. — Secr. général : Dr Fournier, 26, boulevard du 4e-Zouaves, Casablanca.

15-18 avril. — Athènes. IIIe Congrès Intern. de pathologie comparée (avec croisière). — Secrét. général : prof. Antoine Codounis, 40, rue Didotou, Athènes.

Avril. — Rome. IVe Congrès Intern. de Pédiatrie. — Président : Professeur Spolverini.

Avril. — Rome. 1er Congrès Intern. d'anthropologie et psychologie criminelle. — Secrét. général : Professeur Benigno di Tullio, via Giulia 52, Rome.

3 mai. — Paris. Assises médicales. (Résultats éloignés des appendicites chroniques opérées.)

4-9 mai. — Paris. Semaine oto-rhino-laryngologique. — Secrét. général : Dr Louis Leroux, 242 bis, boulevard Saint-Germain, Paris.

28 mai-2 juin. — Vienne. IIe Congrès international des médecins catholiques (consacré aux questions d'eugénie, à la stérilisation, à la prévoyance médicale aux missions). — Renseignements dans les Sociétés Saint-Luc.

Pentecôte. — Royat. Assises int. périodiques de physiologie et thérapeutique cardio-vasculaire. — Renseignements : Société médicale Royat.

8 juin. — Vienne. Congrès de la Société Internationale d'urologie.

Juin. — Bruxelles. Journées médicales. — Secrét. général : Dr René Beckers. Bruxelles médical, Bruxelles.

5 juillet. — Paris. Assises médicales (poliomyélite aiguë. Diagnostic et traitement précoce).

Fin juillet. — Suisse allemande. — Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française. — Prés. : M. Crouzon et M. Répond.

27 juillet-1er août. — Londres. IIe Congrès de microbiologie. — Secrét. général : M. R. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, à Paris.

Juillet. — Saint-Sébastien. Congrès de l'Ass. int. de Thalassothérapie.

17-22 août. — Berlin. Congrès Intern. d'oto-rhino-laryngologie.

19-27 septembre. — Bruxelles. Congrès de la Ligue nationale belge contre le cancer.

Septembre. — Bruxelles. IIe Congrès de lutte scientifique et sociale contre le cancer.

Septembre. — Berne. IIe Congrès Intern. de l'Union thérapeutique. — Prés. : professeur Burgi.

Septembre. — Montréal. XIVe Congrès des médecins de langue française au Canada.

Septembre. — Néris. Congrès de neurologie consacré aux affections du système vago-sympathique. — Secrétariat : Société médicale de Néris.

Septembre. — Rome. Congrès de la Société Internationale d'orthopédie.

Septembre. — Turin. Journée d'orthopédie.

Septembre. — Lund (Suède). Ligue internationale contre le rhumatisme. — Secrét. général : Dr J. Van Breemen, Keisergracht 489-491, Amsterdam.

5 octobre. — Paris. XLVe Congrès français de chirurgie. — Prés. : M. Victor Pauchet ; Vice-Présid. : Med. Gen. inspect. Rouvillois, Secrét. général, 12, rue de Seine, Paris.

5 octobre. — Paris. Congrès français d'urologie. — Président : M. O. Pasteau. — Secrét. général : M. L. Michon, 34, boulevard des Invalides, Paris.

6 octobre. — Paris. Congrès français d'orthopédie. — Secrét. général : M. Rœderer, 10, rue de Pétrograd, Paris.

5-10 octobre. — IXe Congrès français de stomatologie. — Prés. : Dr Pont (Lyon). — Secrét. général : Dr Dechaume, 182, rue de Rivoli, Paris.

Octobre. — Paris. Congrès de chirurgie réparatrice.

Octobre. — Paris. XXIIIe Congrès d'Hygiène. — Secrét. général : Dr Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur.

Octobre. — Belgrade. XVe Congrès Intern. d'hydrologie. — Secrét. général : prof. Miloutine Nerkovitch, 3, rue Takowska, Belgrade, ou s'adresser à MM. Raymond Durand-Fardel, à Vichy, ou Flurin, à Cauterets, ou F. Françon, à Aix-les-Bains.

Octobre. — Paris. XVe Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Octobre. — Paris. Association des membres du corps enseignant.

Octobre. — Venise. IVe Congrès de la Presse médicale latine. — Prés. : Sénateur Davide Giordano.

1er novembre. — Paris. Assises médicales (incontinence nocturne infantile).

Date non connue. — Congrès des Sociétés Savantes.
— XXIe Congrès français de médecine légale.
— Congrès français d'oto-neuro-ophtalmologie.
— Congrès français d'ophtalmologie.

Rome. — Congrès intern. de la protection de l'enfance.

Madrid. — Congrès intern. du paludisme. — Prés. : Prof. Pittaluga.

Wiesbaden. — Congrès Intern. de la lumière. — Prés. : M. Axel Reyn, Danemark.

Lisbonne. — Union intern. contre la tuberculose. — Secrét. général : Professeur F. Bezançon, rue de Monceau, Paris.

Bordeaux. — IXe Congrès Ass. française de pédiatrie.

Amsterdam. — IIe Congrès Intern. de médecine tropicale.

1937

3 janvier. — Paris. Assises médicales. (Primo-infection tuberculeuse de l'adolescence et de l'adulte.)

Pâques. — Marseille. Congrès français de médecine. — Prés. : M. Marcel Labbé.

Mai. — Bucarest. IXe Congrès intern. de méd. et pharm. militaire.

Juillet. — Paris. Journées internationales d'aviation sanitaire civile et militaire. — Secrét. général : 2, rue Chauchat, Paris, à l'Hygiène sociale.

Juillet. — Paris. Journée internationale de la Santé publique (5 sections : Maternité et enfance, hygiène, méd. et pharm. militaires. Journées coloniales, médico-sociales et sociales. Hygiène sociale. — Secrét. : *Hygiène Sociale*, 2, rue Chauchat, Paris.

16-18 septembre. — Vichy. Congrès Intern. de l'insuffisance hépatique. — Prés. : Prof. Loeper. — Secrét. général : Dr Aimard, à Vichy.

Septembre. — Paris. 1er Congrès de la Société intern. de Gastro-Entérologie. — Prés. : M. Pierre Duval. — Sec. général : M. Leven, rue de Monceau, Paris.

Octobre. — Paris. Congrès français d'orthopédie.

Paris. — Xe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.

Lausanne. — Association int. de pédiatrie préventive. — Président : Prof. Taillens.

Barcelone. — VIe Congrès de dermatologie et syphiligraphie de langue française. — Prés. : M. Milian.

1938

Lieu à fixer. — XIe Congrès de la Société Internationale de Chirurgie.

Lisbonne. — IIe Congrès intern. des médecins amis du vin.

1939

Amérique. — XIe Congrès Intern. de dermatologie et de syphiligraphie.

Lausanne. — XIe Congrès de l'Association des Gynécologues et obstétriciens de langue française.

Lille. — IXe Congrès National de la tuberculose.

Date non fixée. — Pérouse. IIe Congrès Intern. de brucelloses. — Secrét. général : Dr Jullien, à Joyeuse (Ardèche).

PROCHAINS ANNIVERSAIRES

1936. — Centenaire de la naissance de Simon Duplay et Charles Périer, de Paris ; de Waldeyer (de Berlin). Centenaire de la mort d'Ampère.

1937. — Centenaire de la naissance de Bouchard, Cornil, Duguet et Terrier, de Paris. Centenaire de la mort d'Alibert, de Paris.

1938. — Centenaire de la mort de Broussais, de Paris.

1939. — Centenaire de la naissance de Dieulafoy, de Paris ; et de Cohnheim, de Leipzig.

CROISIÈRES ET VOYAGES MÉDICAUX

Croisière du Congrès de Pathologie comparée, 11 avril Venise, le Pirée, Mathos, Le Pirée, Athènes, C. Nauplie, Olympe, Delphes, Venise.

Croisières de la Revue générale des Sciences. — Inscriptions et renseignements au Secrétariat de l'*Association de la Presse médicale française*, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). — Tél. Littré 13-61.

Croisières médicales organisées par le Dr Loir, 12 *bis*, rue de Coligny, Le Havre.

Croisières médicales franco-belges. — Inscriptions. Voyages de Bruxelles médical, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles, et *Concours médical*, rue de Bellefonds, 37, Paris.

Croisières médicales françaises, rue Soufflot, Paris (5e). Odéon 20-63.

Voyages de la Société médicale du Littoral méditerranéen. — 1° Pâques ; 2° Noël ; 3° Eté : la Côte d'Azur, la Corse, les Alpes. — Secrét. gén. : 24, rue Verdi, Nice.

Voyages de la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne : Cévennes-Pyrénées (de Lamalou à Lourdes) ; Pyrénées-Océan. — Renseignements : Dr M. Faure, Lamalou.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR

Aliénistes et neurologistes de France et de langue française. — Juillet 1936. Suisse allemande.

Psychiatrie : *L'hérédité des affections circulaires et schizophréniques* MM. Boven et Brousseau.

Neurologie : *Etude des mouvements choréiques* : M. Christophe.

Thérapeutique psychiatrique : *Thérapeutiques nouvelles des psychoses dites fonctionnelles* : M. le prof. H. W. Haïer, de Zurich.

Anthropologie et psychologie criminelle. — Rome, avril 1936.

1° L'étiologie, le diagnostic et la prophylaxie des mineurs délinquants ; 2° la prophylaxie criminelle en rapport avec la réforme des lois pénales ; 3° les principes fondamentaux de la biologie et de la biotypologie criminelle ; 4° la prophylaxie criminelle et l'anthropologie pénitentiaire.

Renseignements : à M. le prof. Benigno di Tullio, secrét. général de la Société Italienne d'Anthropologie et de Psychologie criminelle, Via Giulià, 52, Rome.

Assises internationales périodiques de physiologie, pathologie et thérapeutique cardio-vasculaires. — Royat, Pentecôte 1936. Les spasmes vasculaires.

Chirurgie. — Congrès français. (Paris, 5 octobre 1936. — 1° *Pneumectomie.* — Rapporteurs : MM. R. Monod et Bonniot.

2° *Résultats des greffes ovariennes.* — Rapporteurs : MM. Cotte et Mocquot.

3° *Chirurgie des diabétiques.* — Rapporteur : M. Jeanneney.

Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier, mars 1936. — 1° *Le coup de soleil.* M. Aimes (de Montpellier) ;

2° *Le coup de chaleur.* M. Mouriquand (de Lyon) ;

3° *Les accidents dus à la lumière.* M. Jausion (Val-de-Grâce).

Renseignements à M. le professeur A. Puech, 1, rue du Cannau, Montpellier.

Médecine et Pharmacie militaires (Bucarest, mai 1937.

Première question : Organisation et fonctionnement du service de santé dans les opérations combinées des armées de terre et de mer (rapporteurs : Grande-Bretagne-Allemagne).

Deuxième question : Transport, hospitalisation et traitement des blessés gazés (rapporteurs : U. R. S. S., Yougoslavie).

Troisième question : Organisation et fonctionnement du service chirurgical dans les troupes motorisées (rapporteurs: Roumanie-Espagne).

Quatrième question : Utilisation des méthodes colorimétriques en analyse dans les laboratoires médico-militaires (rapporteurs : Japon-Suisse).

Cinquième question : Les édentés aux armées. Définition. Traitement. Appareillages. Utilisation militaire en temps de paix et en temps de guerre (rapporteurs : Grèce-Pays-Bas).

Sixième question : Etude comparative du ravitaillement en vivres et de l'alimentation des malades et des blessés en temps de paix et en temps de guerre (rapporteurs : Turquie-France).

Médecins du Maroc (Casablanca, avril 1936), consacré à l'amibiase dans l'Afrique du Nord.

Médecins de langue française au Canada. — Les questions traitées seront la *tuberculose, l'ulcère de l'estomac et du duodénum.*

Orthopédie. IIIe Congrès de la Société internationale (Rome, septembre 1936). — *Les dérangements internes du genou ; les arthrorises dans les séquelles de la paralysie infantile.*

Orthopédie. Congrès français. (Paris, 6 octobre 1936.) *Spondylolisthésis :* M. Guilleminet, de Lyon. *Cals vicieux du cou-de-pied :* M. Padovani, de Paris.

1937. *Transplantations tendineuses :* M. Leveuf, de Paris ; M. Perrot, de Genève.

Pathologie comparée. — Congrès international (Athènes 1936). — *Néphroses et amyloses ; Echinococcoses ; Leishmanioses ; Spirochétoses ; Avitaminoses.*

Pédiatrie. — IVe Congrès international. — Avril 1936. — 1° Métabolisme minéral et hydrique dans la première enfance. Leur importance dans la question de l'allaitement artificiel ;

2° Le problème de la tuberculose de l'enfance, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique.

Le problème de la tuberculose de l'enfance, au point de vue de la contagion de la part de l'enfant.

Le problème de la tuberculose de l'enfance, en rapport avec les études modernes sur l'ultravirus ;

3° La maladie neuro-psychique en pédiatrie, du point de vue clinique et social.

Stomatologie. — IXe Congrès Français. Paris. — 5 au 10 octobre 1936. — Etude comparative des traitements des infections périapicales chroniques. Etat actuel de la question. Traitement médical et par les agents physiques (Dr Soleil ; traitement chirurgical (Dr Duclos).

Incidents, accidents et complications du traitement orthodontique (Dr Izard).

Contre-indications absolues et relatives du traitement orthodontique (Dr Quintero).

Question mise en discussion : Complications immédiates et médiates des extractions. Leur traitement (Dr Landais).

Urologie. Congrès fran;ais. — Pour 1936 : *Les anomalies pyélo-urétérales* ; rapporteur : M. Darget (Bordeaux) ;

Pour 1937 : *Le traitement chirurgical des néphropathies médicales (néphrites, hypertension)* ; rapporteurs : MM. Chabanier, Gaume, Lobo Onell.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DU TESTICULE

Les tumeurs du testicule, presque constamment cancéreuses, qu'il s'agisse d'un néoplasme primitif ou d'une dégénérescence secondaire, nécessitent un diagnostic précoce, suivi d'une intervention immédiate qui, associée à la radiothérapie pénétrante des ganglions lombaires, peut seule permettre des survies de longue durée.

DIAGNOSTIC POSITIF. — AU DÉBUT. — Aucune douleur, aucune gêne. Le cancer est ordinairement méconnu. Parfois cependant il sera découvert par hasard ou à l'occasion d'un traumatisme, sous forme d'un **noyau intra-testiculaire induré.**

La lésion débute en pleine glande sous forme d'un *nodule*, gros comme un pois ou une noisette, *dur, indolent, mal limité*, avec *perte à son niveau de la sensibilité testiculaire normale* conservée par ailleurs. Souvent c'est seulement une *zone dure tranchant par sa consistance sur le reste de la glande*, par ailleurs normale ainsi que ses annexes.

Fait essentiel en effet : il n'existe aucune réaction de l'albuginée, le scrotum est souple, la vaginale pinçable, l'épididyme normal, le cordon non infiltré. Le testicule opposé est en tous points normal. *Zone indurée unique sans aucune réaction de voisinage : le cancer est presque certain.*

Une **exploration sanglante immédiate,** sous anesthésie locale, montrant une vaginale normale, une *albuginée sillonnée de vaisseaux de dimensions tout à fait anormales,* et, si cette hypervascularisation manque, une *orchidotomie exploratrice,* permettront d'affirmer le diagnostic.

A LA PÉRIODE D'ÉTAT. — **C'est un gros testicule.** Par un examen méthodique on précisera les caractères et les rapports de la tumeur.

Le testicule est *lourd, volumineux,* tantôt lisse et régulier, tantôt irrégulier et bosselé. La *consistance* en est parfois uniformément ferme ou ligneuse, souvent irrégulière, normale par endroits, très dure en certains points, molle ou même fluctuante en d'autres. La *sensibilité,* souvent entièrement abolie, parfois persiste en certains points.

La vaginale, souvent normale et *pinçable,* contient parfois une petite lame liquidienne.

L'épididyme est aplati, étiré, souvent méconnaissable, semblant enfoui dans la tumeur, mais on pourra toujours en reconnaître **la tête,** dont le **pincement** fournit le signe majeur de tumeur testiculaire (Chevassu). Petite saillie mollasse, allongée sagittalement, cette tête devra être recherchée, si le testicule est très volumineux, non au versant postérieur de son pôle supérieur, mais plus bas et plus en arrière.

Le cordon, à ce stade, est ordinairement respecté, le déférent normal, les vaisseaux hypertrophiés. *Le scrotum* est encore souple et mobile. *Le contenu scrotal opposé est normal.* L'adénopathie sus-ombilicale, si elle existe, ne peut être perçue.

Malgré l'importance de la tumeur, il n'existe en règle aucune douleur : une *simple gêne,* une vague pesanteur. *L'état général est parfaitement conservé.*

Du reste, le diagnostic s'impose le plus souvent et *l'exploration sanglante* le confirmera, conduisant à une **castration immédiate,** dont le pronostic à distance est déjà très réservé.

A LA PÉRIODE TERMINALE. — *La tumeur est devenue énorme, englobant l'épididyme, infiltrant le cordon, envahissant le scrotum.* La peau adhère à la tumeur puis s'ulcère : **ulcération cancéreuse typique** à fond bourbillonneux, à bords indurés, éversés, violacés, une *adénopathie inguinale bilatérale* apparaît.

C'est à cette période qu'on peut voir :

Une masse ganglionnaire sus-ombilicale dure, fixe, parfois soulevée par les battements aortiques ;

Des métastases au foie, aux poumons, dans les os longs, au rachis.

L'état général est très altéré : cachexie cancéreuse, **douleurs** atroces, œdèmes des membres inférieurs. Le malade est perdu.

CERTAINS ASPECTS CLINIQUES PARTICULIERS. — **Cancer d'un testicule ectopique.** Assez fréquent, il débute parfois par de vives douleurs inguinales. Une tumeur inguinale dure et peu mobile, une bourse vide.

Cancer aigu, évoluant comme une orchite subaiguë, rapidement ulcéré, tuant en quelques mois.

Cancer à type d'hydrocèle symptomatique, absolument exceptionnel.

Cancers métastatiques. Ce peut être une *masse ganglionnaire sus-ombilicable,* entraînant des troubles de compression ; plus souvent une *fracture spontanée,* une *paraplégie douloureuse,* révélant une métastase osseuse, qui permettront la découverte d'une tumeur testiculaire latente et rapidement métastatique.

DIAGNOSTIC DE LA VARIETE. — Il est impossible d'affirmer la nature exacte d'une tumeur testiculaire d'après son aspect clinique. Classiquement :

Séminome : homme mûr, testicule sain auparavant, évolution lente et progressive. Tumeur régulière, sensibilité testiculaire abolie, vaginale libre.

Tumeur mixte : adulte jeune, longue phase de bénignité. Petite tumeur dure longtemps immuable qui soudain grossit rapidement, devient irrégulière. Réaction vaginale, sensibilité testiculaire par endroits, évolution rapide.

Tératome : sujets très jeunes, évolution très lente, dégénérescence possible.

En fait, seul **l'examen histologique après castration** permet le diagnostic.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL. — **Le noyau intra-testiculaire.**

Un seul diagnostic : *la gomme syphilitique intra-testiculaire ;* mais, à l'opposé du cancer, c'est là une *lésion inflammatoire souvent bilatérale,* s'accompagnant de réactions de voisinage marquées : *albuginite* (grains de plomb, plaques de blindage), funiculite, vaginalite. Insensibilité testiculaire absolue.

Antécédents et réactions sérologiques sans grande valeur. Si doute : *traitement d'épreuve polymédicamenteux énergique et court* (10 jours) et, s'il n'a rien donné, *exploration sanglante immédiate avec orchidotomie exploratrice,* pour laquelle mieux vaut souvent ne pas attendre les résultats du traitement.

Le gros testicule.

On ne discute pas les gros épididymes, ordinairement tuberculeux. Plus délicat *l'hématocèle :* mais tumeur plus dure, résistant par sa coque épaisse, infiltrant scrotum et cordon, souvent douloureuse. On ne peut pincer vaginale et tête épididymaire. Antécédents et évolution par poussées.

Les gros testicules : non la syphilis habituelle avec ses réactions de voisinage caractéristiques, mais la *syphilis testiculaire hypertrophique* (forme gommeuse massive sans signes associés) et la rarissime tuberculose hypertrophique.

Dans tous les cas, l'exploration sanglante affirmera le diagnostic.

DIAGNOSTIC D'INTERVENTION. — Il faut intervenir dès le diagnostic posé, la tumeur pouvant faire des progrès très rapides : **castration suivie de radiothérapie pénétrante des ganglions lombaires.**

Sont pratiquement inopérables : les tumeurs ulcérées, les tumeurs métastatiques (grosse masse ganglionnaire juxta-aortique, métastase osseuse, pulmonaire ou hépatique).

Sinon les résultats seront, particulièrement dans les séminomes, d'autant plus favorables que l'intervention aura été plus précoce.

CHRISTIAN PIERRA.

A propos d'un Argus très utile

J'analyse va entrer dans sa neuvième année. C'est une publication présentée sous forme *d'argus* citant 140 journaux et revues de langue française. Elle rend de grands services au praticien, au médecin et à l'étudiant préparant des concours ainsi qu'au spécialiste, en leur apportant chaque mois des analyses et une bibliographie bien faite, classée par spécialités.

Le coût de l'abonnement est minime : 20 fr. France ; 30 francs. Union postale ; 40 fr. autres pays. Un numéro spécimen sera envoyé sur demande adressée au Dr Crouzat, 84, boulevard Richard-Lenoir, Paris 11e.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 2. — SAMEDI 4 JANVIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GRANDE CHANCELLERIE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Loiseau, chef de service à l'Institut Pasteur, médecin des maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Barozzi (de Bordeaux), Branère (de Pontonx-sur-Adour).

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Frizac, ancien médecin lieutenant-colonel.

(Réserve.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin colonel Nobécourt.

COLONIES. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Lalung-Bonnaire, médecin inspecteur de l'assistance médicale en retraite ; Martin (de Saint-Paul, Réunion).

Au grade de chevalier. — M le docteur Poirrier (A.O.F.).

MARINE — Liste des élèves du Service de santé de la marine reçus docteurs en médecine, affectés au Corps de santé de la marine et désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Toulon :

Promotion 1931 : MM. Viaud, Le Bourhis, Dubernat, Fuchs, Betegan, Carel, Bonnel, Miqueu, Carpentier, Brugère, Colloc, Hébraud, Seince, Texier, Chamfrault, Calvary, Caer, Bertaud du Chazaud.

— Liste des élèves du Service de santé de la marine reçus docteurs en médecine, versés au Corps de santé des troupes coloniales, pour compter du 31 décembre 1935, et désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Marseille :

Promotion 1931 : MM. Lestrade, Gounelle, Weber, Ferville, Eggenberger, Bouilloc, Chippaux, Raymond, Blanche, Puyuelo, Salaun, Billot, Charbonnier, Lemoine, Gallais, Phelippaud, Fonvieille, Gay, Le Henaff, Morand, Malaterre, Corvez, Lacroix, Brochen, Barthère, Ferrand, Sappey, Gide, Dezest, Gariou, Blanquie, Hollecker, Gineste, Guérin, Le Floch, Griffon, Berthon, Fleuriot, Preceptis, Langeard, Poulic, Goulloc'h, Creste, Ratier, Guérard, Le Bousse, Touanen, Torresi, Furet, Jourdain, Queguiner, Rodallec, Le Falchier, Couprigny, Rannou, Jean, Rouquette, Giraudeau, Bascheri, Abadie, Kersaudy, Graziani, Bereni, Neel, Favreaux, Taxil, Gouzigou, Roques.

HÔPITAL NOTRE-DAME DE BON-SECOURS. — Un concours pour cinq places d'internes titulaires et cinq places d'internes provisoires sera ouvert le lundi 17 février 1936, à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes, Paris (XIVe).

Les épreuves sont au nombre de deux et toutes deux théoriques :

Une écrite comprenant trois questions (anatomie avec ou sans physiologie, pathologie interne et pathologie externe), 45 points ;

Une orale comprenant deux questions (pathologie externe et pathologie interne), 20 points.

Les internes titulaires en fonction reçoivent un traitement annuel de 5.600 fr. la première année ; 5.900 fr. la deuxième et 6.200 fr. la troisième.

Pour les renseignements et demandes d'inscription, s'adresser à M. l'administrateur-délégué, 66, rue des Plantes, le mercredi, de 9 à 11 h., et le samedi, de 14 à 17 h., jusqu'au 1er février 1936 (dernier délai d'inscription).

COURS DE LA FACULTÉ. — M. le professeur Roussy recommencera son cours d'Actualités anatomo-pathologiques le samedi 11 janvier, à 16 h.

LE GALA DE LA MÉDECINE, offert gratuitement par les étudiants aux médecins, pharmaciens, dentistes et étudiants de Paris, avec le concours des spécialités pharmaceutiques, aura lieu à la salle d'Iéna, 10, avenue d'Iéna, le samedi 1er février, de 22 h. à 2 h. du matin.

Comme les années passées, il revêtira la forme d'une soirée artistique avec le concours des plus grandes vedettes de Paris : Claire Franconnay, Willy Tunis, Jean Marsac, Pierre Dac, Goupil, Géo Charley, Alice Cocéa, Marianne Oswald, Pierre Bertin, Duvallès, Albert Préjean, etc.

Les médecins, pharmaciens, dentistes et étudiants peuvent demander le nombre d'invitations qu'ils désirent au Comité des fêtes des étudiants en médecine, 25, avenue d'Eylau, Paris (XVIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Victor Pourrières (de Marseille).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LE REMPLACEMENT ENTRE MÉDECINS ET LA RESPONSABILITÉ DU REMPLACÉ A L'OCCASION DES ACCIDENTS CAUSÉS PAR LE REMPLAÇANT FAISANT USAGE DE LA VOITURE DU REMPLACÉ.

Le remplacement soulève un certain nombre de questions intéressantes à l'occasion des accidents dont peuvent être victimes soit des clients, soit des tiers par suite de l'utilisation de la voiture du remplacé par le remplaçant.

Nous envisagerons aujourd'hui les conséquences juridiques des accidents de la 2e catégorie qu'un récent arrêt de la Cour de Bordeaux en date du 15 juillet 1935, confirmant un jugement du Tribunal civil de Nontron du 14 juin 1933 et publié dans le *Quotidien Juridique* du 11 octobre 1935, vient dégager avec netteté.

Dans l'espèce jugée, un médecin avait convenu avec un confrère que celui-ci le remplacerait auprès de la clientèle en son absence.

Le remplaçant recevrait du premier le logement, la nourriture, une somme forfaitaire de cinquante francs par jour et aurait en outre à sa disposition tous frais payés les instruments, l'installation professionnelle et la voiture automobile du remplacé.

En utilisant celle-ci, le remplaçant eut un accident entraînant des conséquences dommageables tant à l'égard d'un tiers que de la voiture du remplacé, et le Tribunal estima que l'auteur de l'accident était le remplaçant.

En outre, le Tribunal considéra que la convention intervenue entre les parties n'était ni un louage de services, car il manquait le lien de subordination, ni une société, le partage des risques n'existant pas, mais une question d'affaires entraînant la responsabilité civile du remplacé.

Cette décision était conforme à la jurisprudence habituelle suivant laquelle le remplacé est responsable des accidents causés par le remplaçant lorsque celui-ci a à son égard la qualité juridique de préposé ou de gérant d'affaires, ce qui est le cas le plus habituel dans les remplacements par des étudiants qualifiés ou des médecins rémunérés, logés et nourris. Mais alors que généralement, le remplacé et le remplaçant sont exonérés pratiquement des conséquences dommageables de l'accident, en ce qui concerne du moins la responsabilité civile, par suite de l'assurance tous risques souscrite par le remplacé, le remplacé n'avait précisément pas contracté une telle police et, par suite, avait formé contre son remplaçant une demande en garantie pour obtenir le remboursement des frais de réparation de sa propre voiture.

La Cour, comme le Tribunal, a décidé que si l'entretien de la voiture était à la charge du remplacé, cette obligation n'impliquait pas la réparation du dommage causé par une faute du remplaçant qui demeurait responsable dans les termes de l'art. 1382 C. civil.

Elle a donc accueilli le recours en garantie et le remplaçant a été condamné au remboursement.

Quelles conclusions tirer, au point de vue pratique, de ces décisions ? Elles sont très simples : le remplaçant sera prudent avant de conduire la voiture du remplacé en demandant à celui-ci s'il est assuré tous risques et dans la négative en contractant lui-même une police le garantissant contre le recours du remplacé contre lui.

Pour compléter la mise au point des problèmes soulevés par le remplacement, il y a lieu de dire qu'un cas très différent de celui que nous venons d'examiner peut se produire : celui où le remplaçant n'est ni logé, ni nourri, ni rémunéré par son confrère dont il n'est ni le préposé, ni le gérant d'affaires.

S'il provoque un accident avec la voiture que lui a confiée le remplacé, il sera tenu personnellement des conséquences dommageables de l'accident, dont il sera l'auteur responsable, à titre d'emprunteur ou de gardien du véhicule. En vertu de l'art. 1384 C. civ., il devra indemniser les tiers victimes de l'accident et en vertu de l'art. 1382, il devra indemniser le propriétaire de la voiture prêtée au cas où elle-même aura été endommagée par suite de l'accident.

La jurisprudence est constante en ce sens avec cette réserve que si l'accident est dû à un vice de construction ou de fonctionnement de la machine, la responsabilité incombe au remplacé, sauf son recours contre le constructeur.

Si donc les modalités du remplacement ne permettent pas de considérer le remplaçant comme le préposé ou le gérant d'affaires du remplacé, il sera prudent de la part du remplaçant qui emprunte la voiture de son confrère de contracter une police couvrant sa responsabilité soit à l'égard des tiers, soit à l'égard du propriétaire.

C. NATTAN-LARRIER,
docteur en Droit,
avocat à la Cour de Paris.

REVUE GENERALE
et recherches originales

LE LIPIDES DU SÉRUM DES HYPERTENDUS

Par MM. G. CARRIÈRE,
Professeur de Clinique médicale,

Claude HURIEZ, et Léon SENCE,
Chef de clinique médicale Ancien interne des hôpitaux
de Lille.

Historique. — C'est Chauffard, en 1910, qui soupçonna le rôle important du cholestérol en physiologie et pathologie humaines. Avec Grigaut et Guy Laroche, il mit en valeur l'étude de la cholestérinémie. Parmi d'autres constatations, il observa que l'excès de cholestérine pouvait amener toute une série d'accidents par dépôt au niveau de certains tissus (athéromes, xanthomes, gérontoxons, plaques rétiniennes, etc...).

Sous cette impulsion, de nombreux auteurs recherchèrent la cholestérinémie et ses troubles dans les diverses manifestations morbides et plus particulièrement en pathologie circulatoire.

Lemoine et Gérard, de leur côté, montrèrent le rôle des dépôts de cholestérine dans l'athérome artériel et la formation des placards calcaires. Les dosages se multiplièrent, et il devint de notion courante que le taux du cholestérol sanguin était anormalement élevé chez les hypertendus. L'école de Chauffard et Widal, qui avait mis ce fait en valeur, y voyait un symptôme de néphrite, conception aujourd'hui discutée comme nous le verrons.

Depuis dix ans, de nombreux travaux ont fourni quelques précisions intéressantes. Labbé et Heitz (1923) présentent leurs recherches sur l'hypercholestérinémie des sujets atteints d'artérite oblitérante qui sont le plus souvent des hypertendus. Richard et Roesch (1926) apportent les résultats de leurs dosages dans 80 cas d'hypertension. — Codounis consacre sa thèse (Athènes 1928) aux rapports du cholestérol avec la viscosité sanguine et la tension artérielle. — Gravila et Bedariu recherchent le taux du cholestérol dans les néphrites chroniques, étude reprise ensuite par Falciatore (1935).

Loeper et Lemaire apportent des idées nouvelles et fécondes sur la mesure du pouvoir précipitant et dissolvant du sérum, dont l'étude fut reprise tout récemment de façon complète par L. Tixier et M. Eck. Enfin Guy Laroche et Grigaut, pendant toute cette période, n'ont cessé de poursuivre leurs travaux sur le métabolisme des lipides.

Analyse de ces publications. — Elles ont toutes tenté de répondre aux propositions suivantes :

a) L'hypercholestérinémie est-elle constante dans l'hypertension artérielle ?

b) Y a-t-il parallélisme, ou tout au moins un certain lien, entre les variations de ce lipide et celles du degré tensionnel ?

c) Peut-on vérifier expérimentalement cette hypothèse clinique ?

d) Par quels mécanismes pourrait-on expliquer le rôle possible de l'hypercholestérinémie dans la genèse du processus hypertensif ?

A) Fréquence de l'hypercholestérinémie au cours de l'hypertension artérielle permanente. — Les recherches de Chauffard, Grigaut, Guy Laroche, Labbé, Heitz avaient établi d'une manière qui paraissait définitive les deux faits suivants :

1° Dans les néphrites aiguës, on n'observe pas, en général, de modification de la cholestérolémie.

2° Dans les néphrites chroniques, l'hypercholestérolémie est constante, et peut atteindre jusqu'à 15 gr.

Cette hypercholestérolémie s'accompagne en outre, dans les affections rénales et artérielles, de dépôts dans les artères altérées et d'hypertension.

Cordier, Boulud et Colrat en 1920 signalent le cas d'un grand brightique hypertendu avec forte albuminurie et œdèmes, azotémie faible et cholestérinémie à 6,40 gr.

La première statistique importante fut apportée par Richard et Roesch, au cours d'une étude portant sur 80 hypertendus. Les chiffres moyens montrèrent une élévation parallèle de la cholestérolémie et de l'hypertension. Bien que faible, ce parallélisme est cependant à retenir :

	Tension.	Taux moyens du cholestérol.
30 sujets....	15 à 20	2.06
24 sujets....	20 à 25	2.12
26 sujets....	plus de 25	2.17

Les auteurs ajoutent que, parmi leurs sujets, ce sont ceux aux rétentions azotées les plus fortes qui ont la cholestérolémie la moins accentuée.

Cestan, dans trois cas de néphrite hypertensive grave, et dans un cas d'albuminurie avec urémie sans hypertension, a trouvé une hypercholestérolémie constante.

Kervarec, Enachesco et Danulesco ont effectué des dosages sur 17 hypertendus ; trois d'entre eux avaient une cholestérolémie normale entre 1,65 et 1,68. Pour les 14 autres, ils ont trouvé des chiffres variant entre 1,90 et 3,65. Donc d'une manière générale, l'hypercholestérolémie était nette chez leurs hypertendus.

Gravila et Bedariu ont dosé la cholestérolémie de 100 sujets atteints de néphrite chronique. De leur publication, il ressort que 28 d'entre eux étaient hypertendus. La moyenne de la cholestérolémie était de 2 gr. environ, donc plus élevée que la normale, sans cependant qu'il existât un rapport direct et constant entre l'hypercholestérolémie et l'hypertension.

De l'analyse de toutes les publications précitées, se dégage la notion de la fréquence de l'hypercholestérolémie chez les hypertendus.

Mais Richard et Roesch sont les seuls à souligner l'élévation parallèle de la cholestérolémie et de l'hypertension.

B) Recherches expérimentales. — La fréquence de l'hypercholestérolémie chez les hypertendus appelait des vérifications expérimentales.

Verse, Lubarsch, Van Leersum, Schmidtmann montrèrent que l'addition du cholestérol à la ration alimentaire du lapin produisait non seulement des lé-

sions artérielles, mais encore une élévation tensionnelle.

Mlle Schmidtmann a nourri des lapins avec des aliments riches en cholestérol. La tension qui était de 84 mm. de Hg avant l'expérience, est montée progressivement à 120 où elle s'est maintenue durant quelques semaines, pour diminuer par la suite. Simultanément le taux du cholestérol qui était de 0,40 gr. à 0,50 gr. par litre atteignait des chiffres considérables (dix à vingt fois plus forts, d'après l'auteur).

Thomas, répétant systématiquement les mêmes expériences, écrit n'avoir obtenu que des résultats imprécis et d'interprétation difficile.

Westphal fait ingérer deux grammes de cholestérol par jour à des lapins ; le quatrième jour, la pression a notablement augmenté, et le taux de la cholestérolémie est passé de 1 gr. à 1,12 gr.

Thomas reprend le problème, en utilisant non plus la voie buccale, mais l'injection intra-veineuse. Il pratique tous les 3 jours, pendant 4 à 6 semaines, des injections d'un demi-centimètre cube d'huile contenant quinze milligrammes de cholestérol pur. Dans quatre cas, il constate une action hypertensive nette des injections de cholestérol, action beaucoup plus lente et tardive que celle de l'adrénaline. Mais l'élévation concomitante de la cholestérolémie ne fut relevée que dans la moitié des cas.

— Si, de ce dernier point de vue, les résultats expérimentaux ne sont pas absolument probants, il faut souligner par contre la fréquence de l'élévation tensionnelle consécutive à l'ingestion ou aux injections de cholestérol.

Recherches personnelles

Nous avons étudié le métabolisme lipidique de 105 hypertendus. Dans des publications antérieures (1), nous avons fourni les précisions cliniques nécessaires sur ces hypertensions *nettes* (supérieures à 20), *permanentes* et *stables*. Rappelons que le trouble tensionnel pouvait être considéré soit comme isolé (10 hypertensions solitaires juvéniles — 25 hypertensions séniles) ;

Soit comme *compliqué* de grosses lésions *rénales* (9 cas) ou *vasculaires* (dix cas avec hémiplégies — neuf cas avec aortites — deux avec artérites — huit à lésions oculaires) ;

Soit comme *associé* à d'autres processus morbides (14 fois à la ménopause — 4 fois au diabète — 6 fois à l'obésité — 8 fois à la syphilis).

Pour l'étude des corps gras, nous avons utilisé simultanément deux méthodes :

a) La technique de Grigaut nous fournit, par colorimétrie, les teneurs des 105 sérums en cholestérol total, estérifié et libre. Elle nous a permis de plus de déterminer le pouvoir cholestérolytique du sérum de ces hypertendus en nous conformant aux articles récents de Lœper et Lemaire, de Tixier et Eck.

b) La méthode pondérale (dérivée de la technique de Windaus) nous permit également d'évaluer la cholestérolémie totale de 19 sérums. Nous indiquons de suite que les résultats acquis par la précédente technique furent confirmés — avec les quelques différences, légères d'ailleurs, qui s'attachent aux résultats de mesures par colorimétrie et par pesée.

Mais la méthode pondérale avait l'avantage de permettre d'apprécier les teneurs des sérums étudiés en insaponifiable total, insaponifiable X, acides gras et lipides totaux, et l'établissement des rapports $\frac{\text{cholestérol}}{\text{lipides}}$ et de la constante lipémique : $\frac{\text{cholestérol}}{\text{acides gras}}$.

Nous précisons enfin que toutes les déterminations ont été effectuées à partir du sérum dont « l'étude présente seule un intérêt clinique » d'après l'article récent de Guy Laroche et Grigaut (*Journal Médical Français*, février 1935, page 51).

Résultats de nos dosages. A. *Cholestérol total.*— La mesure du cholestérol total décela toujours une augmentation importante de ce corps lipidique. La moyenne des 105 dosages fournit en effet un taux de 2,42 au litre. Les limites normales de la cholestérolémie oscillant entre 1,40 et 1,80, il existait donc une augmentation considérable du cholestérol total, s'élevant à 33 % de la valeur normale maxima.

En analysant les résultats des 105 dosages, nous constatons :

1° L'absence d'hypocholestérinémie; le taux le plus bas fut noté à 1,46.

2° La rareté des cholestérolémies normales, puisque 16 sérums seulement renfermaient de 1,46 à 1,75 de cholestérol par litre. Et, si on voulait même porter à 2 grammes (taux déjà nettement anormal) la teneur limite maxima du cholestérol total, nous ne trouvions que onze observations à joindre aux seize précédentes.

Un quart donc seulement de nos hypertendus avait un taux de cholestérol total à peu près normal.

3° Plus de la moitié (60 cas) avaient une cholestérolémie nettement augmentée (entre 2 et 3 gr.).

4° Dix-huit sérums, enfin, renfermaient plus de 3 gr. de cholestérol par litre de sérum.

En synthèse, l'étude des variations du cholestérol total chez nos sujets fut beaucoup plus simple que ne le fut l'étude des autres constituants du sérum, en raison du caractère constant et général de cette hypercholestérolémie, quel que fût le type hypertensif étudié.

Il existait une certaine proportionnalité entre l'exagération du trouble tensionnel et celle de la cholestérolémie.

La cholestérolémie moyenne des 51 hypertendus à tension maxima ne dépassant pas 22 était de gr. 2,38

La cholestérolémie moyenne des 36 hypertendus dont la tension maxima s'établit entre 22 et 25 inclus était de .... gr. 2,40

La cholestérolémie des 18 hypertensions considérables, c'est-à-dire dont la maxima s'établit au-dessus de 26 était de .... gr. 2,62

B) *Cholestérol estérifié.* — Une partie importante du cholestérol sérique est combinée aux acides gras (acides palmitique, stéarique, oléique) pour donner les esters du cholestérol, ou cholestérol estérifié. Il existe en moyenne 60 % d'esters du cholestérol pour 40 % de cholestérol libre.

(1) Carrière, Huriez, Leperre et Sence. *a*) Propriétés physico-chimiques du sang des hypertendus, *Bull. Soc. Med. hôp. de Paris*, 12 juillet 1935; *b*) Le sang des hypertendus, numéro de septembre 1935 des *Archives des Maladies du cœur et des vaisseaux*.

Le taux normal du cholestérol total oscillant chez l'individu sain entre 1,40 et 1,80, le taux du cholestérol estérifié oscille entre 0,90 et 1,10 par litre de sérum.

Or, chez nos 105 hypertendus, la teneur moyenne du sérum en cholestérol estérifié était de 1,56 gr., soit une augmentation de 40 % par rapport au taux limite supérieur.

L'évaluation des esters du cholestérol n'est valable par ailleurs que si elle se fait en tenant compte du rapport dont Grigaut a montré toute l'importance :

$$\frac{\text{cholestérol estérifié}}{\text{cholestérol total}}.$$

La valeur normale de ce quotient est habituellement fixe (0,60) et ne s'abaisse que dans les maladies du foie.

La moyenne de nos 105 observations ne se traduit que par une très légère augmentation à 0,64. Chez les hypertendus, dans l'ensemble, ce rapport ne présente que peu de variations, et il est difficile d'en tirer des déductions ; sa fixité témoignerait plutôt de l'absence de grosses lésions hépatiques, et ceci expliquerait peut-être la baisse légère du rapport, constatée dans les hypertensions des diabétiques.

C) *Cholestérol libre.* — La teneur du sérum normal en cholestérol libre (différence entre le taux du cholestérol total et celui du cholestérol estérifié) varie entre 0,55 et 0,70.

Dans nos observations, le taux moyen est de 0,86, soit une augmentation modérée de 22 %.

D. *Pouvoir cholestérolytique.* — Nous avons utilisé la technique préconisée récemment par Tixier, Eck et Desbordes pour déterminer le pouvoir cholestérolytique et nous avons appliqué cette méthode à 32 de nos 105 sérums d'hypertendus.

Le sérum de l'adulte normal a un pouvoir cholestérolytique nul, car, placé dans les conditions exposées par Tixier et Eck, il ne dissout ni ne précipite de cholestérol. Des écarts variant entre +5 % et —5 % peuvent cependant s'observer. Mais dans les cas pathologiques, les variations peuvent être très grandes.

Chez nos hypertendus, la moyenne, qui s'établit normale à 4,90 %, cache en réalité des variations en tous sens : un pouvoir dissolvant accusé voisinant dans un même groupe avec un pouvoir précipitant aussi marqué. Tout au plus pourrait-on noter la prédominance de sérums négatifs dans les hypertensions solitaires alors que l'inverse s'observerait surtout chez les hypertendus à complications vasculaires.

Faut-il admettre que les malades de ce groupe, dont le taux moyen de cholestérol total est très augmenté (2,11 gr. à 2,86 gr. entre +20 et +50 %) présentent un tel trouble de la cholestérogénèse que, malgré un pouvoir cholestérolytique atteignant jusqu'à 31 %, ils fassent encore des précipitations cholestériniques ?

Nous ne pouvons approfondir davantage cette hypothèse qui demanderait d'autres recherches. Mais nous pensons qu'il y a beaucoup à attendre de la mesure du pouvoir cholestérolytique du sérum.

E. *Acides gras.* — Par la méthode de Windaus, les acides gras furent dosés chez 19 de nos hypertendus. Le taux moyen normal par cette méthode est de 4 gr. par litre de sérum. La teneur en acides gras de nos 19 sérums fut de 4,70 gr., taux nettement augmenté.

D'après l'étiologie, un fait était très net : seules les hypertensions séniles, et un cas d'hypertension avec très grosses lésions rénales, s'accompagnaient d'élévation notable des acides gras.

Il n'est pas sans intérêt de souligner que les moyennes d'après l'élévation tensionnelle, se répartissent ainsi :

a) Hypertensions entre 20 et 22...... 4,34 gr.
b) Hypertensions entre 23 et 25...... 4,71 gr.
c) Hypertensions entre 26 et 31...... 5,26 gr.

Par ailleurs, il faut signaler que l'augmentation de la teneur en acides gras du sérum de ces hypertendus, est beaucoup moins importante que celle de la cholestérolémie : il y a là une constatation qui ne cadre pas avec ce que nous savions des liens étroits existant entre acides gras et cholestérol, puisqu'une partie de ce dernier corps est combinée aux acides gras sous forme d'esters du cholestérol.

Ce manque de parallélisme dans la concentration de ces deux lipides n'a pour ainsi dire jamais été signalé en pathologie.

Et ce déséquilibre se traduira forcément par une élévation de la constante lipémique.

F. *Constante lipémique.* — On a fort insisté ces dernières années sur la constance, chez l'individu sain, de ce rapport $\frac{\text{cholestérol}}{\text{acides gras}}$ ou constante lipémique dont la valeur normale serait de 0,43.

La moyenne se trouve augmentée à 0,48 chez les 19 hypertendus où il fut déterminé.

Il est intéressant de souligner les variations inverses de l'élévation tensionnelle et des taux de cette constante, dont la moyenne fut de :

0,574 pour les hypertensions de 20 à 22 ;
0,485 pour les hypertensions de 23 à 25 ;
0,47 pour les hypertensions supérieures à 26.

G. *Lipides totaux.* — Chez 26 hypertendus, lors de la détermination de la teneur du sérum en protéines par la méthode à l'alcool, il a été possible de doser la masse totale des lipides pour laquelle des taux variant entre 6 et 8 gr. au litre sont considérés comme normaux.

La moyenne des 26 cas fut de 7,16 gr., donc comprise dans ces limites.

Nous n'avons noté par ailleurs aucun rapport entre la lipémie totale et l'élévation tensionnelle. L'obésité et surtout le diabète s'accompagnaient des lipémies les plus fortes (9,80 gr. chez un diabétique).

Mais dans l'ensemble, on doit dire de la lipémie ce qu'il fallait souligner en dosant les acides gras : c'est que la masse totale des lipides est à peine augmentée alors qu'un de ses constituants, le cholestérol est augmenté de 33 %. Il semble qu'au cas de processus hypertensif, la cholestérolémie ne reflète plus de façon exacte la lipidémie totale, contrairement à ce que Grigaut et Guy Laroche avaient pu établir précédemment en étudiant des sujets normaux et pathologiques.

Et ceci fait de suite comprendre que le rapport $\frac{\text{cholestérol total}}{\text{lipides totaux}}$ qui, très rarement a une valeur dif-

férente de 0,21, sera chez nos hypertendus fortement augmenté, atteignant 0,30 en moyenne (soit + 50 %).

II. *Insaponifiable total.* — La lipidémie totale de nos hypertendus est à peine augmentée, ainsi que la teneur de leur sérum en acides gras, tandis que l'on relève une élévation considérable des taux de cholestérol libre et de cholestérol estérifié.

Il faut donc que la partie insaponifiable des lipides présente une répartition très différente chez l'hypertendu et chez l'homme normal.

Envisageons d'abord la teneur de 19 de ces sérums en insaponifiable total : par la méthode pondérale, les taux normaux oscillent entre 2 gr. et 2,60 au litre de sérum.

Chez nos hypertendus, la moyenne fut de 2,95 gr. donc nettement augmentée, mais nullement dans la proportion de la fraction du cholestérol qui fait partie de cet insaponifiable total.

I. *Insaponifiable X.* — Par la méthode pondérale, le taux normal oscille entre 0,30 et 0,50. Le taux moyen insaponifiable X de 19 de nos hypertendus se révéla légèrement supérieur à la normale, atteignant 0,58.

Conclusions de nos recherches sur le métabolisme lipidique des hypertendus permanents.

Le métabolisme des corps gras est profondément perturbé dans l'hypertension artérielle.

La modification la plus nette est une *hypercholestérolémie* constante et importante. Ce trouble prend d'autant plus de valeur du fait qu'il existe tout aussi marqué au cours des hypentensions solitaires, que chez les hypertendus dont l'hypercholestérinémie pourrait être expliquée par l'existence d'une grosse lésion rénale ou l'association d'un diabète où d'une obésité au trouble tensionnel.

Cette augmentation porte sur le cholestérol libre et plus particulièrement sur le cholestérol estérifié de sorte que le rapport $\frac{\text{cholestérol estérifié}}{\text{cholestérol total}}$ est à peine augmenté.

L'étude du pouvoir cholestérolytique ne nous a guère fourni d'éléments d'appréciation supplémentaires : un pouvoir dissolvant accusé voisine dans un même groupe avec un pouvoir précipitant des plus marqués.

Mais l'augmentation des autres lipides est beaucoup moins nette que celle du cholestérol.

La teneur en acides gras du sérum des hypertendus est augmentée modérément et la constante lipémique $\frac{\text{cholestérol}}{\text{acides gras}}$ s'élève donc fortement.

L'insaponifiable total subit à peine une augmentation de 10 à 15 % de sa valeur normale. Et l'absence de parallélisme entre l'augmentation des teneurs d'un même sérum en insaponifiable total et en cholestérol nous laissait prévoir des taux presque normaux d'insaponifiable X.

Et l'on ne s'étonne plus dès lors que la lipidémie totale des hypertendus soit à peine augmentée, malgré une grosse hypercholestérinémie.

La constante lipémique, et le rapport $\frac{\text{cholestérol}}{\text{lipides}}$ affirment par une augmentation considérable de leurs valeurs cette anomalie de répartition des lipides dans le sérum des hypertendus.

Troubles du métabolisme des lipides et conceptions pathogéniques de l'hypertension artérielle permanente

Notons d'abord qu'il serait vain de se baser sur l'étude des variations humorales d'un seul métabolisme pour trancher le problème pathogénique d'une affection aussi complexe que l'hypertension artérielle permanente.

Néanmoins il est intéressant de discuter les conclusions de nos dosages en fonction des hypothèses retenues dans la genèse de la maladie hypertensive.

A. **Théorie Rénale.** — Chauffard et Widal ont considéré longtemps l'hypercholestérinémie comme un signe de néphrite. La plupart des auteurs ont insisté sur la fréquence de l'augmentation de la teneur en lipides et surtout en cholestérol du sérum des néphritiques. Mais, comme le note Castaigne dans le numéro de février 1935 du *Journal Médical Français*, « on trouvera également toute une série de malades atteints de néphrite urémigène surtout à leur début, qui ont une dose de cholestérol sanguin à peu près normale ».

Enfin parmi nos cent cinq hypertendus, rares étaient ceux où la lésion rénale pût être affirmée : elle était évidente dans neuf cas, par la constatation d'albuminurie, jointe à une augmentation de l'urée sanguine. L'absence d'albuminurie et d'œdèmes, un taux normal de l'urée sanguine ne permettaient certes pas d'affirmer l'intégrité des reins des autres hypertendus.

Il n'est cependant pas possible de faire dépendre l'hypercholestérinémie constamment observée chez nos malades, de lésions rénales qui s'avéraient particulièrement discrètes.

B. **Théorie Vasculaire.** — L'importance des « résistances périphériques » dans la genèse de l'hypertension est indiscutablement considérable.

Trois facteurs doivent être discutés :

1° L'état physique du sang.
2° La sclérose artérielle.
3° Le spasme artériolo-capillaire.

1° Nous ne disons ici qu'un mot des propriétés physiques du sang des hypertendus qui s'est révélé particulièrement « lourd et visqueux » : l'hypercholestérinémie ne saurait être rendue seule responsable de l'augmentation du poids du sang, d'autant que la lipidémie totale est à peine augmentée.

Par contre, l'hyperviscosité sanguine n'est pas un facteur négligeable, d'après Dufour, dans la production de l'hypertension ; et Codounis dans sa thèse a bien montré le rôle du cholestérol dans les variations de la viscosité sanguine.

2° L'altération des parois vasculaires a pu être reproduite au cours des hypercholestérinémies expéri-

mentales. — Les artères s'incrustent de dépôts cholestériniques analogues aux plaques d'athérome. Il se produit une sclérose artérielle constatée par Van Leersum, Verse, Lubarsch, Schmidtmann, mais dans les rapports de la sclérose avec l'hypertension artérielle, on tend de plus en plus à considérer « la sclérose non comme une cause, mais comme un effet de l'hypertension » (Donzelot, *J. Méd. Français*, 1935, p. 249). Huchard puis Vaquez ont affirmé que « l'hypertension précède l'artério-sclérose ».

Les expériences de Mlle Schmidtmann autorisent bien cette conception : chez les lapins, la poussée hypertensive déterminée par l'absorption de cholestérol ne s'accompagne que secondairement de lésions vasculaires.

L'hypercholestérinémie est donc sans aucun doute à la base des scléroses artérielles, mais l'altération vasculaire est secondaire au processus hypertensif.

3° Le système artériolo-capillaire semble en définitive être le siège par excellence des résistances périphériques. Son atteinte peut être soit lésionnelle, soit spasmodique.

Pour certains auteurs, les altérations vasculaires provoqueraient une irritation des fibres sympathiques péri-vasculaires. Cette excitation provoquerait à son tour l'hypertension, soit par vaso-constriction (action directe du sympathique), soit par décharge d'adrénaline (action indirecte par l'intermédiaire de la surrénale) ; ces deux actions pouvant d'ailleurs se combiner.

Dreisel et Sternheimer admettent que le cholestérol en excès excite le sympathique et détermine ainsi directement la constriction des vaso-moteurs. Mlle Schmidtmann a constaté après une injection d'adrénaline chez un lapin rendu hypercholestérinémique, une augmentation de pression bien supérieure à celle obtenue par la même dose d'adrénaline injectée à un lapin normal.

D'autre part, Westphall plaçant un fragment de carotide dans une solution adrénalinée de cholestérol obtient une contractilité plus grande que dans une solution adrénalinée simple. Avec Mlle Schmidtmann, il admet un parallélisme entre l'hypercholestérinémie et l'hypertension, la perturbation humorale étant cause d'une véritable hypertonie.

C. **Théorie Surrénalo-Chromaffinienne.** — Cette théorie, avancée par Vaquez, admise d'abord seulement au cas d'hypertensions paroxystiques accompagnant des tumeurs surrénaliennes, a été remise en question à la suite des expériences de Tournade et Chabrol qui ont démontré la présence de l'adrénaline dans le sang, et son rôle dans la production du tonus vasculaire.

Westphall au cours de son expérimentation a trouvé un excès de lipoïdes dans les zones corticales des surrénales de ses animaux : pareille constatation fut faite par Wacker et Hueck.

Thomas s'est demandé également si la surcharge en lipoïdes de l'écorce surrénale n'agissait pas sur la médullaire pour provoquer une hyperadrénalinémie. Les examens anatomo-pathologiques ne lui ont pas permis de vérifier son hypothèse.

Enfin il n'est pas sans intérêt de rappeler que récemment Rathery, Hesse et Roy ont noté de l'hypocholestérinémie dans la formule humorale de la maladie d'Addison.

D. **Théorie Neuro-Humorale.** — Toutes les hypothèses pathogéniques récentes sur l'hypertension artérielle dérivent de la conception, à la suite des travaux de Tournade, d'un « système régulateur de la tension artérielle », qui, d'après Donzelot, comporte deux éléments : « l'un nerveux, organo-végétatif, l'autre humoral » ; et l'auteur considère comme la plus vraisemblable, l'hypothèse d'un déséquilibre neuro-végétatif, provoqué par un trouble humoral.

A la base de cette perturbation humorale, Donzelot discute surtout le rôle des lipides et des protides. Mais l'interprétation de l'hypercholestérinémie est très variable suivant les auteurs.

Richard et Roesch concluent à une élévation parallèle de la cholestérolémie et de l'hypertension.

Gravila et Bedariu, Labbé et Heitz, Hubsen, Iboldt, Mariano, Castex, Codounis, pensent qu'on ne saurait établir une relation constante entre l'hypercholestérinémie et l'hypertension.

Pour Kervarec, Enachesco et Danulesco, « l'hypercholestérinémie est un fait si banal, rencontré dans les néphrites chroniques, le diabète, la grossesse, les hépatites, qu'on ne saurait raisonnablement avancer qu'elle ait pour conséquence l'hypertension artérielle ».

Nous admettons facilement que l'hypercholestérinémie n'est, ni un témoin constant de l'hypertension artérielle permanente, ni une condition suffisante pour la réaliser. Nous reconnaissons que les plus gros taux de cholestérol sanguin ont été relevés dans le syndrome de néphrose lipoïdique où l'hypertension n'est pour ainsi dire jamais notée. Mais nous croyons surtout que l'étude de la cholestérolémie doit tenir compte des autres constituants plasmatiques et plus particulièrement des autres lipides et de la formule protidique, ainsi que l'ont montré Machebœuf, Sandor et Wahl.

L'hypercholestérinémie s'observe aussi bien dans le syndrome néphrotique où l'hypotension est de règle, que dans le syndrome hypertensif. Mais dans le premier cas, la formule lipidique révèle une augmentation considérable de la masse totale des lipides, portant surtout sur les acides gras avec abaissement du rapport $\frac{\text{cholestérol}}{\text{acides gras}}$.

Au cas d'hypertension permanente, nous n'avons noté qu'une augmentation très légère du taux des acides gras, entraînant l'augmentation de la constante lipémique.

Nous n'insisterons pas sur la formule protidique du sérum des hypertendus qui sera développée dans un article de *Paris médical* (1) : il nous est déjà possible d'indiquer qu'elle s'oppose en beaucoup de points à

(1) Carrière, Huriez et Leperre. La Protidémie des hypertendus, *Paris médical*, 22 février 1936.

celle de la néphrose lipoïdique ainsi qu'en témoigne le tableau suivant :

Hypertension artérielle	**Néphrose lipoïdique**
A) Métabolisme lipidique	
Hypercholestérinémie.	Hypercholestérinémie.
Acides gras modérément augmentés.	Acides gras considérablement augmentés.
Constante lipémique élevée.	Constante lipémique abaissée.
Lipidémie très légèrement augmentée.	Lipidémie considérablement augmentée.
B) Métabolisme protidique	
Hyperprotidémie légère.	Hypoprotidémie.
Hypersérinémie nette.	Hyposérinémie.
Quotient albumineux le plus souvent élevé.	Quotient albumineux inversé.
Tension onkotique du sérum exagérée.	Tension onkotique du sérum très abaissée.

Les perturbations du métabolisme protidique et lipidique justifieront l'exagération de la pression onkotique du sérum de ces hypertendus (1).

Ne désirant utiliser dans le présent article que les données relatives au métabolisme des lipides, nous ne pouvons développer davantage cette hypothèse d'une pathogénie humorale de l'hypertension artérielle.

Après les travaux de Govaerts, Donzelot avait déjà soupçonné l'existence « d'un trouble de nature osmotique amenant par voie réflexe une élévation du régime tensionnel ».

Cette hypothèse est développée de façon détaillée dans l'ouvrage que nous avons fait paraître récemment en tenant compte de toutes les propriétés physico-chimiques du sang des hypertendus (2).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 16 DÉCEMBRE 1935)

Allocution de M. P.-A. DANGEARD, président.

Notice sur l'évolution des idées sur la lumière et l'œuvre d'Albert Michelson. — M. Emile PICARD, secrétaire perpétuel.

Prix et subventions attribués en 1935. — (Voir *Gaz. des Hôpit.* 1935, N° 90.)

Aux prix déjà publiés, ajouter les prix suivants :

Prix Lallemand, décerné à M. Pierre Mollaret, médecin des hôpitaux de Paris.

Prix Serres, décerné à M. Paul Wintrebert.

Prix Maujean, décerné à MM. Maurice Courtois-Suffit, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, inspecteur médical des poudreries nationales, et E. Zedet, ingénieur en chef des poudres.

Nous sommes heureux d'adresser à notre éminent collaborateur, le Dr Courtois-Suffit, l'expression de nos bien affectueuses félicitations pour la récompense que lui valent ses remarquables travaux sur les intoxications dans la fabrication des poudres et explosifs.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1935)

Etude physio-pathologique de la spirochétose méningée pure. — M. MOLLARET et Mlle ERBER. Pour les auteurs, rien ne sépare du point de vue physio-pathologique les réactions méningées des spirochétoses ictérigènes de celles des spirochétoses méningées pures. Pour eux, il n'est pas indispensable de donner à ces dernières une place à part dans l'infection spirochétosique.

Thyroïdectomie dans l'asystolie basedowienne. — M. WELTI a pratiqué la thyroïdectomie dans 24 cas d'asystolie basedowienne. Dans 16 cas rétrocession des accidents et guérison durable. Nécessité des thyroïdectomies larges en ne ménageant qu'une petite bande de tissu.

Troubles myocardiques dans les états anémiques. — MM. MARCHAL, SOULIÉ et ROY. Plusieurs cas de défaillance du myocarde dans les anémies, caractérisée par bruit de galop présystolique et altération de l'électro-cardiogramme. Au cours des anémies progressives, l'intensité de la déglobulisation et la carence de l'hémoglobine agissent par anoxémie du myocarde. Au cours des anémies post-hémorragiques, les troubles électro-cardiographiques disparaissent avec la transfusion sanguine.

Brucellose grave pseudo-typhique avec anergie au cours d'une épidémie rurale bénigne. — MM. BETHOUX (Grenoble) et GIRAUD (Hostun). Observation survenue au cours d'une épidémie rurale animale et humaine, bénigne. Ce cas réalise une forme septicémique d'allure pseudo-typhique avec adynamie, anergie, terminée par la mort par syncope bulbaire, n'ayant obéi à aucune médication spécifique.

Diabète grave insulino-résistant. Radiothérapie hypophysaire. — MM. PIERI et SARRADON (Marseille). Sujet jeune insulino-résistant au début. Séances d'irradiations de la région hypophysaire après lesquelles l'action de l'insuline devint énergique comme dans les observations ordinaires.

Propriétés coagulantes du venin de vipère Daboia. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, HUET et KORESSIOS. *a)* Ce venin possède des propriétés coagulantes remarquables à des doses allant de 1/10 de milligramme à un demi-milligramme.

b) *In vivo* caillot noirâtre, consistant, adhésif.

c) Ce venin n'est pas caustique ; il paraît agir à la façon d'un extrait d'organe.

Néphrite aiguë hématurique, manifestation initiale d'une tuberculose pulmonaire évolutive. — MM. CAIN, CATTAN et BENSAUDE. Jeune fille de 17 ans atteinte de néphrite aiguë hématurique et cylindrurique sans azotémie ni hypertension, apparue comme début d'une tuberculose ulcéro-caséeuse à allure rapide. Il doit s'être agi d'une manifestation allergique et précoce de la tuberculose, distincte des néphrites terminales.

Bilieuse hémoglobinurique grave au cours du paludisme secondaire avec anurie consécutive au traitement quinique. — MM. BENSIS et GOUTTAS (Athènes) attirent l'attention sur

(1) CARRIÈRE, HURIEZ et LEPERRE. La tension onkotique du sérum; son étude dans l'hypertension artérielle permanente. *La Presse médicale*, février 1936.

(2) *Le sang des hypertendus.* Doin, édit., 1936 (s'y reporter pour la bibliographie et tout détail) .

certains faits cliniques, à savoir : trève du paludisme pendant la durée de l'anurie. Reprise de l'activité paludéenne après le retour de la diurèse. Rechute hémoglobinurique après la reprise du traitement quinique. Nouvelle poussée paludéenne jugulée par l'atébrine. Guérison.

Purpura hémorragique avec granulocytopénie. — MM. J. Weill, Lebourg et Fréchin. Homme de 31 ans, atteint de purpura hémorragique avec anémie, leucopénie et neutropénie marquée. Les auteurs discutent l'intoxication arsenicale possible attribuable peut-être à l'usage d'un médicament dépuratif, et le rôle de la transfusion.

Maladie de Basedow et insuffisance cardiaque. — MM. Labbé, Uhry, Blondin et Ménétrel. Malade basedowienne traitée par la radiothérapie, ayant présenté des symptômes d'insuffisance cardiaque. Thyroïdectomie en pleine asystolie amène la guérison de la maladie de Basedow et des manifestations cardio-vasculaires.

Spirochétose, bacillémie concomitante à bacille paratyphique B. Troubles mentaux de la convalescence. — MM. Hamburger, Quellien et Baruk. Un cas de néphrite spirochétosique au cours de laquelle on put isoler du sang à deux reprises le bacille paratyphique B ; le séro-diagnostic étant positif pour la spirochétose et négatif pour le paratyphique. L'association des germes peut être attribuée à l'origine hydrique de la maladie. Apparition de troubles mentaux (hypomanie) pendant la convalescence.

Deux observations de spirochétose ictéro-hémorragique, dont une avec myocardite mortelle. Etude de la réaction méningée des formes typiques ictérigènes. — MM. Mollaret et Ferroir. Deux observations, l'une bénigne, l'autre mortelle. Dans ce dernier cas, la mort fut déterminée par une myocardite. Dans les deux cas, étude des réactions méningées, des formes ictérigènes de cette maladie. Ces réactions méningées peuvent présenter un désaccord très marqué entre les signes cliniques et les modifications liquidiennes. Ces dernières ont les mêmes caractères que dans la spirochétose méningée pure. Dans un cas les auteurs ont constaté une précipitation non connue du benjoin colloïdal dans les premiers tubes. Le titrage des agglutinations du sang et du liquide céphalo-rachidien montra un contraste très net.

Etude du diagnostic microbiologique de la spirochétose méningée pure. — M. Mollaret et Mlle Erber. Etude des procédés de diagnostic de la spirochétose méningée. La première place revient au séro-diagnostic. A un séro-diagnostic positif, il convient d'ajouter deux recherches complé-



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Un voyage à bon compte en Algérie

Touggourt, la « Cité parmi les sables », dont les rues voûtées du quartier indigène contrastent avec les places et les avenues de la nouvelle ville française, est un but d'excursion des plus recherchés.

Ne manquez pas de profiter, pour visiter cette merveille ensoleillée, des fêtes que l'Office algérien d'action économique et touristique y organisera les 22 et 23 février 1936.

A cette occasion, toutes les gares des grands réseaux français délivreront pour Marseille et Port-Vendres, du 9 au 15 février 1936, des billets d'aller et retour spéciaux, valables 20 jours. Vous ne payerez que pour l'aller, le retour sera gratuit, mais vous aurez, avant de quitter Touggourt, à faire timbrer votre billet par le Comité des Fêtes.

mentaires : *a*) titrage des agglutinations et *b*) courbe des taux. Les auteurs discutent le rôle pathogène éventuel des spirochètes aquicoles. A signaler qu'il existe des cas imprécis où le séro-diagnostic avec différents spirochètes indique un type particulier d'agglutinines, sans prédominance de zone. La preuve du rôle pathogène éventuel des spirochètes aquicoles ne peut être acquise que par les inoculations et les réactions des immunisives.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1935)

M. FREDET fait part à la Société du décret du 29 novembre transformant la Société nationale de Chirurgie en Académie, et déclare ouverte la première séance de l'Académie.

Diagnostic peropératoire des tumeurs. — MM. WELTI et R. HUGUENIN insistent sur les erreurs de diagnostic clinique et montrent les dangers des biopsies extemporanées par prélèvement d'un fragment unique. L'examen histologique doit se faire sur des fragments multiples et se prolonger, s'il est nécessaire, pendant toute la durée de l'opération. On peut ainsi étudier l'extension locale du cancer ; les auteurs montrent l'importance de la méthode dans les tumeurs thyroïdiennes et dans celles du sein. M. Welti a pu opérer ainsi sans accident 878 tumeurs du corps thyroïde.

M. CHEVASSU se demande s'il n'y a pas danger à baser une intervention sur un examen extemporané.

M. LENORMANT a été frappé du pronostic favorable des goitres cliniquement bénins et histologiquement malins.

M. HEITZ-BOYER a fait les mêmes constatations dans certaines tumeur prostatiques.

M. DE MARTEL a opéré une métastase rachidienne de goitre « banal ».

M. ROUHIER se demande si l'anatomopathologiste a le temps de faire ses examens pendant l'intervention.

M. MOULONGUET note qu'à côté des vrais cancers du corps thyroïde, il existe une classe de tumeurs mal définies, histologiquement malignes et cliniquement sub-bénignes.

M. GOSSET rappelle que, voici plusieurs années déjà, M. Ivan Bertrand avait fait une communication sur ce sujet.

M. MENEGAUX insiste sur les examens à l'Ultropak, permettant l'étude d'une pièce de plusieurs centimètres carrés.

A propos des pseudathroses. — M. P. DUVAL communique une observation de pseudarthrose survenue après cerclage d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Myosite ossifiante progressive. — M. MATHIEU rapporte sur ce sujet un travail de M. Dobrzaniccki (Lwow). Il signale que les tentatives de parathyroïdectomie faites jusqu'à ce jour ont toutes été vouées à l'insuccès par suite du torticolis qui est constant dans cette affection. M. Mathieu, rappelant la fréquence de la sclérodermie et d'une énorme hypercalcémie, souhaite que les chirurgiens voient plus tôt ces malades, avant l'apparition du torticolis. Il note que la radiothérapie n'a jusqu'à présent rien donné.

Syndrome abdominal aigu par hémorragie intra-pancréatique coïncidant avec un anévrisme de l'aorte abdominale. — MM. BAZY et J. CALVET, opérant un malade pour un syndrome abdominal aigu avec choc et contracture, trouvent une volumineuse collection sanguine intra et rétro-pancréatique. L'autopsie montre l'existence d'un volumineux anévrisme de l'aorte non fissuré coexistant avec une pancréatite hémorragique typique. M. Bazy propose de rapprocher l'infarctus pancréatique de l'œdème aigu du poumon, de l'infarctus du myocarde, etc., et conclut que la pancréatite hémorragique est plus un symptôme de causes multiples qu'une maladie autonome.

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1935)

Fractures du calcanéum. — M. D'ALLAINES, de la confrontation de fractures opérées et traitées par l'abstention, tire les conclusions suivantes : l'impotence temporaire totale a été, dans les cas opérés, presque de durée double ; l'impotence partielle permanente est aussi très légèrement supérieure chez les blessés opérés. La comparaison des radiographies montre que la reconstitution de la congruence articulaire est l'élément capital de l'intervention.

Infarctus expérimentaux. — M. GRÉGOIRE projette des coupes d'infarctus expérimentaux du pancréas, et montre qu'il s'agit non pas d'une banale hémorragie intra-glandulaire, mais de « pancréatite hémorragique » authentique, superposable à la pancréatite hémorragique spontanée.

Pancréatite chronique traumatique. — M. SOUPAULT a eu l'occasion de voir évoluer pendant quinze jours un hématome intra-pancréatique, accompagné d'ictère, il a guéri son malade par une cholécysto-duodénostomie secondaire, après cholécystostomie d'urgence.

M. HUET a également observé, opéré et guéri un cas de contusion pancréatique.

Côte cervicale. — M. SÉNÈQUE présente une observation de M. Wertheimer. Il s'agit d'un cas curieux d'anévrysme sous-clavier développé en aval de la côte supplémentaire. La résection de l'anévrysme sans ablation de la côte a guéri le malade de tous ses troubles.

M. LERICHE insiste sur les dystrophies à distance consécutives à des lésions artérielles localisées.

M. Pierre DUVAL estime que, dans les cas envisagés, il est difficile d'affirmer la relation de cause à effet.

Greffes osseuses et os purum. — M. MATHIEU présente au nom de M. Orrel, les travaux que cet auteur a consacrés à la question des transplants d'os mort, d'os cuit et d'os novum. L'os purum est un os réduit à son support minéral; l'os novum de l'os néoformé au contact d'un transplant d'os purum et en quelque sorte suractivé. L'auteur présente de fort belles radiographies.

Pachypleurite et pleurésie purulente. — M. MAURER insiste sur les lésions pariétales qui accompagnent les pleurésies purulentes et qui sont trop souvent méconnues et non traitées.

Rupture simultanée du rein et de la rate. — M. BACHY (Saint-Quentin) en communique une très belle observation et, à ce sujet, étudie une voie d'abord nouvelle : celle-ci consiste essentiellement en une incision parallèle au rebord costal et menée à deux ou trois centimètres de ce rebord.

Fracture du radius compliquée de luxation radio-cubitale inférieure. — M. GAUTIER (d'Angers) communique deux observations de cette curieuse lésion qui reproduit, en l'inversant, la fracture de Monteggia. La réduction fut, dans les deux cas, facile et le résultat terminal excellent.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1935)

Dilatation des bronches consécutive à un abcès pulmonaire opéré. — M. BABONNEIX et Mlle F.-B. LÉVY rapportent l'observation de deux enfants, âgés respectivement de 6 et de 7 ans 1/2, porteurs l'un et l'autre d'un abcès pulmonaire, et chez lesquels apparurent consécutivement à l'intervention des bronchectasies manifestes.

Pertes de substance cranienne. — MM. BABONNEIX et GOUYEN présentent une petite fille de 4 ans chez laquelle sont apparues depuis un an des pertes de substance cranienne, accompagnées d'un syndrome infundibulo-tubérien. Ils les rattachent, avec les réserves d'usage, à une dysostose hypophysaire, bien qu'ils n'aient pas constaté d'exophtalmie.

Paludisme du nourrisson. — MM. BABONNEIX et LIVIERATOS présentent un nourrisson de six mois atteint de fièvre quarte, comme le montrent les signes cliniques et l'examen hématologique. Ils insistent sur la difficulté du diagnostic ainsi que sur le mécanisme de la contagion. Ils signalent enfin que l'institution trop tardive du traitement quinique a eu pour effet de permettre une altération marquée de l'état général.

Myatonie congénitale de type Werdnig-Hoffmann. — MM. WEILL-HALLÉ, DELTHIL et RAMBERT présentent un cas de myatonie congénitale qui constitue un nouveau fait de passage entre la maladie d'Oppenheim et celle de Werdnig-Hoffmann.

Dans cette observation, la maladie est en effet congénitale, mais non familiale ; les muscles des membres présentent une réaction de dégénérescence très nette, ainsi que certains muscles de la face. La gravité du pronostic semble commandée par l'atteinte des muscles respiratoires, à l'exclusion du diaphragme, et à celle des centres bulbaires.

Bien que son père ait un Wassermann positif, cet enfant ne présentait aucun stigmate de syphilis. Le traitement spécifique n'amena d'ailleurs chez lui aucune amélioration.

Vitiligo, sclérodermie et paralysie radiculaire du plexus brachial chez une enfant hérédo-syphilitique de seconde génération. — MM. GRENET et ISAAC-GEORGES présentent une enfant de 8 ans atteinte de vitiligo, dont les premières taches sont apparues à l'âge de 18 mois. Puis sont apparues des bandes sclérotiques sur l'abdomen, les épaules et la face dorsale des pieds. Quelques stigmates discrets et l'examen de la mère ont permis d'invoquer une syphilis de seconde génération. C'est dans cet état que la petite malade fut présentée, il y a trois ans, à la Société de Dermatologie, par MM. Touraine et Rimé.

Mais, depuis cette date, est apparue une paralysie radiculaire du plexus brachial droit avec atrophie globale de l'épaule droite et troubles des réactions électriques. Il ne semble pas qu'on puisse établir un lien entre les lésions cutanées et la paralysie. Cette dernière est apparue en effet après une coqueluche, et on peut admettre qu'il s'agit d'une radiculite de la coqueluche.

Un cas de dysplasie périostale avec hypercalcémie et hypercalciurie. Amélioration par les rayons ultra-violets. — MM. KAPLAN, LE MELLETIER et DROGUET présentent un garçon de 3 mois 1/2 qu'ils ont observé depuis l'âge de 16 jours et qui est atteint d'une dysplasie périostale typique. Un traitement par les rayons ultra-violets associé à la calcithérapie paraît avoir eu un effet favorable. Les fractures se sont consolidées et ne se sont plus reproduites ; la voûte cranienne s'est ossifiée. Il est curieux de noter que l'examen chimique a montré une calcémie et une calciurie considérables.

Bruit hydro-aérique de roucoulement par spasme médio-gastrique. — MM. P.-P. LÉVY et MÉNÉTRIER présentent une enfant de 12 ans, à l'examen de laquelle on entend un bruit de roucoulement rythmé, perceptible même à distance, et qui correspond à des mouvements de va-et-vient du contenu gastrique. L'examen radiologique a montré une image typique de sténose médio-gastrique spasmodique, sans aucune lésion organique.

Agénésie du disque avec atrophie des corps vertébraux. — MM. SORREL, NABERT et Mme LEGRAND-LAMBLING présentent une fillette atteinte de scoliose atypique et de malformation apparente des bras. L'examen radiologique a montré l'agénésie des disques intervertébraux et une atrophie des corps vertébraux.

Brûlures étendues traitées par le décapage et les badigeonnages au mercuro-chrome. — MM. SORREL, GUICHARD et GIGON, en présence d'une brûlure étendue, font d'abord un décapage et un épluchage minutieux sous anesthésie générale. Ils badigeonnent ensuite au mercuro-chrome toute la surface atteinte et renouvellent ce badigeonnage tous les trois ou quatre jours. Ils se bornent à coucher le malade dans des draps stériles sans appliquer aucun pansement. Ils obtiennent ainsi la guérison sans douleurs et avec des cicatrices ne laissant qu'un minimum de gêne fonctionnelle.

Un cas de syphilis congénitale broncho-pulmonaire chez un nourrisson. — M. JEANNIN (de Dijon) a observé chez un nourrisson une pneumopathie chronique évoquant l'idée de tuberculose, mais au cours de laquelle la cuti a toujours été négative. L'examen général et les constatations histologiques permettent de penser qu'il s'agit d'un cas de syphilis broncho-pulmonaire congénitale.

Malformation de l'œsophage chez un nouveau-né. — MM. LELONG et HUC ont observé chez un enfant de 4 jours un syndrome caractérisé par des régurgitations survenues dès la naissance, des accès de cyanose avec suffocation, la conservation de l'appétit et des signes de déshydratation. L'examen radiologique montra une malformation œsophagienne. Une gastrostomie permit une survie de 24 heures pendant lesquelles les fonctions digestives parurent normales, mais l'enfant succomba à une broncho-pneumonie de déglutition, due à la communication du cardia avec la trachée et la bronche gauche.

Les hydrocéphales aiguës et subaiguës d'origine otique. Accidents méningés otogènes purement hypertensifs, par Robert BOURGEOIS, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. 1 vol. de 178 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'examen du malade, guide clinique de l'étudiant et du médecin : médecine, chirurgie, obstétrique, neurologie et spécialités, par MM. P. DELMAS, G. GIRAUD, E. JEANBRAU, E. LEENHARDT, J. MARGARET, V. RICHE, L. RIMBAUD, J. TERRACOL, H. VILLARD, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier. In-8 de 318 pages. — Prix : 30 francs. — Paris, Masson et Cie.

Manuel de coprologie clinique, par R. GOIFFON. Troisième édition revue. 1 vol. de 274 pages, avec 42 figures et 3 planches. — Prix : 28 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


UNE NOUVELLE FORME DE LA
BULGARINE
Adultes et enfants : XX gouttes
Enfants de moins de 3 ans et nourrissons : X gouttes
4 fois par jour
GOUTTES DE BULGARINE
BULGARINE THÉPÉNIER
LABORATOIRE DES FERMENTS THÉPENIER
BULGARINE
LABORATOIRE DES FERMENTS DU Dr. THÉPÉNIER
10, RUE CLAPEYRON – PARIS 8e

N° 3. — MERCREDI 8 JANVIER 1936. 109e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux s'ouvrira le 10 février 1936, à 9 h., à la salle des concours, 49, rue des Saints-Pères.

Inscriptions : de 14 à 17 h., du lundi 13 janvier au mercredi 22 janvier inclus, avenue Victoria.

— Un concours pour la nomination à deux places d'électro-radiologiste des hôpitaux s'ouvrira le lundi 16 mars, à 16 h., à la salle des concours.

Inscriptions : de 14 à 17 h., du lundi 17 au mercredi 26 février inclus, avenue Victoria.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Perrineau, Guennec, Collomb, Mlle de Saint-Marc, MM. Collin, Etcheverry, Coquelin, Fraboulet, Chassagnette, Mlle Corpereau, MM. Casty, Darmaillacq, Baud, Bonnet, Garnier, Bannel, Pernot, Fallot, Wolff, Langeard, Dutbou, Duchet-Suchaux, Brisbare, Conte, Lambert, Turpaud, Mme Hirsch (en surnombre), MM. Guen, Prat-Rousseau, Campagne, Moretti, Laborit, Vergez, Menaud, Boris, Font-Lapalisse, Mlle Aragnieu, MM. Dubarry, Perron, Porte, Monaque, Laffite, Rouan, Dumeau, Laporte, Petriat.

Externes provisoires : MM. Galais, Flottes, Both, Pujo, Urutibehety, Puyou-Lafon, Mlle Foucault, MM. Papet, Rivière, Rondet, Labail, Hazera, Abdelmoula, Haulon, Auffret, Brun, Darjo, Moulies, Barucq, Pujol, Suel, Labarbe, Roy.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — La chaire de clinique gynécologique (budget de l'Université) de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante. (*J. O.*, 1er janv. 1936.)

— *Création de deux chaires.* — Dans sa séance du 31 décembre 1935 le *Sénat* s'est rallié au vote de la *Chambre* rétablissant dans le budget de l'Education nationale le crédit de 74.540 fr. qu'elle avait une première fois voté pour la création de deux chaires de cardiologie et de pathologie interne.

Il a été spécifié que pour la désignation des titulaires des chaires le Conseil de la Faculté serait préalablement et réglementairement consulté.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. — Le *Journal officiel* des 30-31 décembre 1935 publie un arrêté portant nomination de médecins membres titulaires et suppléants des tribunaux départementaux de pensions pour l'année 1936.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — (Réserve.) *Au grade de commandeur.* — M. Nobécourt.

Au grade d'officier. — MM. Potron, de Saint-Rapt, Jarry et Jaulin du Seutre, Reverdy, Crozet, Leclerq, Armbruster, Rambaud, Landret, Levieil, Foisy, Bousquet, Loubat, Sorrel, Chagavat, Vogelin, Florand, Paoli, Joannon, Janaud, Pichon.

Au grade de chevalier. — MM Janin, Lusinchi, Vigot, Foure, Racle, Girard, Bouchaud, Heitz, Moutard, Didier, Rouge, Moulonguet, Rion, Le Paumier, Faugeron, Villemur, Simard, Noguies, Morault, Alayranges, Mugnery, Huermand, Bougault, Tissot, Solanet, Alinat, Thiébaut, Delon, Verger, Championet, Cavailles, Ferret, Lhuissier, Sebald, Courteville, Daurios, Joanny, Barry, Poste, Larrieu, Montero, Gaillard, Le Blay, Germain, Renaud, Montlahue, Pilven, Gelas, Sarda, Barbier, Dorvault, Longy, Jeanjean, Peignaux, Mevel, Vacheron, Carrière, Renault, Michel, Brenas, Perrin,

Bartet, Girard, Chatellier, Hay, Rossignol, Lehmann, Cunault, Le Normand, Monod, Semenon, Courbe, Delacloche, Grellier, Bernheim, Foucaud, Michelet, Champion, Cohen, Boutin, Théron, Domergue, Ménard, Louvard, Vogt, Graffe, Fernet, Allain, Capart, Azam, Pernin, Bitterlin, Jouisse, Maisondieu, Sarrouys, Carrié, Moret, Rougon, Ducassy, Bardon, Resler, Moreau-Gemelli et Péchaud. (*J. O.*, 30-31 déc 1935.)

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Henri Torchaussé (de Paris); M. Barillot, pharmacien à Périgueux.

MARINE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général Chauvin.

Au grade d'officier. — M. le médecin en chef de 2e classe Baixe; M. le médecin principal Parcellier.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Négrie et Bourret. (*J. O.*, 1er janv. 1936.)

M. le docteur Veilliot, à Shanghaï. (*J. O.*, 5 janv. 1936.)

JUSTICE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Cabannes, expert près les tribunaux.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Meuvret, médecin des prisons de Fresnes; Sannié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

MÉDAILLON DU PROFESSEUR A. CHAUFFARD. — Les amis et les élèves du professeur A Chauffard vous prient de bien vouloir assister à la remise, à la Faculté, du médaillon dû au ciseau du sculpteur G. Rispal.

Cette cérémonie aura lieu le 11 janvier 1936, à 11 h., dans l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.

UMFIA OU UNION MÉDICALE LATINE. — Le dîner annuel de l'Umfia sera, cette année, offert en l'honneur de la science médicale et des médecins espagnols.

Ce dîner est fixé au lundi 3 février 1936, au Palais d'Orsay, à 20 h. très précises, sous la présidence de Son Excellence de Cardenas y Rodriguez de Rivas, ambassadeur d'Espagne à Paris, assisté de MM. les professeurs Maranon (de Madrid) et Portmann, sénateur de la Gironde.

Prière d'envoyer les inscriptions au siège social de l'Umfia ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe. Paris (XVIe), en y joignant chèque ou mandat-carte représentant le prix du dîner, soit 50 fr. par personne (service compris).

UNE RUE CHARLES RICHET. — Le Conseil municipal de Paris a été saisi, par M. Fernand Bruneryе et un grand nombre de ses collègues, d'une proposition tendant à donner le nom de Charles Richet à une rue de Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Charles Fritz, ancien maire de l'Isle-Adam, décédé dans sa 89e année.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

NATURALISATIONS DE MÉDECINS ÉTRANGERS

La *Gazette des Hôpitaux* (N° 97, 1935, p. 1656) a relaté les démarches faites par l'Association corporative et le S. M. S. auprès du garde des Sceaux, au sujet des naturalisations.

Cette question généralement mal connue, a été exposée le mois dernier à la *Fédération corporative des médecins de la région parisienne*, par M. Mordagne.

« L'ancienne loi, dit-il, exigeait dix ans de séjour en France pour la naturalisation, mais, du fait de M. Barthou, on nous a dotés d'une loi qui n'exige plus que trois ans de séjour, et je crois savoir qu'on n'exige même pas les trois ans quand on a affaire à des sommités médicales, juridiques ou scientifiques. J'ai fait une enquête dans certains milieux administratifs, et je suis arrivé à savoir qu'il devait y avoir à peu près 110.000 demandes de naturalisation par an, pour toutes professions réunies : c'est un chiffre que personne ne sait parce qu'il ne paraît nulle part. Là-dessus, il y aurait environ 25.000 naturalisations prononcées par an, soit le quart. Il faut ajouter à ces 110.000 un certain nombre de demandes de naturalisations qui forment une catégorie à part : je n'ai pas pu savoir à combien elles se chiffrent.

Pour les professions libérales, il est impossible de savoir les chiffres par Faculté et, dans chaque Faculté par conséquent, la proportion des étudiants et des diplômés. Je n'ose dire que le silence sur ce point est élevé à la hauteur d'un principe. Tout de même, je suis arrivé à savoir que, depuis juillet 1935, neuf docteurs en médecine auraient été naturalisés. Sur le nombre des étudiants naturalisés, on est muet.

Il n'y a plus qu'une solution pour essayer d'être renseigné, prendre l'*Officiel* du dimanche et relever tous les naturalisés par noms et professions : on arriverait ainsi à savoir le nombre de ceux qui sont naturalisés annuellement. Si ce relevé était fait, on pourrait engager une action sérieuse ; c'est sans doute pour éviter cela qu'on ne veut pas nous donner trop de renseignements.

Le Syndicat des Médecins de la Seine a décidé, il y a quelques jours, d'apporter un vœu au Ministre de la Justice, à qui nous avons demandé d'exiger dorénavant de ses services que, dans l'enquête précédant la naturalisation, l'Administration demandât l'avis des Syndicats médicaux. Nous supposons que ceux-ci peuvent être bien placés pour se renseigner sur la moralité des médecins et étudiants en médecine qui font leur demande de naturalisation. Dans les villes d'Université, il ne doit pas être difficile de se renseigner sur la moralité et la mentalité des étudiants étrangers qui, pour la plupart, vivent de remplacements dans des conditions de régularité souvent discutables. »

En terminant, M. Mordagne dit avec quel bienveillant intérêt M. Léon Bérard a écouté les délégués du Syndicat des Médecins de la Seine et de l'Association corporative. Le ministre a promis d'étudier de très près leur point de vue.

L'HOMÉOPATHIE DEVIENDRA-T-ELLE UNE THÉRAPEUTIQUE SCIENTIFIQUE?

Par M. PIERRE DELORE,
Médecin des hôpitaux de Lyon.

Il est difficile de nier que l'homéopathie connaît actuellement un renouveau. Le nombre des publications qui lui sont consacrées, les efforts louables de quelques homéopathes à l'esprit plus critique que leurs prédécesseurs, les appuis que les sciences physiques ou biologiques apportent à la doctrine sont autant de signes qui annoncent ce renouveau. Et cependant le divorce séculaire subsiste entre la médecine officielle et l'homéopathie, allopathes et homéopathes restant sur leurs positions respectives et se regardant volontiers en adversaires. Le divorce peut-il cesser ? Comment ? L'homéopathie peut-elle acquérir les caractères d'une thérapeutique scientifique (1)? S'intégrera-t-elle dans la thérapeutique officielle de demain pour devenir simplement un de ses chapitres? Telles sont les questions auxquelles, quoique non homéopathe pratiquant, nous tenterons de répondre dans les lignes suivantes, sans prétendre certes épuiser un sujet aussi complexe et délicat.

***

Rappelons en quelques mots ce qu'est l'homéopathie : c'est une doctrine et une pratique qui cherchent à traiter les maladies « par l'application du principe de similitude « similia similibus curentur », c'est-à-dire en administrant au malade des substances qui produisent sur l'homme sain un ensemble de symptômes semblables à l'ensemble des symptômes de la maladie que l'on combat » (2).

On sait que ses principes fondamentaux sont les suivants :

1° Principe de similitude ;
2° Principe des doses infinitésimales ;
3° Principe de l'individualisation du malade.

I. Considérations critiques sur l'homéopathie

1. LE MAQUIS. — La critique, certes, a beau jeu ici. Voici quelques reproches que l'on peut en toute impartialité adresser à l'homéopathie.

Le vocabulaire est plein d'obscurités. On rencontre à chaque pas la confusion et le « fatras spéculatif sur des analogies plus ou moins lointaines » (Morhardt) (3). Il y a trop de spéculation, trop d'esprit de système, trop d'entités philosophiques. Rien n'est plus effarant que de considérer un formulaire homéopathique ; il faut beaucoup de bonne volonté et de souci de la vérité pour se promener dans un pareil maquis et y chercher le bon grain au milieu des broussailles. Il semble que les homéopathes aient pris plaisir à s'entourer d'une atmosphère de métaphysique et de mystère. A lire la plupart des livres d'homéopathie et surtout la partie réservée au formulaire, on croirait revenir au temps de la scholastique et de l'alchimie. « Le répertoire homéopathique est encombré par une compilation presque toujours recopiée et presque jamais expérimentée. » (Chavanon) (1).

Maurice (2) a critiqué spécialement le livre de Vannier, qui exprime la doctrine de l'homéopathie française, et il a écrit : « Pour un médecin ordinaire, bien mieux pour un Français moyen, livres et journaux d'homéopathie sont le plus souvent illisibles. Non pas que la doctrine soit tellement compliquée qu'on ne puisse la saisir : mais la façon de raisonner des homéopathes, leurs critères, m'ont paru défier toute logique ».

On conçoit que tout cela ait empêché d'entreprendre des vérifications sérieuses.

2. L'ABSENCE DE CARACTÈRE SCIENTIFIQUE ET CLINIQUE. — Acceptable dans sa doctrine de départ, l'homéopathie fait trop reposer ses applications sur des vues de l'esprit, méprise trop délibérément le contrôle de l'expérimentation et de la clinique. Aussi, la majeure partie de la pratique homéopathique n'a-t-elle pas de valeur scientifique. La plupart des homéopathes sont restés des empiriques. Ce n'est pas ici certes que l'on méconnaîtra la part encore prépondérante de l'empirisme dans les autres secteurs de la médecine. Mais on peut bien dire aux homéopathes qu'ils n'ont rien fait pour étayer scientifiquement leur doctrine et les applications qu'ils en font. Les confirmations se réalisent le plus souvent en dehors d'eux ; ils n'y sont pour rien. Toutes les vérifications de caractère expérimental sur lesquelles ils cherchent à s'appuyer aujourd'hui leur sont apportées du dehors et notamment par la physique biologique et par la chimie physique (l'ionisation par exemple). Si les recherches scientifiques confirment et expliquent de mieux en mieux l'activité des doses infinitésimales, Hahnemann et ses adeptes n'y sont pour rien.

Ce qui nous frappe le plus c'est le manque de sens clinique de la plupart des homéopathes ; ils raisonnent sur des entités, des abstractions, des idées préconçues plus que sur des réalités cliniques ; leurs observations manquent de rigueur.

Aussi les homéopathes, *et c'est là sans doute le plus grave reproche qui peut leur être adressé*, sont-ils amenés à des erreurs grossières autant que dangereuses, par exemple : méconnaître un mal de Pott ou une tumeur et *continuer par esprit de système à traiter par l'homéopathie des cas qui sans discussion aucune relèvent d'un traitement classique et tout différent.*

On doit regretter ici que les homéopathes ne se rendent pas aux invitations qui leur sont faites par

(1) Les homéopathes peuvent critiquer l'emploi que nous faisons ici du terme « scientifique ». Il est facile en effet d'établir que notre thérapeutique la plus officielle, la plus académique, comporte encore une large part d'empirisme. Cependant dans la mesure où elle s'est *fondée sur le contrôle expérimental et clinique*, elle mérite le terme de scientifique qu'il nous est encore impossible d'accorder à l'homéopathie.

(2) MOUÉZY-EON. *Les doctrines de l'homéopathie.* Editions médicales, 1923, p. 1.

(3) MORHARDT. Le renouveau de l'homéopathie devant la critique scientifique. *Presse Méd.*, n° 31, 16 avril 1930, p. 524.

(1) CHAVANON. *L'homéopathie moderne*, 15 nov. 1932, p. 583.

(2) MAURICE. Cité par Finot in *Revue thérap. des alcaloïdes*, 1929, p. 150.

certains chefs de services hospitaliers ; ils donnent ainsi l'impression de ne pas tenir au contrôle clinique.

D'autre part, on a pu invoquer la fantaisie et l'exploitation auxquelles se prête l'homéopathie. Mais ceci n'enlève rien à la doctrine elle-même et ne touche qu'aux applications qui en sont faites.

3. Quelques critiques relatives a l'enseignement d'Hahnemann. — *a*) Hahnemann enseignait l'*inutilité du diagnostic clinique*. Aujourd'hui, l'homéopathie reconnaît certes la nécessité du diagnostic préalable de la maladie. Cependant, pendant trop longtemps elle a vécu avec ce mépris pour le diagnostic et il lui en est resté quelque chose.

b) Hahnemann soutenait qu'on apprend plus de l'épreuve des médicaments sur l'individu sain que sur le malade. Ceci est très discutable. Car nous savons tous que l'action d'un médicament est souvent très différente chez le malade et chez l'individu sain et, des constatations faites chez l'homme sain, on ne peut a priori prévoir quelle sera la réaction de l'organisme malade. Cette notion est vérifiée constamment par la thérapeutique clinique ; par exemple, quelles données valables pour les cardiaques tirer de l'action de la digitale chez l'homme au cœur sain ? Même question pour la théobromine s'adressant au sujet en état de rétention chlorurée, pour le bromure chez l'épileptique, etc...

II. Sur les bases scientifiques de la doctrine

A. Remarques générales.— 1. Il faut souligner *l'esprit de synthèse* que l'on trouve dans l'homéopathie, la préoccupation de relations, d'universalité, d'unité, la tendance à la recherche (pas très heureuse jusqu'ici d'ailleurs), d'un accord avec les lois cosmiques.

D'une part, « la thérapeutique homéopathique ne s'adresse jamais à un symptôme isolé, mais à l'ensemble des symptômes. Cette tendance synthétique est directement dans la tradition hippocratique » (Cailleux) (1). D'autre part, on y trouve la reconnaissance d'un ordre qui régit les phénomènes de la vie, ordre reconnu par le maître même de la médecine expérimentale Cl. Bernard, lorsqu'il disait : « Tous les phénomènes de la vie sont sans doute explicables mécaniquement, mais l'ordre qui les joint ne l'est pas ».

2. L'homéopathie reconnaît justement le rôle de la « natura medicatrix ». Hippocrate disait déjà : « la nature est le premier médecin et c'est en favorisant ses efforts que nous obtenons quelques succès ».

3. L'homéopathie déclare avec raison que les lois qui président à l'état de santé et à l'état de maladie sont au fond les mêmes.

4. Hahnemann a énoncé deux lois qui régissent l'action des médicaments, lois dont l'exactitude a été confirmée dans la suite :

a) Un médicament donné en une seule dose à un homme sain produit *deux effets alternants* dont le premier est opposé au second ;

b) Tout médicament produit sur l'homme sain *deux effets opposés* suivant qu'on le prescrit à petites et à fortes doses.

(1) Cailleux. Essai critique sur la doctrine homéopathique. *Th. de Paris*, 1933.

Par la suite, l'action contraire des médicaments a fait l'objet d'un travail classique de R. Lépine (1).

A propos de cette *influence de la dose*, l'homéopathie reconnaît à juste titre qu'une même substance peut *selon la dose*, avoir une *action thérapeutique ou toxique*. Cela est confirmé par de multiples faits, par exemple :

Dans l'antianaphylaxie : l'influence des petites *doses*, dites *préparantes ou désensibilisantes*.

Dans le traitement de la tuberculose par la *tuberculine* d'infimes doses peuvent être utiles : ce sont celles justes suffisantes pour réactiver « à la limite » le foyer ; des doses supérieures peuvent provoquer une congestion trop vive et une poussée évolutive.

On peut rappeler aussi l'action des rayons X et du radium sur le cancer : selon la dose on a une action inhibitrice ou stimulante.

La thérapeutique montre que beaucoup de médicaments ont une action double, selon la dose et selon l'état du sujet, sain ou malade ; c'est ainsi que l'arsenic, le calomel, l'ipéca peuvent provoquer la diarrhée ou la guérir ; l'opium peut agir comme excitant ou soporifique.

5. Un des mérites de la doctrine actuelle, c'est de conduire à préciser l'action des remèdes sur les organismes *sains*. C'est d'autre part d'orienter vers l'étude de l'action élective du médicament sur l'organe malade.

Nombre de cliniciens avec Bier ont pu constater, ainsi que le soutiennent les homéopathes, *la sensibilité extrême des malades aux remèdes*, sensibilité qui fait défaut chez les sujets sains. De même le précepte de Hahnemann de ne pas donner trop souvent ni trop longtemps de petites doses se justifie aussi en clinique.

B. Le principe de similitude. — On sait que l'homéopathie cherche à combattre la maladie par la maladie provoquée et atténuée. Elle utilise les analogies existant entre les signes morbides et les effets des médicaments. Or la thérapeutique classique offre de nombreuses applications conformes au principe de similitude ; en voici quelques-unes.

La thérapeutique fait constamment de l'homéopathie sans s'en rendre compte. Jenner et Pasteur ont suivi la doctrine homéopathique et appliqué le principe de similitude. La *vaccinothérapie* et la *sérothérapie* sont, dans leur principe, d'accord avec l'homéopathie. C'est surtout la vaccination préventive qui représente le traitement du mal par le mal ; elle cherche à transformer le milieu intérieur comme le fait la maladie ; la vaccinothérapie, comme l'homéopathie, n'est-elle pas une méthode dynamique, qui tend à provoquer les réactions de défense de l'organisme ? « L'homéopathie et l'isopathie, si elles ne sont pas identiques, sont bien deux sœurs jumelles qui peuvent et doivent se donner la main. » (Mouézy-Eon.)

Les phénomènes d'anaphylaxie peuvent s'interpréter en fonction du principe de similitude. *Le traite-*

(1) R. Lépine. Des deux phases contraires de l'action de certains médicaments, *Semaine méd.*, 27 nov. 1889.

ment de l'anaphylaxie est conforme au principe de similitude (1).

On peut invoquer, d'autre part, les relations entre l'homéopathie et l'organothérapie, l'*opothérapie* ; celle-ci n'est-elle pas une thérapeutique de similitude?

En traitant l'inflammation par la thérapeutique irritante (abcès de fixation, injection de protéines, etc...) Bier s'est aperçu qu'il ne faisait qu'appliquer le principe de similitude (2).

La tuberculose nous offre un exemple en faveur du principe de similitude. On sait quel est le rôle des lipides dans la pathogénie des lésions tuberculeuses ; nous avons insisté sur ce sujet dans diverses publications (3). Certains acides gras provoquent des lésions caséeuses qui rappellent les lésions tuberculeuses. Or les lipides occupent une place de choix dans la chimiothérapie de la tuberculose ; on sait notamment quels résultats celle-ci a tirés de l'emploi de corps gras ou d'acides gras (huile de foie de morue, huile de chaulmoogra ou leurs acides gras).

On pourrait trouver un autre exemple en faveur du principe de similitude dans les relations du cancer avec les radiations : certaines radiations peuvent provoquer le cancer ; d'autres peuvent l'arrêter.

D'une façon générale, on peut dire avec Duhamel (4) que si la médecine emploie peu les doses infinitésimales, la biologie, la physique et la chimie en font un usage constant.

C. LE PRINCIPE DE LA DILUTION ET DES DOSES INFINITÉSIMALES. — Il est vérifié par de nombreux faits expérimentaux et thérapeutiques.

C'est parmi les expériences les plus connues, celles de Raulin sur l'action du nitrate d'argent sur le développement de l'aspergillus niger, action inhibitrice à la 30e et même à la 50e dilution — celles de Richet sur l'action du formol qui influence la fermentation lactique à la 12e dilution décimale, celles de G. Bertrand sur le manganèse qui agit sur l'aspergillus à la 10e dilution décimale.

C'est l'action bactéricide des sels métalliques, Ag, Cu, par exemple, à doses infinitésimales.

C'est l'influence de la nature du récipient, paroi d'argent, par exemple, sur le liquide qu'il contient. On sait que les anciens utilisaient contre l'anémie une eau ayant séjourné dans un récipient de fer ou une eau dans laquelle on avait plongé une épée.

C'est l'emploi thérapeutique des *métaux colloïdaux* dont l'action s'est montrée incontestable pour des doses de 1/300 de milligramme. Renon, Ch. Richet Fils et A. Lépine (5) ont démontré que non seulement il existe un rapport entre la petitesse des grains et leur action bactéricide, mais encore que l'action bactéricide est d'autant plus évidente que le nombre des grains est plus petit. L'influence de la division est donc incontestable.

Nous sommes ainsi amené à la *notion de catalyse.* Les *catalyseurs* développent une action physico-chimique considérable avec une masse infime, si bien qu'on a parlé pour eux d'une « *action de présence* » qui s'oppose à l' « *action de masse* ». Faut-il souligner la valeur de l'élément minéral comme agent de catalyse dans les actes de la vie cellulaire tels que les fermentations ; les éléments minéraux ioniques constitutionnels jouent un rôle essentiel dans les équilibres cellulaires, et par suite dans le terrain.

A côté des catalyseurs, on peut invoquer l'action de tous les *ferments* et *diastases.*

La connaissance des *vitamines*, des « *micrines* », des *hormones* et de toutes les substances dites « *minimales* » a établi l'activité considérable de ces corps à des doses infinitésimales.

Les *eaux minérales* représentent une solution homéopathique. Martiny (1) note que « la corrélation est grande entre la crénothérapie et l'homéopathie ». Il rappelle que les travaux de Billard apportent à l'homéopathie une confirmation expérimentale de ses deux principes : « Le pouvoir anagotoxique des eaux thermales a montré les possibilités par l'infinitésimal d'une *immunité non spécifique*, c'est-à-dire par l'analogue, ce qui est à proprement parler de l'homéopathie véritable... *On doit se dégager de cette idée de spécificité* telle que nous sommes habitués à la concevoir et admettre qu'une dose infinitésimale de médicament peut remplacer un vaccin ou un sérum. Billard a donné raison aux homéopathes ».

L'utilisation des *tuberculines* est conforme au principe. Il en est de même pour le déclanchement du *choc anaphylactique* par des doses infinitésimales.

La *transfusion du sang* apporte un bon exemple de la valeur des *petites doses.* Bier a montré qu'elle n'agissait pas en remplaçant matériellement, quantitativement le sang perdu, mais qu'elle stimulait l'hématopoïèse par choc ou action irritative.

On connaît l'influence sur les phénomènes biologiques de l'*émanation impondérable des corps radioactifs ;* par là l'homéopathie est en accord avec la radioactivité. Ici, l'infiniment petit chimique et l'infiniment petit physique se rencontrent.

Duhamel évoque à propos de l'homéopathie les actions à distance et les faits d'induction mitogénétique mis en évidence par les travaux de Gurwitch et Magrou qui montrent l'incroyable sensibilité de la cellule à des actions d'une extrême subtilité ; et Duhamel suggère que l'action à distance et l'action de la dose infinitésimale ne sont peut-être pas très différentes.

L'homéopathie a réalisé au maximum le vieil adage « *corpora non agunt nisi soluta* ». Par là elle est d'accord avec la chimie physique moderne et notamment l'ionisation. La chimie physique montre en effet que l'activité des corps en solution est fonction de leur dissociation, c'est-à-dire de leur dilution. On pourrait transcrire l'adage antique en langage physique mo-

(1) Au sujet des rapports de l'homéopathie et de l'anaphylaxie, voir MOUÉZY-EON. Anaphylaxie et Homéopathie, *Bull. Méd.*, 30 juillet 1932, p. 532.

(2) BIER. Que devons-nous penser de l'homéopathie ? *Munch. med. Woch.* T. LXXII, nos 18 et 19, 1er et 8 mai 1925.

(3) P. DELORE. Etude physiologique du terrain dans la tuberculose. *Th. de Lyon* 1926, et « Recherches sur les acides gras » (avec M. JANNIN). *C. R. Soc. Biol.*, t. XCVIII, 1928, p. 700.

(4) DUHAMEL. Essai de justification des méthodes thérapeutiques homéopathiques, *Th. de Paris*, 1933.

(5) RENON, Ch. RICHET fils et A. LÉPINE. Rôle antiseptique des ferments métalliques sur la fermentation lactique, *Soc. de Biol.*, 7 mars 1914.

(1) MARTINY. Les frontières de l'homéopathie, *Progrès méd.*, n° 18, 2 mai 1931.

derne : *les corps n'agissent qu'autant qu'ils sont ionisés.*

« La matière, écrit G. Le Bon, est un réservoir d'énergie formidable qui ne se manifeste que si elle est dissociée. Les quantités de matière mise en jeu sont infiniment petites et les énergies libérées extraordinairement grandes. »

La dilution et l'action dynamique des médicaments. — La valeur des petites doses étant admise, on doit se demander quel est leur mode d'action. Poser cette question conduit à des considérations sur l'action dynamique des médicaments, du plus haut intérêt pour la pathologie et la thérapeutique, et c'est une chose à mettre à l'actif de l'homéopathie.

Ce n'est pas par sa masse que le médicament très dilué agit. On a trop considéré l'action quantitative et chimique et pas assez l'action physique qui paraît beaucoup plus importante. L'explication chimique est insuffisante pour les doses infinitésimales. Or l'homéopathie déclare que le médicament dilué agit par son dynamisme ; elle affirme *la dynamisation par les faibles doses* et cette notion nous apparaît des plus fécondes. La thérapeutique classique l'a trop perdue de vue ; et cependant Albert Robin et Huchard ne disaient-ils pas eux-mêmes que le médicament agit par son dynamisme et non par sa masse. « Il faut supposer un passage qualitatif de la matière en force. La matière sulfur, le complexe lycopode se transmutent en rythme sulfur ou lycopode. » (Martiny.) (1)

Cette conception est rigoureusement en accord avec la chimie physique et elle est expliquée par elle. La physique proclame, nous l'avons dit, que les corps en solution n'agissent qu'autant qu'ils sont dissociés, ionisés, et l'ionisation est fonction de la dilution. *La dynamisation est le fait de la dilution.* Les dilutions de même que les triturations, les agitations, les succussions successives du médicament, telles que les pratique l'homéopathie, augmentent la *dissociation*, déterminent une *extension de surface*. Les médicaments acquièrent des propriétés nouvelles et sont *activés*.

« Les doses infinitésimales ne sont plus pour étonner le savant moderne qui ne croit plus que la division de la matière s'arrête à l'atome ; on connaît les électrons ; on se demande même si la matière ne se résoud pas finalement en vibration... Une substance est d'autant plus active qu'elle est plus divisée : ainsi, le fer réduit est plus actif que la limaille de fer... *Toutes les recherches scientifiques modernes tendent vers la recherche de l'infiniment petit.* » (Picard.) (2)

C'est très justement que Mouézy-Eon, un des plus distingués porte-parole de l'homéopathie actuelle, a écrit (3) : « Seul le dynamisme compte à l'échelle de grandeur infinitésimale où se passe la vie de la cellule, et la qualité du mouvement, le rythme vibratoire spécifique de l'atome du corps considéré importent plus que la question de quantité ».

Mouézy-Eon écrit plus loin que « *l'évolution de la science contemporaine justifie les conceptions dynamiques de l'homéopathie.* Toute l'histoire de la science depuis Descartes jusqu'à notre époque ne consiste-t-elle pas en une sorte de *dématérialisation progressive* de la notion rigide et immobile de matière telle que la fournissent nos sens et en une descente parfois vertigineuse dans l'*infini de la petitesse ?* »

Déjà il nous faut concevoir au delà de l'atome et de la molécule. La découverte de la radioactivité a montré que l'atome n'était pas l'unique constituant de la matière et a conduit à la *théorie électronique de la matière*. La notion de *l'électron*, infime charge électrique, vient confirmer un des principes majeurs de l'homéopathie. « Que sont d'ailleurs les dilutions les plus extrêmes auprès de l'ordre de grandeur selon lequel se meuvent les électrons ?... N'est-il donc pas normal, en ces conditions, que l'homéopathie et la biologie cherchent et trouvent de plus en plus sur ce plan hyperphysique commun à toutes choses, les secrets de la vie comme de la guérison ?... Il semble donc que la médecine doive quitter les conceptions grossières qui comparent le corps à un laboratoire où les médicaments se combinent aux substances organiques *selon des affinités purement chimiques.* Elle doit faire intervenir un point de vue plus profond : celui d'une *physique* subtile où l'on cherche à réformer les rythmes dérangés les plus cachés de la substance vivante par des *vibrations appropriées, émanant des moyens thérapeutiques.* Et, en vertu du principe de similitude, seules les hautes dilutions... auraient capacité de redresser le cycle biophysique profond dévié par les influences morbides. » (Mouézy-Eon.) (1)

L'excitation médicamenteuse. Recherche de la résonance. Application physique du principe de similitude. — L'homéopathie reconnaît donc le caractère dynamique des phénomènes de la vie et la valeur des rythmes vibratoires en biologie, rythmes normaux ou santé, rythmes désaccordés ou maladies. Elle affirme la valeur de l'action dynamique du remède et cherche à utiliser l'énergie accumulée dans l'agent thérapeutique. D'une façon plus générale, elle reconnaît *la valeur de l'excitation* comme étant à la base de la plupart des actes vitaux. L'agent thérapeutique doit exciter électivement l'activité de l'organe malade. Or, la haute dilution seule a des chances « de toucher par son pouvoir de diffusion et de pénétration hyperphysique aux principes dynamiques invisibles de la vie quand ils sont désaccordés » (Mouézy-Eon). L'homéopathie repose sur l'idée de la force vitale et de la nature médicatrice ; elle cherche à réveiller les forces de conservation et de réaction de l'organisme malade « de sorte que ce soit la vie qui se guérisse elle-même au lieu de lui substituer des forces étrangères qui ne donnent un résultat passager qu'au détriment du capital vital » (Picard) (2). Le but de la thérapeutique c'est de provoquer et d'aider la réaction naturelle ; c'est d'aider l'organisme à établir l'équilibre en faisant appel à ses propres moyens.

Il y a plus : l'homéopathie reconnaît *la valeur de la grandeur de l'excitation :* les excitations faibles augmentent l'excitabilité ; les excitations fortes l'en-

(1) MARTINY. Les frontières de l'homéopathie, *Progrès méd.*, n° 18, 2 mai 1931.
(2) PICARD, *Revue française d'Homéopathie*, n° 3, mars 1923.
(3) MOUÉZY-EON. *Les doctrines de l'Homéopathie*, p. 130.

(1) MOUÉZY-EON. *Loco citato*, page 175, et Anaphylaxie et homéopathie. *Bull. Méd.*, 30 juillet 1932, p. 534.
(2) PICARD. Notions générales d'homéopathie. *Bull. Méd.*, 30 juillet 1932, p. 526.

travent. R. Arndt, en 1885, a formulé la loi suivante (loi d'Arndt-Schultze) : « Les petites excitations provoquent l'activité vitale, les excitations moyennes l'augmentent, les excitations fortes la jugulent ». Ainsi, avec une dose trop forte, nous risquons de contrarier la « nature médicatrice » ou plus précisément la capacité de réaction organique qui au contraire doit être stimulée.

Bier (1) en traitant l'inflammation par la thérapeutique irritante a pu conclure que « une dose trop forte peut aggraver beaucoup un état morbide chronique... La dose injectée doit être, comme en homéopathie, assez petite pour que la réaction, c'est-à-dire le renforcement des symptômes, soit à peine perceptible... Mieux vaut éviter les réactions générales et s'en tenir aux réactions de foyer ébauchées ». Bier a pu constater, ainsi que le soutiennent les homéopathes, la sensibilité extrême des malades aux remèdes, sensibilité qui fait défaut chez les sujets sains.

C'est à juste titre aussi que l'homéopathie distingue les effets actifs et les effets réactifs. L'effet de la faible dose, appelé réactif, tiendrait à la réaction de l'organisme, à l'effet dynamique du médicament. L'effet de la forte dose, appelé actif, tiendrait à l'action propre, surtout chimique, toxique, quantitative, du médicament.

L'homéopathie fait intervenir les phénomènes de résonance, de concordance de phase, de fréquence vibratoire.

« La thérapeutique homéopathique paraît être du domaine de la *mécanique ondulatoire*. Une cellule malade, comme l'a démontré Charles Henry, présente un affaiblissement vibratoire de ses résonateurs biologiques ; sous l'influence du remède homéopathique (à grande amplitude et grande fréquence vibratoire similaire) les résonateurs affaiblis tendent vers une amplitude et vers une fréquence vibratoires normales... C'est l'organisme, guidé sélectivement par le remède qui se guérit aux dépens de sa propre vitalité. » (Martiny.) (2)

Ainsi que le remarque Martiny (3), la correction thérapeutique peut donc être envisagée comme un redressement ondulatoire ; c'est pour cela que l'homéopathie qui s'adresse aux troubles de l'excitabilité cellulaire agit surtout dans les déséquilibres vago-sympathiques et dans les états dysendocriniens. *Il importe d'utiliser la dose juste suffisante et nécessaire, minima, pour provoquer une stimulation, une réaction, une vibration déterminée dont le rythme s'accorde à celui des cellules atteintes par le processus morbide.* On retrouve ici le principe de similitude.

On conçoit bien que la dilution, donc l'ionisation, puisse libérer des électrons c'est-à-dire une énergie susceptible de provoquer dans l'organisme malade des phénomènes de *résonance*. Le but idéal c'est la dilution correspondant à un degré d'ionisation du médicament telle que ses électrons soient capables d'entrer en résonance avec ceux des cellules organiques.

(1) Bier. Que devons-nous penser de l'homéopathie ? *Munch. med. Woch.*, t. LXXII, n° 18, 1er mai 1925.
(2) Martiny. *Loco citato.*
(3) Martiny. De l'homéopathie. *L'Esprit médical*, n° 15, 5 août 1933.

Enfin l'homéopathie reconnaît *la valeur du stimulant approprié*, valeur proclamée par la science. G. Le Bon l'a affirmé en écrivant : « Chaque équilibre de la matière n'est sensible qu'à un excitant qu'il faut trouver pour obtenir un effet cherché. Quand on l'a découvert, on constate que de très faibles causes peuvent modifier facilement l'équilibre des atomes et déterminer, comme l'étincelle sur une masse de poudre, des effets dont l'intensité dépasse beaucoup celle de la cause provocatrice ».

Nous pensons avoir suffisamment montré dans quelle mesure les principes de l'homéopathie sont d'accord avec la science moderne. Celle-ci est dominée de plus en plus par la physique et elle montre que les phénomènes que nous appelons chimiques s'intègrent en définitive dans la physique.

D. L'individualisation du malade et la notion de terrain. — L'homéopathie considère plus le malade que la maladie ; elle cherche ce qu'il y a d'individuel dans chaque cas.

Ce principe de l'individualisation du malade et du traitement est d'accord avec l'adage classique qu'il n'y a pas de maladies, qu'il n'y a que des malades. « L'avenir thérapeutique est de plus en plus dans l'application thérapeutique non d'une médication spécifique pour chaque maladie, mais de médications variées contre les modalités réactionnelles présentées par le malade aux divers stades de la maladie. » (Bezançon.) (1)

L'homéopathie est orientée vers l'étude et le traitement de la constitution, du tempérament, de la diathèse, en un mot du terrain. « L'homéopathie conduit vraiment à la thérapeutique du terrain. » (Allendy.) (2) Elle a toujours reconnu la prédominance du terrain sur le microbe et l'importance de la nutrition. C'est ainsi qu'elle admet le précancer et la prétuberculose et en cela elle est vérifiée par les notions physico-chimiques récentes sur le terrain morbide et par la notion d'une phase biologique ou préclinique des maladies chroniques.

Or, la médecine, dominée longtemps par l'esprit d'analyse, revient à l'esprit de synthèse, à la notion de terrain, et par là elle se rapproche, à son insu, de l'homéopathie. Derrière un fatras considérable on trouve dans la doctrine homéopathique une tendance que l'on sent déjà dans la médecine officielle nouvelle.

III. Vers une homéopathie scientifique

1. Distinguer la doctrine et la façon dont on l'a appliquée. — La grande erreur serait de représenter l'homéopathie actuelle comme une science. Ce n'est encore qu'une *doctrine* que la science moderne vérifie de plus en plus. On doit reconnaître que les deux principes de similitude et de dilution reçoivent des confirmations scientifiques et s'imposent de plus en plus à l'attention des esprits indépendants. Quant aux applications qu'on en a faites, elles restent empiriques et là il y a beaucoup à dire. Les critiques légi-

(1) Bezançon. *Presse méd.*, 15 octobre 1932.
(2) Allendy. La tradition hippocratique et l'homéopathie. *Bull. Méd.*, n° 31, 30 juillet 1932, p. 525.

times doivent donc porter non pas tant sur la doctrine que sur ses applications peu scientifiques.

Une homéopathie scientifique est légitime et nécessaire. Scientifique déjà par sa doctrine, l'homéopathie actuelle ne l'est pas encore dans la pratique. A qui la faute ? Aux homéopathes certes qui se sont refusés au contrôle expérimental et clinique ; mais aux autres aussi. La médecine officielle a négligé ou méprisé la doctrine homéopathique ; une telle attitude doit cesser. Et nous répéterons avec Bier que l'homéopathie est loin d'être absurde et que l'on peut en apprendre beaucoup.

2. Pas d'exclusivisme. De l'éclectisme. L'homéopathie doit devenir un des chapitres de la thérapeutique générale. — La lutte entre l'allopathie et l'homéopathie dure depuis 24 siècles. Hippocrate disait : « Le semblable guérit le semblable » et Galien : « Le contraire guérit le contraire ». On sait que Paracelse après avoir brûlé les ouvrages de Galien a proclamé l'excellence de la doctrine hippocratique.

La question a été mal posée et si chacun reste sur ses positions, elle n'avancera pas. L'exclusivisme, les négations ou les affirmations dogmatiques, les généralisations systématiques ne représentent pas une attitude scientifique et féconde. Reconnaissons d'ailleurs que ceux qui critiquent l'homéopathie le plus souvent ne la connaissent qu'à peine.

« *Une entente est désirable entre médecins allopathes et homéopathes* pour le plus grand bien de l'art de guérir. En tout cas la doctrine ne mérite pas le ridicule que les applications fantaisistes ou charlatanesques de certains homéopathes lui ont valu. » (Bier.)

Il faut être éclectique. Il ne faut pas opposer l'allopathie et l'homéopathie ; elles se complètent plutôt qu'elles s'opposent ; la première est une thérapeutique plus quantitative, la seconde plus qualitative. La thérapeutique a deux pôles, l'un galiénique, exprimé par la loi des contraires, l'autre hippocratique, exprimé par la loi de similitude. *Allopathie et homéopathie ont chacune leurs indications.* Il est légitime d'admettre que l'on recourra à l'homéopathie toutes les fois que la thérapeutique classique se sera montrée impuissante ou insuffisante. Que si l'on veut pousser la chose plus loin, on peut dire qu'on utilisera la méthode de Galien ou celle d'Hippocrate, les effets actifs ou réactifs, selon la capacité de réaction organique du sujet. La dose reste soumise à la clinique et non au dogme ou au préjugé. *Il ne devrait plus y avoir d'allopathes et d'homéopathes, mais seulement des cliniciens et des thérapeutes au sens le plus complet.*

« La France, par son impulsion aux idées générales est peut-être en train de sortir l'homéopathie de sa position végétante... L'heure des négations systématiques est passée. » (Martiny) (1).

3. Les conditions d'une homéopathie scientifique. — Une révision de toute la documentation, une épuration de toute la matière médicale homéopathique sont nécessaires. Il faut appliquer à l'homéopathie le contrôle scientifique et biologique, les méthodes de la médecine expérimentale et de la thérapeutique clinique. *Il faut orienter résolument l'homéopathie vers l'expérimentation et plus encore vers le contrôle clinique.* Elle ne peut plus s'en tenir au vieil Organon ; et d'ailleurs les homéopathes les plus avertis d'aujourd'hui reconnaissent ce que l'ouvrage d'Hahnemann a de suranné ou d'incomplet. C'est en se pliant aux recherches pharmacodynamiques, à l'expérimentation scientifique, vétérinaire et surtout clinique, que l'homéopathie se libérera du marais dans lequel elle reste embourbée et gagnera droit de cité dans la thérapeutique officielle.

Il faudrait appliquer aux recherches les deux principes de similitude et de dilution.

Il faudrait entreprendre méthodiquement l'expérimentation sur l'individu *sain* des médicaments à doses moyennes allopathiques et répétées. Cailleux insiste dans sa thèse sur le grand intérêt de l'étude des médicaments chez l'homme sain et non plus seulement sur les animaux, car beaucoup de médicaments produisent des effets différents sur l'homme et sur l'animal ; la difficulté est d'ailleurs de rencontrer des hommes sains pour l'expérimentation. Cailleux ajoute que « la double action des médicaments, qui semble générale, demanderait à être étudiée expérimentalement sur l'animal et sur l'homme pour la totalité de la pharmacopée ».

Il est également indispensable comme l'énonçait Cl. Bernard (1) de « combiner les recherches expérimentales avec l'observation clinique, de *créer artificiellement des maladies* par des moyens connus d'avance ».

Nous sommes donc convaincu de la nécessité pour la thérapeutique officielle d'aborder l'étude de l'homéopathie, sans idées préconçues en toute objectivité, dans le but de *faire la part du bon et du mauvais* et d'*intégrer tout le bon grain homéopathique.* La tâche est énorme. L'abord de l'homéopathie est hérissé de difficultés et les homéopathes n'ont presque rien fait pour le rendre plus facile. Une telle œuvre demande une pensée indépendante, un esprit synthétique, une vaste culture à la fois clinique, scientifique, philosophique. La pratique de l'homéopathie, plus encore que celle de l'allopathie, doit être une science et un art.

Les homéopathes devraient descendre de leur tour et se décider enfin à venir dans les services hospitaliers où beaucoup de nos confrères sont prêts à les accueillir. Notre époque est à la collaboration.

D'autre part, il serait bon que soit ouvert en France un *centre officiel de recherches scientifiques et cliniques sur l'homéopathie,* prélude d'un enseignement officiel. Faut-il rappeler qu'un tel enseignement existe déjà dans plusieurs pays ?

4. Les avantages d'une homéopathie scientifique. — Ils sont incontestables. Il faut épurer l'homéopathie, la décanter pour en tirer ce qu'elle est capable de donner ; et elle doit donner beaucoup. « Des conquêtes toujours plus nombreuses seront faites, notamment dans le sens des petites doses. » (Morhardt) (2).

(1) Martiny. Le problème biologique de l'homéopathie. *Archives Hospitalières*, n° 4, juillet 1934.

(1) Claude Bernard. *XIe Leçon de Pathologie expérimentale.*

(2) Morhardt. Le renouveau de l'homéopathie devant la critique scientifique. *Presse Méd.*, n° 31, 16 avril 1930, p. 524.

D'autre part, il y a là aussi le seul moyen de mettre fin à l'exploitation de l'homéopathie par certains « guérisseurs » ou certaines officines. Si la médecine scientifique refuse d'occuper le domaine de l'homéopathie, le public continuera à y aller, risquant d'y rencontrer les empiriques purs ou les exploiteurs qui en toute liberté discréditent la méthode.

Les véritables adeptes de la doctrine ne peuvent qu'être persuadés que l'homéopathie aussi bien que les malades ont tout à gagner à la manière de voir que nous exposons ici.

Enfin à un point de vue plus général et encore mal compris, la thérapeutique doit trouver dans cette homéopathie scientifique de l'avenir un terrain de rencontre avec la physique cosmique et par là elle participera mieux au mouvement vers la synthèse de la science contemporaine.

Concluons donc en disant qu'il serait aussi faux de faire de l'homéopathie toute la thérapeutique que de lui refuser une place dans notre thérapeutique ; elle doit se soumettre au contrôle clinique et expérimental pour prendre enfin un caractère scientifique et devenir un des chapitres de la thérapeutique clinique générale.

(*Travail remis fin novembre* 1935.)

Grossesse et formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire, par le Dr Charles Léonardi, ancien interne du sanatorium F. Mangini (Hauteville). Préface du Dr F. Dumarest. 1 vol. in-8° de 214 pages. — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LE RÉGIME DANS LE CHOLÉRA INFANTILE [1]

Par M. L. BABONNEIX

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Quelles que soient les théories au sujet du choléra infantile, qu'il relève d'une toxi-infection alimentaire (Marfan) ou parentérale (Ribadeau-Dumas), que les accidents soient dus au passage dans l'organisme, à travers les muqueuses intestinales altérées, de substances toxiques (*toxicose, syndrome toxique* des auteurs allemands, *défaillance toxilytique de la muqueuse intestinale* du prof. Marfan), ou aux troubles fonctionnels produits par la déshydratation des tissus (*exsiccose* des auteurs allemands), la plupart des pédiatres s'accordent aujourd'hui, au moins dans les grandes lignes, sur le régime à prescrire. Nous distinguerons, avec le prof. Hutinel :

Une période *aiguë* où, seule, l'eau est supportée ;

Une période *de transition*, où la diète hydrique ne peut être poursuivie, sous peine d'accidents, et où le lait de vache, donné même à toutes petites doses, risque de déclencher des accidents de la plus haute gravité : c'est à cette période que conviennent donc, soit le lait de femme ou d'ânesse, soit les succédanés du lait : babeurre, lait sec, larosan, etc., administrés avec une extrême prudence ;

Une période de *remise au lait de vache*.

(1) *A.-B. Marfan, Les affections des voies digestives dans la première enfance*, Paris 1930, 4e édition, p. 35-419. — R. Mathieu. Le choléra infantile. La nutrition et les troubles digestifs, in *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, 1934, in-4°, *Pédiatrie*, 4.034, p. 1-6.

§ I. — **La période aiguë.** — Un seul régime, la *diète hydrique.* « Les uns lui demandent le repos nécessaire pour « que l'intestin évacue les poisons alimentaires dont il se- « rait souillé. Les médecins qui attribuent le choléra infan- « tile à une infection intestinale, savent que la diète hydri- « que constitue le plus puissant moyen de désinfection dont « nous puissions disposer ».

« La suppression complète des aliments permettant aux « glandes digestives de suspendre leurs sécrétions et de re- « nouveler, grâce au repos, une activité momentanément « épuisée. Enfin, les boissons abondantes ont un effet diu- « rétique fort utile, dans une maladie où les fonctions ré- « nales sont gravement compromises. » (R. Mathieu.)

Faut-il en prolonger l'emploi, c'est-à-dire la donner 48 heures au minimum, et 4 jours au maximum (Marfan), ou ne la prescrire que 12 heures (Finkelstein) ? Pour notre part, la pratique nous a appris que les meilleurs résultats sont obtenus avec une diète de *courte durée* : 12 heures en général ; 24 heures au plus, et, les 12 heures suivantes, nous prescrivons de l'eau de riz.

Le bouillon de légumes est presque toujours contre-indiqué. Contenant 5 gr. de NaCl par litre, il ne peut qu'aggraver l'état des malades, en augmentant la rétention chlorée. On sait, en effet, que, dans le choléra infantile, les tissus sont imprégnés de chlore, ainsi qu'en témoigne l'élévation du rapport $\frac{\text{Cl. globulaire}}{\text{Cl. plasmatique}}$.

§ II. — **La période de transition.** — On a le choix entre les préparations suivantes, qui, toutes, *doivent être essayées prudemment, en tenant compte des réactions tant locales que générales, et complétées par de l'eau*, de façon à ce que l'enfant ait 150 gr. de liquide par kilogr. et par 24 heures.

Lait de femme entier. — « Après 24 heures de diète hydrique, on essaie d'en faire prendre 3 à 4 cuillerées à café, et on renouvelle cet essai toutes les 4 heures environ. Le jour suivant, on en donne 5 à 6 cuillerées à café toutes les trois heures. On augmente ensuite progressivement jusqu'à ce qu'on ait atteint la ration normale. En attendant, dans l'intervalle, on fait prendre de l'eau, de manière que l'enfant ingère la quantité de liquide nécessaire. Dès qu'il est un peu plus fort, on le met au sein directement. » (Marfan.)

Lait de femme écrémé. — Après avoir laissé l'enfant 24 à 48 heures au mélange suivant :

Eau de riz	100 gr.
Nutromalt	10 »
Caséinate de chaux	2 »

M. Ribadeau-Dumas ajoute à ce mélange 3 à 4 cuillerées à café de lait de femme centrifugé, ou extrait par pression et coupé, de manière à diminuer sa richesse en beurre et en lactose.

Les jours qui suivent, on augmente petit à petit la proportion de lait de femme, en diminuant les quantités d'eau de riz et de caséinate de chaux, de manière à conserver une ration quotidienne de 10 cc. par kilogr. : 20 gr. le premier jour, 40 gr. le second, 50 le troisième. Dès que l'amélioration se manifeste, on verse dans chaque biberon 1 à 2 gr. de lait en poudre demi-écrémé ;

Lait d'ânesse, moins en faveur que jadis auprès des auteurs, mais auquel nous restons fidèle, car il est, d'habitude, bien supporté ;

Laits modifiés :

Lait en poudre : on s'adressera au lait demi-écrémé ;

Babeurre ;

Laits « synthétiques » : larosan, souvent mieux toléré que les autres laits, en raison de sa pauvreté en graisse et de sa richesse en sels de chaux (Ribadeau-Dumas).

Lait albumineux de Finkelstein, peu usité en France, mais qui, à l'étranger, donne des résultats très appréciés.

§ III. — **Période de remise au lait de vache.** — Fertile, elle aussi, en incidents, elle doit être l'objet, non moins que les précédentes, de la plus grande attention. Le lait de vache de bonne qualité, bouilli, coupé, ne sera donné, au début, qu'à petites doses, et on complétera le régime en s'adressant, comme précédemment, au babeurre ou au lait sec, tout prêt à faire machine arrière en cas d'accidents.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

A PROPOS DE LA SURACTIVATION DU SALICYLATE DE SOUDE

« Les associations médicamenteuses sont à l'ordre du jour », écrivait en janvier 1934 le professeur Loeper, en montrant que celles-ci représentent un élément important de ce qu'il a, avec Soulié et Lemaire, appelé « l'auxothérapie ».

L'activité renforcée de certaines médications associées n'avait pas échappé, en effet, à maints auteurs, et, parmi celles-ci, l'association salicylo-soufrée dans le traitement des affections rhumatismales. Des travaux plus récents (Marchal, Soulié, Lemoine, Geneslay) ont montré que l'association combinée de soufre, de calcium et de magnésium au salicylate de sodium augmente de près de 70 p. 100 le coefficient de fixation de ce sel sur la fibre cardiaque : argument important si l'on veut se souvenir que c'est moins la quantité de salicylate ingérée que celle retenue et fixée qui fait toute la valeur des cures salicylées.

A cet égard, le salicylate suractivé « Ana », dont la solution est fortement concentrée (1/2 cuillerée à café ou 70 gouttes équivalent à 1 gramme de salicylate de sodium suractivé), peut être considéré comme la plus active des préparations salicylées. Ce nouveau salicylate peut également être injecté par voie endoveineuse : chaque ampoule contient 1 gramme de salicylate suractivé en solution dans du sérum marin glucosé.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DIAGNOSTIC D'UNE ULCÉRATION LINGUALE

Diagnostic positif. — Reconnaître une ulcération linguale est facile, bien qu'il y ait des petites ulcérations difficiles à découvrir.

Devant une ulcération, tout l'examen consiste à : 1° en préciser : le siège, la sensibilité, la consistance, l'aspect ; 2° Rechercher l'existence d'une *adénopathie satellite ;* 3° Pratiquer au moindre doute une *biopsie.*

Diagnostic différentiel. — On élimine vite :

La *glossodynie* ou névralgie linguale sans aucune ulcération.

Les classiques *plaques en prairies fauchées de la syphilis secondaire ;*

La *glossite exfoliatrice marginée.*

La morsure de la langue ou autres ulcérations traumatiques qui ne rentrent pas dans le cadre des ulcérations pathologiques.

Diagnostic étiologique. — C'est tout le problème. Insistons tout de suite sur l'intérêt de la *biopsie* au moindre doute quant à l'étiologie.

a. 1er *cas* : facile : l'ulcération est associée à une stomatite :

— *Soit toxique :* mercurielle ;

— Soit ulcéro-membraneuse de Vincent ;
— Soit au cours de maladies infectieuses aiguës.

b. 2e *cas* : **Les petites ulcérations superficielles.** — Nous serons encore brefs :

1. *Les unes sont douloureuses :*

— Telles les *ulcérations herpétiques* à bords polycycliques, s'accompagnant d'herpès des lèvres ;

— Telles les *ulcérations de l'aphte* également très douloureuses, survenant par poussées chez certains sujets. Ulcération jaunâtre entourée d'un cercle rouge carminé.

— Telles encore les *ulcérations de l'hydroa lingual.*

2. *Les autres sont indolores* : réalisées par la syphilis :

A) *Le chancre syphilitique* : typiquement, son diagnostic est facile : exulcération plus que ulcération, absence de bords, indolence, induration en carte de visite, et surtout son adénopathie satellite caractéristique.

— Mais au niveau de la langue, il peut revêtir des aspects très atypiques qu'il faut bien connaître : fissuraire, papulo-érosif, induré parfois (chancre à la pointe).

B) *Les plaques muqueuses de la syphilis secondaire.* — Quand elles sont ulcéreuses : leur couleur opaline, leur indolence, leur multiplicité, leur coexistence avec d'autres stigmates de syphilis secondaire, y font penser.

L'ultra-microscope montre qu'elles fourmillent de tréponèmes (d'où leur extrême danger de contagion).

c. 3e *cas.* — Mais surtout est intéressant le diagnostic des **ulcérations profondes,** véritables ulcérations linguales.

Une notion les domine ; la hantise du cancer, et au moindre doute, répétons-le, l'exérèse et la biopsie s'imposent.

Quatre diagnostics sont à discuter :

1. L'*ulcération dentaire.* — Elle a pour caractères : de siéger sur un bord de la langue ; en face d'un chicot ; d'être verticale ; de disparaître après l'enlèvement du chicot. Mais : elle peut s'indurer ; s'accompagner d'adénopathie et surtout persister après l'ablation du chicot.

Il faut alors pratiquer une biopsie. — On connaît d'ailleurs la cancérisation possible d'une telle ulcération.

2. *L'ulcération tuberculeuse* siège sur la face dorsale de la langue ; son grand axe est parallèle à celui de la langue ; ses bords sont déchiquetés, décollés, violacés (fjords); son fond est grisâtre, montagneux ; elle est enfin *très douloureuse.*

Son diagnostic est facile quand elle survient chez un tuberculeux avéré, comme c'est la règle.

Mais elle peut apparaître comme primitive. Son diagnostic est alors difficile : recherche des bacilles de Koch à son niveau, inoculation des sécrétions à un cobaye, mais surtout si le doute persiste : *biopsie.*

3. *Les ulcérations syphilitiques tertiaires.* — Elles ont pour caractères communs : d'être indolores, de ne s'accompagner jamais d'adénopathie si elles ne sont pas infectées.

Elles revêtent 3 aspects :

a) L'*ulcération d'une gomme* : diagnostic facile ; bords *taillés à pic,* en falaise, *réguliers* (cycliques) ; fond jaunâtre ; disparition rapide par le traitement ioduré.

b) L'*ulcération survenant sur une langue scléro-gommeuse ou scléreuse* : ici, diagnostic beaucoup plus difficile, car : l'ulcération peut être ici banale ; elle peut s'indurer du fait de la sclérose ; s'accompagner d'adénopathie du fait de l'infection.

Aussi le diagnostic est-il parfois très délicat entre la syphilis et le cancer (d'autant que le cancer apparaît souvent sur un terrain syphilitique). Aussi, plus que le traitement antisyphilitique d'épreuve, la biopsie s'impose au moindre doute.

c) L'*ulcère leucoplasique vrai de Darier,* de diagnostic encore plus difficile. Son fond rouge vif, ses bords nets sont bien délicats à apprécier, et on sait que devant toute plaque de leucoplasie anormale, il faut en faire l'exérèse et pratiquer une biopsie.

4. *Enfin l'ulcération cancéreuse.* — Deux cas : a) *elle peut être un mode de début du cancer de la langue.* Elle se présente alors sous la forme fréquente d'une *fissure,* dont la nature cancéreuse peut être méconnue, mais un fait est capital : elle *survient sur une plaque de leucoplasie* et ce fait doit systématiquement :

— Faire *rechercher l'adénopathie* sous-mentale, sous-angulo-maxillaire, carotidienne : ganglions durs, petits, indolents, mobiles ;

— Faire surtout *pratiquer l'exérèse et une biopsie.*

Le diagnostic posé, il faut intervenir.

b) *Elle peut réaliser la « période d'état » d'un cancer évolué :*

Son diagnostic est alors évident devant une ulcération cancéreuse typique : bords durs, éversés, rigides, fond sanieux et surtout : saignante au moindre contact, reposant sur une large base indurée.

Ce qu'il faut à cette période, *c'est poser un diagnostic d'intervention* : sur l'étude de l'extension du cancer, des caractères de l'adénopathie, de l'état général du sujet.

Telles sont les quatre grandes causes à rechercher. Nous avons insisté déjà sur la difficulté du diagnostic qui découle de ce que les caractères spéciaux de chaque ulcération peuvent être en défaut. Un seul moyen alors : LA BIOPSIE.

Diagnostic histologique s'impose en effet bien souvent. Il révèle :

a) *Dans l'ulcération dentaire* : des *lésions inflammatoires banales ;*

b) *Dans l'ulcération tuberculeuse* : le *follicule tuberculeux* avec les grosses cellules géantes tuberculeuses, entouré d'un amas de cellules épithéloïdes claires et d'une couronne de lymphocytes.

c) *Dans l'ulcération syphilitique* : des lésions de *vascularite et de périvascularite ;*

d) *Dans l'ulcération cancéreuse* : la double anarchie : a) *cellulaire* avec les grosses cellules à noyaux gigantesques en voie de mitoses ; b) *tissulaire* : soit à type spino-cellulaire, comme c'est le cas le plus fréquent et le plus grave aussi, soit à type basocellulaire. J.-CH. GIRAUD.

Les nourrissons débiles et prématurés. Etude diététique (1), par L. RIBADEAU-DUMAS, médecin des Hôpitaux de Paris, et Marie LATASTE, médecin consultant à Biarritz.

Cette étude diététique approfondie du prématuré et du débile est indispensable. En effet le nombre important des enfants appelés à la naissance « enfants débiles » rend utile, d'un point de vue social autant que médical, l'étude de leurs bonnes conditions d'élevage. La statistique récente d'une maternité de Paris comprend 35,8 p. 100 de nouveau-nés pesant moins de 3.000 grammes ; les nourrissons paient un lourd tribut à la mortalité précoce et à celle de la première année. Si la faiblesse congénitale est parfois responsable de ces morts, elles sont dues aussi à un défaut de soins, souvent à une faute de régime immédiatement grave, chez ces nourrissons imparfaits et fragiles. L. G.

(1) **Collection Médecine et Chirurgie pratiques. In-8 de 106 pages avec 10 figures. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.**

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 4. — SAMEDI 11 JANVIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Etudiants : **25** francs par an.	Tous les autres pays : **75** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — NOMINATIONS :

I. *Médecins* (service des consultations). — MM. les docteurs Gutmann, à l'Hôtel-Dieu; Escalier. à la Pitié; Boltanski, à Saint-Antoine; Lambling, à Necker; Coste, à Cochin; Decourt, à Beaujon-Clichy; Dreyfus, à Beaujon-Paris; Hamburger, à Lariboisière; Basch, à Tenon, Célice, à Laennec; Weissmann, à Bichat; Mme Bertrand-Fontaine, à Broussais; MM. Rachet, à Boucicaut; Clément, à Trousseau; Levesque, à Bretonneau; Pichon, à Hérold; Péron, à Ambroise-Paré.

II. *Chirurgiens.* — Assistants : MM. de Gaudart d'Allaines, du docteur Roux-Berger; Moulonguet, du docteur Gernez; Gatellier, du professeur P. Duval; Bloch (Jacques), du professeur Cunéo; Petit-Dutaillis, du professeur Gosset; Fey, du professeur Marion; Charrier, du professeur Gosset; Sénèque, du professeur Cunéo; Michon, du professeur Grégoire; Maurer, du docteur Lardennois; Wilmoth, du professeur Lenormant; Oberlin, du docteur Chevrier; Huet, du docteur Mondor; Ameline, du docteur Basset; Thalheimer, du docteur Desmarest; Welti, du docteur Lardennois; Ménégaux, du professeur Lenormant; Banzet, du docteur Baumgartner; Fèvre, du professeur Ombrédanne; Huard, du docteur Okinczyc; Gueullette, du docteur Capette; Meillère, du docteur Despias.

(Service des consultations.) — MM. Quénu, à Necker; Braine, à Saint-Antoine; Soupault, à Beaujon-Clichy; Bloch (René), à Saint-Louis; Bernard (Raymond), à la Pitié; Redon, à Lariboisière.

MM. Schwartz et Chifoliau, chirurgiens honoraires des hôpitaux, assureront les consultations ci-dessous désignées : MM. Schwartz, à Bichat; Chifoliau, à Tenon.

III. *Oto-rhino-laryngologistes* (service des consultations). — MM. Bouchet, à Ambroise-Paré; Chatellier, à Claude-Bernard; Leroux, à Cochin; Aubry, à la Policlinique du boulevard Ney; Ombrédanne, à Hérold; Lallemant, à Bretonneau; Lemariey, à l'hospice de Brévannes, au sanatorium de Champrosay, au sanatorium de Champcueil.

IV. *Ophtalmologistes* (service des consultations). — MM. Prélat, à Cochin; Hartmann, à Ambroise-Paré; Favory, à Trousseau; Parfonry, à Bicêtre; Renard, à la Policlinique du boulevard Ney.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Le jury tel que nous l'avons indiqué le 25 décembre est définitif. Il se compose de MM. Ribadeau-Dumas, Pollet, Tinel, Clovis Vincent, de Brun du Bois-Noir, Desmarest, Auvray, Leibovici, Soupault, Cathala (Victor).

HÔPITAUX DE PROVINCE. — MONTPELLIER. — Le concours de l'internat de l'asile d'aliénés de Font d'Aurelle s'est terminé par la nomination de M. Duc Nguyen Dink, interne titulaire, et de MM. Pierre Passouant et Albert Crassous, externes en premier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le Conseil municipal de Paris a maintenu les crédits afférents à la chaire de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris, et a étudié la création à la Faculté d'une chaire de médecine sociale.

— NANCY. — M. Perrin, professeur de thérapeutique, est transféré, à compter du 1er janvier 1936, dans la chaire de clinique médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy (dernier titulaire : M. Etienne).

COLLÈGE DE FRANCE. — Le Conseil municipal a supprimé les crédits afférents à la chaire de prévoyance et d'assistance sociales et rétabli ces crédits en vue de la création d'une chaire de psychologie et d'éducation de l'enfance.

Les crédits afférents à la chaire de l'histoire du travail ont été maintenus.

Cette chaire est déclarée vacante. (*J. O.*, 8 janv. 1936.)

ACADÉMIE DE CHIRURGIE. — La *séance annuelle* ordinaire aura lieu le mercredi *29 janvier 1936, 12, rue de Seine.*

M. Louis Bazy, secrétaire général, prononcera l'éloge de Rochard.

Une *séance solennelle* d'inauguration de l'Académie de chirurgie aura lieu le *4 février, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine*, en présence de M. le Président de la République et sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale.

De nombreux chirurgiens étrangers assisteront à la séance.

M. Louis Bazy retracera l'histoire de l'Académie royale de chirurgie et de la Société nationale de chirurgie.

MARINE. — Ont été nommés :

Au grade de médecin de 3e classe. — MM. les élèves du Service de santé de la marine reçus docteurs en médecine : Viaud, Le Bourhis, Dubernat, Fuchs, Betegan, Carel, Bonnel, Miqueu, Carpentier, Brugère, Collos, Hebraud, Seince, Texier, Chamfrault, Calvary, Caer, Bertaud du Chazaud.

Les médecins de 3e classe indiqués ci-dessus sont promus, sans rappel de solde, au grade de médecin de 2e classe, pour prendre rang du 31 décembre 1935.

MÉDECINS DE SANATORIUMS PUBLICS — Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir les listes d'aptitude aux fonctions de médecins directeurs, médecins chefs ou adjoints des sanatoriums publics.

Les traitements vont pour les directeurs ou médecins chefs de 39.000 à 52.000 fr., pour les adjoints de 22.000 à 36.000 fr., en plus logement, éclairage, chauffage et blanchissage. Clientèle interdite. Femmes admises comme médecins adjoints de tous sanatoriums, comme directeurs ou médecins chefs des sanatoriums de femmes et enfants.

Conditions : nationalité française ou monégasque. Age : moins de 35 ans.

Pièces à fournir : 1° extrait de l'acte de naissance ou de naturalisation ; 2° extrait du casier judiciaire; 3° copie conforme du diplôme; 4° exposé de titres; 5° références; 6° renseignements sur la situation de famille.

Les demandes seront reçues jusqu'au 31 janvier 1936 au ministère de la Santé publique et de l'Education physique (direction du personnel, de la comptabilité et des habitations à bon marché, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris. (Voir *J. O.*, 31 déc. 1935.)

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — L'Association d'enseignement médical des hopitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1935-1936, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés, à 10 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole de puériculture de la Faculté de [médecine de Paris, 26, boulevard Brune (autobus : PC, 87, AN, Q, AF, SK).

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le second trimestre 1935-1936. — 12 janvier : M. Etienne Bernard. Indications de la thérapeutique chirurgicale dans la tuberculose pulmonaire.

19 janvier : M. Le Lorier. L'opium et l'hypophyse en obstétrique.

26 janvier : M. Moulonguet. Traitement et surveillance des otites aiguës.

2 février : M. Ameuille. L'avenir de la phtisiologie (projections).

9 février : M. Rouhier. Classification, diagnostic et traitement des infections pelviennes d'origine génitale chez la femme.

16 février : M. Soulié. La conception actuelle de la circulation coronarienne.

23 février : M. Babonneix. L'hémiplégie infantile (projections).

1er mars : M. Sainton. Les obésités prépubérales.

8 mars : M. Desmarest. Importance de la notion de terrain en chirurgie.

15 mars : M. J. Huber. Immunité et prévention contre les maladies infectieuses chez le nourrisson.

22 mars : M. Pierre-Bourgeois. Poussées menstruelles chez les tuberculeuses.

29 mars : M. Caroli. Données nouvelles sur le traitement médico-chirurgical des ictères.

SOCIÉTÉ DE RADIOLOGIE MÉDICALE DE FRANCE. — Bureau de la Société pour 1936 :

Président : M. Paul Darbois; vice-présidents : pour Paris, M. Mahar; pour la province, M. Dupeyrac (Marseille); secrétaire général : M. A. Dariaux; trésorier : M. R. Nadal; secrétaires des séances : MM. Serrand et Morel-Kahn; membres du Conseil : MM. Aimé, Guénaux et Bourguignon.

CERCLE DE LA RUSSIE NEUVE, 74, rue Blanche, Paris (IXe). — La Commission médicale de l'Association pour l'étude de la culture soviétique organise le mardi 14 janvier, à 20 h. 45, maison de la Mutualité, salle E, 24, rue Saint-Victor (Ve), une conférence intitulée : « Ma vie médicale en U. R. S. S., par le docteur Lelio Zeno, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Rosario (République Argentine).

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un vif regret la mort du maître de l'ophtalmologie belge, Emile Gallemaerts, professeur de clinique ophtalmologique à l'Université de Bruxelles, ancien président de l'Académie royale de médecine de Belgique. M. Gallemaerts faisait partie du Comité de patronage de *Bruxelles médical*. Nous nous associons particulièrement au deuil qui frappe nos excellents confrères belges.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Romain Moniez, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille, recteur honoraire d'Académie; M. le docteur Villechauvaix (de Paris).

REVUE GENERALE

LES KYSTES DE L'APPENDICE

Par M. Louis DAMBRIN,
Ancien interne, médaille d'or, des Hôpitaux,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse.

Nous désignons sous le nom d'appendice kystique la distension du canal appendiculaire par un liquide généralement clair, séreux ou muqueux, dilatation qui a pour point de départ l'oblitération de la lumière de l'appendice en un point quelconque.

Affection connue et déjà ancienne, elle a été désignée sous des dénominations variées ; c'est ainsi que : hydro-appendice, hydropisie de l'appendice, hydro-appendicitose, appendice hydropique, kyste appendiculaire, kyste de l'appendice ne désignent qu'une seule et même maladie.

Ayant eu l'occasion d'opérer et d'étudier un de ces appendices volumineux et transformé en cavité close, contenant un liquide citrin, nous voudrions présenter une étude rapide de cette affection en en dégageant particulièrement l'anatomie pathologique et la pathogénie.

Qu'il nous soit permis de rappeler tout particulièrement les travaux de Biancheri (*Arch. Ital. Chir.* 1930), Chavannaz (1904), Delteil (*Th. Toulouse* 1920), Fère (*Soc. An. Paris* 1876), Lecène (1911), Michel (1912), Tourneux (1920) ainsi que la récente thèse de notre élève et ami Delbose à laquelle nous ferons de nombreux emprunts.

ETIOLOGIE. PATHOGENIE. — Les kystes appendiculaires sont rares. On les rencontre à tout âge et dans les deux sexes. Une notion domine la formation de cette curieuse affection, c'est *l'oblitération nécessaire de l'appendice* à laquelle succède la production de liquide.

1° L'oblitération appendiculaire. — La première notion de l'oblitération de la lumière appendiculaire paraît être due à Haller. Il en publia deux cas dans *Elementa Physiologiæ*, Tome VII, liber 24, sect. 3.

Cruveilher prit connaissance de ces deux cas et les attribua à une cause pathologique quelconque.

Sappey, au cours de recherches anatomiques ultérieures, découvre de nombreuses oblitérations du processus vermiculaire : « Organe rudimentaire, dit-il, l'appendice ne paraît avoir aucun usage important. Dans quelques cas, on l'a trouvé oblitéré et cette oblitération n'avait entraîné aucune suite fâcheuse. »

Wolfler, Ribbert, Letulle (Soc. Anat. Paris 1897), puis de nombreux autres auteurs s'attachèrent à rechercher le primum movens d'une telle affection et constatèrent qu'il y avait toujours une oblitération de la base de l'appendice, mais le désaccord existe lorsqu'il s'agit d'expliquer la raison de cette obturation. Pour certains, elle serait le résultat d'un *processus inflammatoire* et se produirait après une infection quelconque, mais le plus fréquemment colibacillaire ou même tuberculeuse. Pour d'autres, il s'agirait d'un *processus d'involution*. Ces auteurs ont en effet remarqué que l'orifice de l'appendice se rétrécit à mesure que le sujet vieillit. Enfin, quelquefois, l'on peut invoquer une *cause mécanique*, coudure, torsion, corps étranger, calcul ou même parasite.

II. Le contenu du kyste. — Le kyste contient du liquide. Celui-ci résulte de la sécrétion des glandes de la muqueuse de l'appendice. Cette sécrétion distend peu à peu l'appendice qui se trouve fermé plus ou moins près de son point d'implantation sur le cœcum. Et ainsi peu à peu se forme le kyste.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A. Anatomie macroscopique. — 1. *Le kyste.* — La dilatation appendiculaire peut être générale (comme dans notre observation) ou localisée à une extrémité. Elle peut être régulière ou irrégulière.

Aussi distingue-t-on les variétés suivantes :

1° Kystes occupant la totalité de l'appendice ; 2° Kystes partiels ; 3° Diverticules kystiques ; 4° Kystes cœco-appendiculaires.

1° *Kyste occupant la totalité de l'appendice.*— L'appendice est tantôt libre dans la fosse iliaque, tantôt adhérent. Il est toujours très augmenté de volume. Son aspect est souvent celui d'une banane et ses dimensions habituelles sont : 10 à 12 cm. en hauteur sur 4 à 6 cm. en largeur. L'appendice de notre malade mesurait 11 cm. de long et 3 cm. de diamètre.

2° *Kyste partiel.* — Le kyste peut n'intéresser qu'une partie de l'appendice, soit la partie proximale, soit la partie distale. Letulle a décrit des dilatations partielles toutes petites ne dépassant pas 15 mm. en hauteur et 10 mm. en largeur, ce qui montre combien elles peuvent être insignifiantes et avec quelle facilité elles peuvent passer inaperçues.

En général, les dilatations partielles sont plus volumineuses, pouvant atteindre le volume d'une petite orange. Kelly observa une dilatation occupant les trois quarts inférieurs de l'appendice, le quart supérieur étant sténosé. Les dilatations peuvent siéger en tous points : à la pointe de l'organe (Quénu, Potherat) ; au milieu (Kelly) ; à la base (Mouisset). On en a vu de multiples qui donnèrent lieu à une véritable maladie kystique de l'appendice (Bérard et Vignard).

3° *Diverticules kystiques.* — Autre variété de kyste partiel, le diverticule kystique se détache de la paroi appendiculaire, donnant lieu à une sorte d'excroissance. Les uns sont de dimensions restreintes, d'autres sont plus volumineux. Un intéressant exemple en est cité par Herb. D'un appendice de dimensions courantes se détachait du bord libre de la portion centrale une masse globuleuse de 23 cm. de circonférence et à surface lisse.

4° *Kystes caeco-appendiculaires.* — Ici, la poche kystique vient faire hernie sous la muqueuse cæcale, la soulevant en dôme (obs. de Thévenard, Durante).

Telles sont les quatre principales variétés de kystes appendiculaires. Puisque cette affection revêt des formes multiples, on conçoit que la liste des comparaisons faites par les divers auteurs soit aussi longue que variée.

Ainsi, on a comparé le kyste appendiculaire à : un pénis (Mouisset) ; un intestin grêle (Jaboulay) ; une banane (Dambrin, Jaboulay, Potherat) ; une auber-

gine ; une vessie natatoire de poisson (Jaboulay), une saucisse (Bierhoff) ; une poire ; un petit doigt (Broca, Nicolaï) ; un index (Durand) ; un pouce (Petit) ; un très gros poing (Tissier) ; une vésicule biliaire (Gifford) ; une poche d'hydrocèle (Walther) ; une massue (Nicolaï) ; un œuf d'oie (Landenberg) ; une énorme sangsue (Chavannaz) ; une mandarine (Combemale) ; une amande (Kérambrun) ; une noisette (Bierhoff, Broca) ; une cerise (Quénu, Routier).

II. La paroi. — Que le kyste soit total, partiel ou diverticulaire, la paroi et le contenu présentent les mêmes caractères. Quels sont-ils ?

I. *La face externe* de la paroi est tantôt vasculaire, (Lanz et Tavel), tantôt pâle (Kelly), lisse ou fibreuse, exceptionnellement calcifiée par endroits. De couleur blanchâtre (comme dans notre observation), il est des cas où elle était colorée, d'un gris bleuâtre (Chavannaz), verdâtre (Kelly).

II. *La face interne* a été trouvée toujours lisse, sauf dans quelques cas où des tractus fibreux allaient d'une face à l'autre.

III. *Le contenu.* — Le kyste appendiculaire offre en général une translucidité parfaite, que l'on peut rapprocher de celle de l'hydrocèle. Il fluctue sous une pression variable en rapport avec sa quantité et avec les cloisons qui peuvent rétrécir la cavité.

En général, et comme dans notre observation, la consistance est molle et rénitente.

Aspect. — Dans la littérature, voici les divers aspects que revêt le liquide kystique. Il est : clair (Routier, Walther, Vood) — clair et visqueux (Quénu, Bierhoff) — clair et gélatineux (Maylard) — séreux (ce qui justifie le nom d'hydro-appendicite donné par certains auteurs : (Guttmann, Montgomery, Chevrier, Bierhoff) — Citrin (Tourneux) — Séreux citrin (Kerambrun) — Séro-albumineux (Montsaingon, Paillard) — Muqueux incolore (Dambrin, Chavannaz, Wenzel-Gubler, Weller, Van Kook) — Muqueux jaunâtre (Zuckerkandl) — Muqueux trouble ou grisâtre (Bierhoff, Lafforgue) — Muqueux sanguinolent et purulent (Lanz et Tavel — Trouble (Lanz et Tavel) — Laiteux (Lanz et Tavel) — Opalescent (Lanz et Tavel) — Blanc crémeux (Baillet) — Glaireux (F. Wier) — Gélatineux (Potherat) — Semblable à la sécrétion des fosses nasales (Villar) — Brunâtre (Kelly) — Purulent (Lanz et Tavel) — Purulent et laiteux (Lanz et Tavel).

Ce liquide peut contenir, en outre : des grumeaux blanchâtres (Montsaingon, Paillard) — des granulations (Kelly, Lafforgue, Biggs) — des cristaux d'acide gras (Kelly, Biggs) — de la cholestérine (Biggs) — de la fibrine (Mouisset).

B. Anatomie microscopique. — 1° *La paroi.* L'aspect histologique peut être ramené à trois types principaux. Peut-être ne sont-ils que les étapes d'une même transformation ?

Type premier. — Les différentes couches de la paroi sont conservées quoique plus ou moins altérées.

a) Dans un cas unique (Obs. de Chavannaz), la principale altération est une hypertrophie des glandes remplies de mucus avec exubérance de la couche glandulaire confinant à l'adénome, et inondées de follicules clos infiltrés de polynucléaires.

b) Le type habituel est différent. Ici deux degrés sont à envisager :

Premier degré. — Tous les éléments de la muqueuse sont présents, mais elle a perdu ses plis. On note simplement un tassement de tous les éléments. Letulle interprète ce refoulement comme une lésion d'atrophie, de sclérose inflammatoire. Le revêtement épithélial n'est pas changé. Le chorion est moins épais. Les glandes en tube, sans être diminuées de nombre, sont raccourcies, plus larges. Le tissu folliculaire ne se trouve plus qu'à l'état de vestige.

Quant à la sous-muqueuse, refoulée contre la musculeuse, elle peut ne pas changer d'aspect, ou être sclérosée, fibreuse. Par suite du tassement, les veines sont écrasées, les artérioles ne se trouvent qu'avec peine.

Les couches musculaires sont seulement étirées. La séreuse est normale.

2e *degré.* — A un stade plus avancé, mêmes lésions de tassement et d'amincissement, mais altérations plus accentuées de la muqueuse.

L'épithélium de revêtement est, en général, aplati, desquamé par endroits, avec conservation, par îlots, de cellules cylindriques et caliciformes. A ce degré, disparition des glandes et des follicules clos, donc atrophie de la muqueuse à peu près complète.

Côté musculeuse, altérations plus avancées au point de vue sclérose, et état vacuolaire des fibres.

Type deuxième. — Modifications anatomiques de la muqueuse et de la musculeuse avec disparition fréquente de cette dernière. — Ici, nous trouvons une paroi musculaire profondément altérée, réduite parfois à une seule couche circulaire et, de plus, cette couche est amincie, sclérosée. Dans l'observation de Morlot et Mathieu, les fibres présentent des lésions de tuméfaction.

Dans certains cas, la musculeuse complètement disparue a fait place à du tissu conjonctif.

Quant au revêtement épithélial, bien que modifié plus ou moins, il persiste malgré tout.

On ne trouve plus de traces de glandes et de follicules clos.

Type troisième. — Disparition de la muqueuse. — Dans ce type, à la disparition de la muqueuse s'ajoutent souvent des lésions de la musculeuse :

a) La musculeuse peut persister avec des vestiges de sous-muqueuse ;

b) La musculeuse disparaît ; seule une lame fibrineuse sclérosée tient lieu de paroi (Obs. de Meslay-Pauchet). D'autres fois, lésions de nécrose du côté de la cavité (Gifford, Nash).

C'est à ce type que correspond le kyste que nous avons opéré. L'examen histologique pratiqué par M. Chatellier montra que la musculeuse et la muqueuse avaient disparu.

« La paroi du kyste était constituée par une couche fibreuse dans laquelle on devinait çà et là quelques rares vestiges de l'ancien tractus musculaire. L'épithélium interne avait presque entièrement disparu. La surface externe péritonéale etait lisse, sans revêtement distinct. »

2° *Le liquide.* — En général, le liquide est séro-muqueux, gélatineux. Il peut même être solide, phénomène dû à l'action de la mucinase, ferment qui coagule le mucus lorsque son action n'est pas annihilée par la présence de la bile ; or, dans le vase clos qu'est le kyste, la bile ne peut pas pénétrer.

Le contenu du kyste n'est pas toujours le résultat d'une sécrétion : il peut être dû à la dialyse du plasma sanguin.

Ce liquide cependant semblerait devoir être résorbé à mesure qu'il est sécrété, car l'appendice, riche en tissu lymphoïde, est sillonné de vaisseaux lymphatiques, mais ici les parois de ces vaisseaux lymphatiques étant altérés, la phagocytose est supprimée.

La plupart des auteurs qui ont rapporté des observations de kystes appendiculaires n'ont pas recherché les microorganismes qui pouvaient y être contenus. Et cependant, il eût été intéressant de savoir à quoi s'en tenir en matière bactériologique.

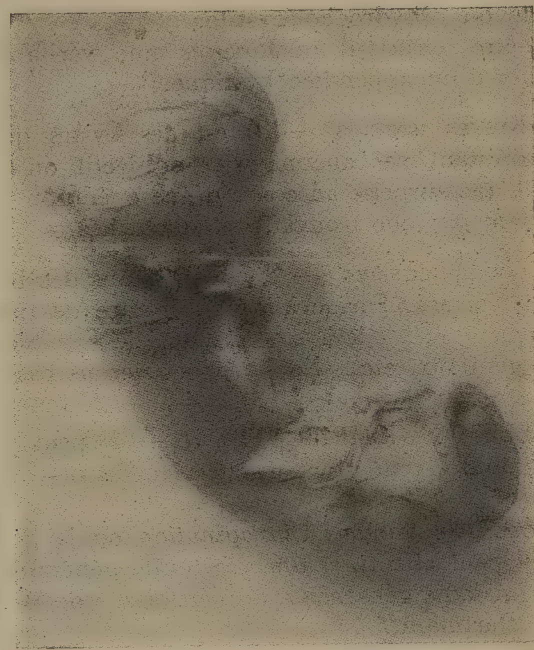
On sait que l'appendice normal contient toujours des microorganismes, et que l'appendice pathologique en renferme un nombre plus grand encore. On n'ignore pas que les microbes tant aérobies qu'anaérobies pullulent à foison dans le caecum. Pourquoi trouve-t-on des kystes stériles ?

Quénu, le premier à notre connaissance, signala l'existence de ces kystes stériles. C'était à la Société de Chirurgie, le 15 juillet 1903. Depuis Quénu, Lanz et Tavel ont mis en valeur cette stérilité fréquente. Ils ont trouvé stériles des kystes dans une proportion de 37 p. 100. Lecène ensemença sur gélose et sur bouillon le contenu de deux kystes, sans résultat. L'inoculation au cobaye fut, elle aussi, négative. Cette inoculation présente un vif intérêt et certains auteurs (Duroux en particulier) prétendirent que ces hydro-appendices étaient d'origine tuberculeuse.

Laissant de côté les kystes à contenu muco-purulent, les moins fréquents, pouvant recéler quelques espèces microbiennes, nous pouvons conclure aujourd'hui à la nature amicrobienne des kystes à contenu clair ou gélatineux. Il est vraisemblable que dans la majorité des cas, les kystes ont présenté à leur début quelques germes à virulence atténuée, puis il s'est produit ici ce que l'on observe dans les vieux abcès du foie et le contenu kystique est devenu aseptique.

FORMES CLINIQUES. — I. FORME D'APPENDICITE CHRONIQUE A TUMEUR APPENDICULAIRE. — *La plupart des kystes appendiculaires présentent le tableau de l'appendicite chronique, avec épisodes subaigus :* (douleur, contracture, défense de la paroi, vomissements, troubles digestifs variés, etc...) *associé à la perception d'une masse dure ou molle appendiculaire que décèle la palpation.*

Tel fut le cas d'une observation personnelle que nous avons publiée en 1931 (*Soc. Chir.*, Toulouse, avril 1931). Il est vrai de dire que cette malade amaigrie avait une paroi abdominale amincie et que la palpation était relativement facile. L'on sentait en palpant la fosse iliaque droite, une tumeur de forme cylindrique, comparable à un boudin recourbé en cor de chasse et indolore. Cette tumeur, de consistance dure (il est des cas où elle est molle), était mobile dans le sens transversal. Nous rapportons ci-contre la photographie de ce kyste (longueur 11 cm.).



Observation personnelle.

Chez la femme, le toucher vaginal combiné à la palpation prudente abdominale, permet de préciser le siège juxta-caecal de la tumeur.

Le tableau d'appendice chronique est le suivant :

C'est d'abord une première crise qui attire l'attention. Puis, sous l'influence du repos, le malade est amélioré et reprend ses occupations, mais deux ou trois mois après, une nouvelle crise éclate. Dans presque toutes les observations publiées, les crises se répètent à deux ou trois mois d'intervalle et c'est une de ces crises qui impose l'opération, le traitement médical se révélant insuffisant.

Les crises n'ont pas toujours la même allure :

a) *Dans l'observation I de Jaboulay.* — Trois semaines tout au plus séparent les crises. Elles surviennent le soir. Le malade a une sensation de pesanteur abdominale. Il vomit des glaires bilieuses. Chaque crise, d'une durée de deux à trois jours, s'accompagne d'une constipation opiniâtre.

b) *Dans l'observation II de Jaboulay*, plusieurs indigestions successives furent à l'origine de la première crise. Il s'en suivit des localisations douloureuses dans la fosse iliaque droite.

Telles sont quelques-unes des variétés de crises. Elles n'ont rien de particulier, mais la palpation montre assez souvent une masse allongée et dure dans la région appendiculaire qui doit retenir notre attention.

Si le kyste n'était pas perçu à la palpation, il n'existerait pas de tableau bien net de kyste de l'appendice.

II. — FORME D'APPENDICITE AIGUË. — Il arrive parfois aux kystes de provoquer des crises analogues à celles de l'appendicite aiguë (Vignard rapporte un cas intéressant de kyste appendiculaire à allure nettement inflammatoire). Ceci se comprend aisément, car il est permis de supposer une distension brusque et intermittente de l'appendice iléo-caecal par les produits de sécrétion de sa muqueuse.

Jaboulay, vu leur pathogénie, leur a donné le nom « *d'hydroappendicitose intermittente* », comparant ces crises douloureuses aux crises d'hydronéphrose intermittente ou d'hydrocholécystite.

Peut-être existe-t-il quelquefois une véritable appendicite d'un appendice kystique.

III. Kystes ignorés. — Il est des kystes qui, ne se manifestant par aucun signe subjectif ou objectif, sont une surprise au cours d'une opération quand ils ne sont pas une trouvaille d'amphithéâtre.

IV. Autres formes. — Nous pourrions décrire une foule de formes. Forme à prédominance de tumeur, de douleur, etc... ; le kyste associé à des troubles urinaires, génitaux, etc... Nous n'y insisterons pas.

EVOLUTION. COMPLICATIONS. — Il peut persister longtemps, mais donne généralement des complications :

Ce sont : la *torsion*, l'*invagination* ou la *perforation* qui peut aboutir à une péritonite généralisée ou à une « maladie gélatineuse du péritoine » de Woerth, Lyon et Hartmann.

Ce sont encore : l'*hémorragie intra-kystique* et enfin la *cancérisation*.

DIAGNOSTIC. — A. Diagnostic positif. — Le diagnostic clinique d'un kyste appendiculaire doit comprendre trois phases :

1° Constater la présence d'une tumeur abdominale ;

2° Reconnaître qu'elle siège bien au niveau de l'appendice iléo-cæcal ;

3° Préciser s'il s'agit d'un kyste.

a) *Dans le cas de forme latente*, à symptomatologie fruste, le kyste n'est généralement pas diagnostiqué, pas même soupçonné, car rien n'attire l'attention vers une lésion appendiculaire.

b) *Dans la forme avec tumeur*, le diagnostic est sollicité à la fois par un cortège de troubles digestifs et par l'existence d'une tumeur allongée, située suivant le grand axe de la fosse iliaque droite.

Le malade présente, en outre, des signes d'appendicite chronique, tels que vomissements, langue saburrale, phénomènes de ballonnement abdominal, constipation opiniâtre ou parfois diarrhée, et qui conduisent naturellement le diagnostic vers l'existence d'une manifestation appendiculaire.

La radiographie peut être intéressante surtout dans les formes anormales, larvées ou associées.

B. Diagnostic différentiel. — Nous avons vu combien était pauvre la symptomatologie propre du kyste appendiculaire. Nous avons vu aussi qu'il avait une symptomatologie d'emprunt riche et variée. Le diagnostic différentiel est souvent difficile.

Nous allons étudier rapidement les diverses affections au cours desquelles on trouve dans la fosse iliaque droite des tumeurs que nous diviserons en : 1° tumeurs développées dans l'épaisseur de la paroi abdominale ; 2° tumeurs profondes développées dans la cavité abdominale.

1° *Tumeurs développées dans l'épaisseur de la paroi abdominale.* — Ces tumeurs ont le caractère pathognomonique suivant :

Quand la sangle abdominale se contracte par redressement du malade couché, pour s'asseoir, elles se fixent.

Les tumeurs pariétales les plus fréquentes sont :

Le phlegmon et l'abcès pariétal. — Ils peuvent être superficiels, intra-musculaires ou sous-péritonéaux. A la période de collection le diagnostic ne saurait être longtemps douteux.

Fibrome pariétal. — Cette affection se rencontre presque exclusivement chez les femmes jeunes. C'est une tumeur indolente, se développant lentement et qui passe inaperçue dans l'épaisseur des parois plus ou moins surchargées de graisse. Sa forme est arrondie et ovoïde, et la palpation ne décèle ni bosselures, ni irrégularités. Sa véritable caractéristique est d'être immobilisée et fixée pendant les contractions des muscles abdominaux. Dès que les muscles se relâchent, elle retrouve sa mobilité dans tous les sens.

Kyste hydatique. — Le kyste hydatique est une tumeur rare. Son évolution est extrêmement lente.

2° *Tumeurs développées dans la cavité abdominale.* — A l'inverse des tumeurs pariétales qui se fixent par la contraction des muscles abdominaux, les tumeurs profondes de la fosse iliaque ont pour caractère principal de se soustraire par ce procédé à nos investigations.

a) *Tumeurs de la région appendiculo-iléo-cæcale.* — *Appendicite aiguë avec abcès.* — Le caractère aigu de cette affection joint à la gravité des signes généraux la fera éliminer.

Appendicite chronique. — Est difficile à différencier si le kyste ne forme pas une tumeur perceptible à la palpation.

Péritonite tuberculeuse. — Certains cas de péritonite tuberculeuse enkystée dans une épaisse coque fibro-lardacée, se perçoivent sous forme de tumeurs dures et mobiles.

Tuberculose hypertrophique du cæcum.

Appendice géant. — Cette hyperplasie de l'appendice (Thevenard, Louis Morel, Hallopeau) est très bien supportée. Son diagnostic est rarement possible avant l'opération.

Cancer de l'appendice. — Le malade, dans ce cas, présente un amaigrissement plus progressif. Il est plus âgé. Il existe un passé intestinal. La tumeur formée par l'appendice néoplasique est peu douloureuse.

Actinomycose appendiculaire. — Elle est rare. Au début, nous aurons (comme l'ont noté Lanz et Poncet) des signes d'entérite avec diarrhée chronique ; la tuméfaction sera profonde, mal limitée, ligneuse, immobile en injection de suif. Elle est surtout due à la grosse infiltration cæcale avec adhérences ; car l'appendice est petit, ses parois ayant été détruites par l'invasion mycosique (Letulle, Lebreton).

Corps étrangers du cæcum. — *Calculs de cæcum. Les fecalomes.*

Tumeurs bénignes du cæcum, telles que adénomes, lipomes, myomes, angiomes, et qui, heureusement, sont des raretés.

Polyadénome du cæcum est très rare.

Sarcome du cæcum. — Le sarcome se traduit par une masse allongée verticalement, dure, bosselée, superficielle et mobile. La pression est indolore, la percussion est mate.

Cancer du cæcum. — Le cancer du cæcum frappe surtout les hommes de 45 à 60 ans. C'est un diagnostic qui nous fera souvent hésiter.

b. *Tumeurs de la région péri-appendiculo-cæcale.* — Un abcès froid, un rein mobile, une hydronéphrose ou une pyonéphrose sur un rein ptosé peuvent être difficiles à éliminer.

c. *Chez la femme. — Une grossesse extra-utérine. — Les kystes de l'ovaire et du parovaire* peuvent ressembler à un kyste appendiculaire.

Pratiquement, il faut avouer que *le diagnostic du kyste appendiculaire est rarement fait, car l'on ne pense pas à cette rare affection.*

C'est souvent seulement lorsque le ventre est ouvert, que l'on constate son existence.

TRAITEMENT. — Deux cas sont à envisager :

1er *cas.* — *Le diagnostic* de kyste a été porté avec certitude.

Le kyste occasionne des crises appendiculaires, des douleurs plus ou moins vives et des troubles persistants : intervenir par une laparotomie exploratrice et procéder à l'ablation de l'appendice kystique.

2e *cas.* — Le kyste est découvert par hasard au cours d'une laparotomie pour une affection quelconque. Bien que constituant un simple épiphénomène et ne gênant en rien le malade, mieux vaut procéder à l'appendicectomie. Car si ce kyste est stérile au moment de son ablation, il est permis de craindre qu'un jour il sera capable de devenir septique et produise des accidents. Il peut enfin subir une dégénérescence maligne.

Sa présence est donc un danger constant ; une occasion de le supprimer est offerte : ne manquons pas de la saisir.

CONCLUSIONS. — *Le kyste de l'appendice est une affection peu commune. Il peut être :*

Total, partiel ou diverticulaire.

Il résulte d'une oblitération mécanique inflammatoire d'une portion de l'appendice ; certains pensent cependant qu'elle est l'aboutissant d'un processus involutif.

La paroi de ces kystes présente des aspects histologiques variés, depuis la conservation complète de la tunique muqueuse plus ou moins altérée jusqu'à la transformation de toutes les tuniques pariétales en une simple lame fibreuse.

Le liquide intra-kystique est le produit de la sécrétion des glandes ou le résultat de la dialyse du plasma sanguin lorsque les glandes ont disparu. L'aspect de ce liquide varie depuis la limpidité eau de roche jusqu'à la sérosité et la purulence. Il peut être coagulé par un ferment : la mucinase. Enfin, le contenu kystique peut : être stérile : primitivement ou secondairement ; d'autrefois il contient les microbes que l'on rencontre dans les appendices non kystiques. C'est rare.

Les symptômes sont, en général, ceux d'une appendicite chronique, quelquefois associés à la perception d'une tumeur. Aussi le diagnostic est-il rarement posé d'une façon ferme, à moins que la tumeur ne soit géante.

Les complications sont rares. La plus fréquente est la perforation ; accessoirement peut-on observer des torsions, des invaginations, voire même la cancérisation.

Lorsque le diagnostic est posé, l'intervention chirurgicale est toujours indiquée. Elle consistera dans la laparotomie et dans l'ablation du kyste appendiculaire.

BIBLIOGRAPHIE

Auvray. Dilatation de l'appendice, *Soc. Chir.*, 11 oct. 1905, p. 837.

Baillet. Kyste de l'appendice iléo-cæcal, *Bull. Soc. Anat. Paris*, 20 janv. 1891.

Baskin (M.-J.). Appendix apts with report of case, *Colorado Med.*, déc. 1928, p. 396.

Baudrimont (A.). Sur un cas de kyste de l'appendice, *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1910, n° 48, p. 771.

Berard et Vignard. L'appendicite, Masson, Paris, 1914.

Biancheri. Kyste de l'appendice, *Arch. Ital. de Chir.*, 1930, p. 730.

Bierhoff. Beitrag zu den Krankheiten des Wurmfortsatzes, *Deutsches Arch. für Klin. Med.*, 1880.

Bouglé. *Bull. de la Soc. Anat., Paris*, 1900, p. 877.

Broca. Voir *Thèse* Dubos.

Chavannaz (G.). Appendice kystique, *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 4 déc. 1904, n° 49, p. 881.

Chevrier. Kyste séreux de l'appendice, *Rev. Méd. du Canada*, 8 juill. 1903, vol. VII, n° 2.

Combemale. Hydropisie de l'appendice vermiculaire, *Bull. de la Soc. Centr. de Méd. du départ. du Nord*, 1891, p. 223-225.

Cornil. *Bul. Soc. Anat. de Paris*, 1889, p. 852.

Dambrin (C. et L.). *Toulouse Méd.; Bull. de la Soc. de Chir. de Toulouse*, 1er oct. 1931, « Sur les kystes de l'appendice », p. 695.

Davis (W.-P.). Kyste de l'appendice, *Rhode Island M. J.*, oct. 1927, p. 145-147.

Delbosc. Les kystes de l'appendice, Th. Toulouse, 1932.

Deltheil (Emile). Kyste fibro-muqueux de l'appendice. Thèse, Toulouse, 1920.

Dubos. Appendicite kystique, Thèse, Paris, 1905-1906.

Dupont et Caraven. Kyste de l'appendice à contenu stérile, *Bull. de la Soc. Anat.*, Paris, 1908.

Duroux. De l'hydro-appendicitose, *Rev. de Gynécol.*, 1er février 1913.

Elbe. Kystes et diverticules de l'appendice, *Beitragen zur Klin. Chir.*, oct. 1909.

Elsworth, Un cas d'hydatide simulant une typhlite, *British Med. Journ.*, 1897.

Féré. Mucocèle de l'appendice iléo-cæcal, *Bull. de la Soc. Anat. Paris*, 3 nov. 1876, p. 598.

Gifford (W.). *The Brit. Med. Journ.*, 8 nov. 1919.

Guttmann. Société de Méd. int. Berlin, *Mercredi Med.*, 1891, p. 45.

Hartmann et Binet. Le pseudo-myxome appendiculaire. *Annales de Gynéc. et d'Obstétrique*, mars-avril 1918.

Hyvernaud (Jacques). Le pseudo-myxome d'origine appendiculaire, Thèse, Paris, 1920.

Jaboulay. Hydropisie de l'appendice, *Lyon Médical*, 4 juin 1911, p. 1064.

Jaboulay, Filloux, Bruyt et Duroux. Hydropisie de l'appendice iléo-cæcal, *Lyon Méd.*, 2 juin 1912, p. 1209.

Kelly. Appendicites and other diseases of the vermiform appendix, *Philadelphia*, Londres, 1909, p. 76 et suiv.

KERAMBRUN. Contribution à l'étude des kystes appendiculaires et para-cæcaux, Thèse, Paris, 1901-1902.

KUMMER (E.). Volumineux kyste épiploïque développé autour d'un fragment de sonde en gomme, *B. et M. de la Soc. de Chir. de Paris*, 28 févr. 1923.

LAFFORGUE (Evariste). Kystes de l'appendice cæcal *Gaz. des Hôp. civ. et mil.*, mercredi 12 janv. 1904, n° 4, p. 33.

LANDERBERG. Report of a case of chronic cystic dilatation of the vermiform appendix, *Med. Record New York*, 1904, LXVI, p. 856.

LECÈNE (P.). Deux cas d'appendicite kystique avec diverticule, *Bull. et M. de la Soc. Anat. Paris*, 1911, LXXVI, p. 288.

LEFAS et AUDARD. Transf. kystiq. de l'appendice, *B. et M. de Soc. Anat. Paris*, 1889, p. 644.

LEFILLATRE et LETULLE. *B. et M. de Soc. Anat. Paris*, 1913, p. 224-237.

LEPOUTTRE et DELATTRE. Un cas d'appendicite kystique, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 28 févr. 1923, p. 330.

LERICHE et DUFOURT. Deux cas d'appendicocèle étranglé, *Lyon Méd.*, 26 janv. 1913.

LEROUX. *B. et M. Soc. An. Paris*, 1923.

LETULLE et WEINBERG. Histologie pathologique des appendicites, *C. R. Soc. de Biologie de Paris*, 1897 ; *Archives des Sciences Méd.*, 1897.

MAC (Arthur). Appendice formant le contenu d'une hernie, *Am. J. of Obst.*, XXVIII, p. 275.

MAYLARD. A retention cyst of the vermiform appendix. *Tr. Glasgow Path. and Clin. Soc.*, 1891, 3 IV, 111.

MÉRIEL et DAUNIC. Kyste gélatineux de l'appendice (pseudomyxome du péritoine). *Toulouse Médical*, 2e série XV, 15 juill. 1913, p. 217.

MESLAY et PAUCHET. Ectasie de l'appendice, *B. de la Soc. Anat.*, 1889, p. 849.

MICHEL. Appendice hydropique, *Lyon Médical*, 1912, p. 1210.

MONTGOMERY. Cyst of the vermiformis appendix. *Journ. of the American Association*, 1897.

MOREL (L.-E.). Appendice iléo-cæcal de 18 cm. *B. et M. de la S. Anat. de Paris*, avril 1905, p. 286.

MORLET-MATHIEU. Mucocèle géant, *B. Soc. Anat. Paris*, 1923, p. 234.

MORTON. Mucocyst in the interior of the cæcum. *Brit. Med. Chir Journal*, 1897.

MOUISSET et FOLLIET. Hydropisie de l'appendice, *Soc. des Sciences Méd. de Lyon*, 3 juin 1912 et 28 juillet 1912 ; *Lyon Méd.*, juin 1912.

MOUSAINGEON et PAILLARD. Appendicite chronique kystique, *Bull et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1911, LXXXVI, p. 491.

NICOLAI. Contrib. à l'étude des hydro-appendices, Thèse, Montpellier, 1922-1923.

OUDARD et LANCELIN. Un cas d'appendicite kystique, *Soc. de Chir.*, 15 nov. 1922, p. 1199.

OSIAKINA (A.-I.). Appendix large cyst case, *J. Akush. i Zhensk Boliez*, 1928, p. 750-754.

PALAYER. De l'hydro-appendicitose, Thèse, Lyon, 1913.

PATEL. Sur un cas de kyste de l'appendice, *Lyon Méd.*, 1913, CXXI, p. 465.

PELTIER. Kystes et diverticules de l'appendice, Thèse, Paris, 1924.

PEVSNER (I.-A.). Kyste de l'appendice, *Vestnik Khirurg.*, 1929, p. 119-129.

POP (A.). Appendicite kystique, *Case Cl. Med.*, 1er août 1930, p. 393.

POTHERAT. Hydro-appendix, *Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 20 juin 1900, p. 725 ; — Pyo-appendix, *Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 27 février 1901.

QUENU. Transformation kystique de l'extrémité de l'appendice à contenu stérile, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 15 juillet 1903.

RECAMIER. *Bull. de la Soc. Anat. Paris*, 1905, p. 54.

RODA (E.). Histopathology of cystic appendicular pneumatosis, *Arch. de Med. Cir. y Esp.* 16 août 1930, p. 148-151.

ROUTIER. Appendicite oblitérante, *Bull. et Mém. de la Soc. Chir. de Paris*, 20 mai 1896, p. 436.

SAINSBURY. Cystic tumor of the cæcum, *Tr. Path. Soc.*, *London*, 1887.

SENECHAL (M.). Appendice inclus dans la paroi cæcale partiellement transformé en kyste purulent, *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1908, LXXXIII, p. 103.

SHŒMAKER. Cystic condition of the appendix discovered post-mortem and post giving rise to symptoms during life, *Occ. Med. Times Sacramento*, 1892, p. 387.

TAVEL et LANZ. Bactériologie de l'appendicite, *Rev. de Chir.* 1904, nos 7, 8.

THEIS. Entérokystome iléo-cæcal produisant une interception partielle, *Annals of Surgery*, n° 5, mai 1928, p. 676-683.

THEVENARD. Appendice géant, *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, déc. 1905, p. 919.

THEVENARD et DURANTE. Pseudo-tumeur colloïde de l'A. et du cæcum d'origine parasitaire, *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1922.

TIXIER. Appendice géant, *Lyon Méd.*, 1912, p. 500.

TOURNEUX. Hydro-appendicite, *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1920.

VAN HOOK. Strangulated inguinal hernia of a cystic appendix vermiformis, *Tristate M. J. Saint-Louis*, 1896, III, 87-91 ; *Ann. Gyn. and Obst. J. New York*, 1896, VIII, 337-339.

VIGNARD. Thèse, Toulouse, 1906.

VILLAR. Appendice kystique à contenu stérile, *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 7 févr. 1904, n° , p. 112. Séance du 30 nov. 1904.

VIMONT. Mucocèle de l'appendice, *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1887, p. 608.

WALTHIER. Appendice kystique de volume anormal, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 15 mars 1899 ; — Diverticules de l'appendice et kystes para-appendiculaires, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1900.

WEIR. Cystic degeneration of the appendix vermiformis, *Med. Revue New York*, 1880, XVII, 44.

WOOD JAMES (C.). Cystic distension of the appendix vermiformis, *The Amer. Journ. of Obstetrics*, vol. XLI, january 1900, n° 1, p. 15.

ZUCKERKANDL. Uber die Obliteration des Wurmfortsatzes monchen, *Anatomische Hefte*, p. 117.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1935)

Essais d'immunisation avec le virus murin I. de Tunis, introduit par la voie nasale. — Mme Hélène SPARROW.

Contribution à l'étude de la propriété dispersante du sérum sanguin en relation avec son pouvoir alexique. — M. Maurice DOLADILHE.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1936)

M. SIREDEY, président sortant, rappelle dans un discours très applaudi les travaux de l'Académie pendant l'année 1935. Il invite M. HARTMANN, président pour 1936, et M. MARTEL, vice-président, à prendre place au bureau.

M. HARTMANN remercie ses collègues de l'avoir appelé à présider leurs travaux.

La division des airs. Examen fonctionnel des poumons séparés. — MM. F. BEZANÇON, Paul BRAUN, A. SOULAS, GUILLAUMIN, M. CACHIN. La pratique de plus en plus répandue du pneumothorax thérapeutique simple ou bilatéral, mais surtout celle de la thoracoplastie extra-pleurale, implique une évaluation aussi précise que possible de la fonction respiratoire des poumons séparés. Les progrès de la bronchoscopie permettent à l'heure actuelle de faire la séparation des airs, comme on fait la séparation des urines et de pratiquer l'examen comparatif fonctionnel des poumons comme on fait, grâce au cathétérisme des uretères, l'examen fonctionnel de chacun des reins.

La première application de la bronchoscopie à la division des airs est due à Jacobaeus de Stockholm, qui se sert d'un bronchoscope double à l'extrémité distale duquel est adaptée une manchette en caoutchouc et, à l'autre extrémité, un spiromètre double.

M. Bezançon a utilisé dans les grandes lignes la technique de Jacobaeus, en cherchant à la simplifier et surtout à réduire le plus possible le traumatisme respiratoire. Dans ce but, il emploie le bronchoscope « Standard » de Chevalier-Jackson, sans avoir besoin d'en augmenter le calibre ; il a préféré ne pas recourir au cathétérisme simultané pratiqué par Jacobaeus pour éviter l'emploi d'un instrument de gros calibre traumatisant ; et il a procédé au cathétérisme successif des deux côtés ; dans toutes ses observations, il n'a eu aucun incident opératoire, pas même d'élévation de la température.

Le bronchoscope introduit, selon la technique habituelle, on gonfle, avec une poire adaptée à un manomètre, la baudruche située à l'extrémité distale et on bloque la bronche. L'air doit donc suivre la voie du bronchoscope, et il est recueilli dans un ballon, grâce à un tube en verre, en forme d'Y, sur lequel sont fixées deux soupapes à très large débit. On peut ainsi, par une simplification extrême de la technique, éviter l'emploi d'un spiromètre, mesurer la ventilation pulmonaire sur le remplissage du ballon de caoutchouc, et faire ensuite la recherche du quotient respiratoire, selon la technique usitée pour la recherche du métabolisme basal.

M. BEZANÇON et ses collaborateurs ont pu pratiquer ainsi la séparation des airs dans 30 cas, dont 26 cas de tuberculose pulmonaire, 3 cas d'abcès du poumon, et un cas de cancer pulmonaire.

Dans les cas où l'on peut prévoir cliniquement la suppression fonctionnelle du poumon, comme dans le cas de pneumothorax effectif et de lésions étendues du poumon, on trouve des différences considérables entre les données comparatives des deux poumons. On peut donc inversement en conclure, dans les cas où les différences données par les chiffres sont importantes, au fonctionnement différent des deux poumons.

Dans cette première communication, M. Bezançon et ses collaborateurs ont voulu, confirmant les résultats obtenus par Jacobaeus, simplifiant la technique de celui-ci, montrer qu'il est dorénavant possible en pratique clinique de pratiquer la division des airs ; des perfectionnements nouveaux en technique bronchoscopique devant rendre encore plus pratique l'examen fonctionnel et, d'autre part, le nombre

de plus en plus grand des observations devant permettre de préciser l'importance des résultats.

Les contagions hospitalières. Les modes de transmission de la rougeole. — MM. P. Armand-Delille, Ch. Lestocquoy et J.-L. Herrenschmidt ont étudié les conditions de transmission des maladies contagieuses dans les services d'hôpitaux d'enfants munis de box individuels, mais dont les cloisons ne s'élèvent qu'à mi-hauteur de la salle.

Dans le service des douteux de l'hôpital des Enfants Malades, ainsi disposé, ils ont pu, grâce aux précautions rigoureuses imposées au personnel (changement de blouses, port de gants et de masque) éviter les contagions qui se font indirectement, ainsi que les infections à contage strictement direct.

C'est ainsi que dans l'espace de 18 mois, et avec un mouvement de 1.329 malades, ils n'ont eu aucun cas de contagion de coqueluche pour 82 entrées, aucun cas d'oreillons pour 12 entrées, 4 cas seulement de diphtérie pour 164 entrées et 4 cas de scarlatine pour 132 entrées.

Par contre, ils ont noté une forte proportion de contagion intérieure, non seulement pour la varicelle, 31 cas pour 49 entrées, mais également pour la rougeole : 58 cas pour 170 entrées.

Ils avaient observé des transmissions analogues à l'hôpital Hérold, pourvu de box individuels de même disposition (incomplètement fermés).

Ils concluent tout d'abord que la rougeole peut être transmise aux box voisins par l'air chargé de particules de mucus mises en suspension par la toux ou l'éternuement : en effet, en fermant certains box au moyen de toits de tarlatane, ils ont pu éviter ces contagions intérieures.

Par conséquent, ils préconisent pour les salles des hôpitaux d'enfants des box individuels entièrement fermés, munis d'une antichambre à tambour et possédant leur aération particulière sur l'extérieur, leurs lavabo et vidoir et leur chauffage individuel.

La répétition des cas de tumeurs malignes dans une même famille. — Etudiant le problème de l'hérédité du cancer et l'argument tiré de la répétition des cas dans une même famille, M. Auguste Lumière estime qu'on ne peut pas affirmer que les exemples cités dans la littérature médicale correspondent à autre chose qu'à des coïncidences. Pour donner une réponse ferme à la question, il est indispensable de dresser des statistiques bien contrôlées portant sur un grand nombre de familles de même composition numérique et d'examiner si les fréquences des répétitions dépassent celles que donne le calcul des probabilités.

Un procédé de conservation des jus de fruits. — MM. Mazé et H. de Rothschild. Ce procédé est basé essentiellement sur deux chauffages des jus, en flacons privés d'air par le vide, à une température modérée ne dépassant pas 70°.

Il obvie à nombre d'inconvénients que comporte la conservation industrielle des jus de fruits. Il respecte les vitamines, et en particulier la vitamine C, mises par le vide à l'abri d'une oxydation qui les détruirait plus ou moins vite. Il conserve la valeur nutritive, le pouvoir laxatif et par conséquent, toutes les propriétés des fruits naturels et frais.

Les qualités gustatives et aromatiques recherchées par les gourmets demeurent intactes ; les jus traités gagnent souvent en moelleux et perdent en partie l'âpreté des jus non chauffés.

Rôle hygiénique des aromates. — M. Maurice Boigey. Le poivre, la moutarde, les pickles brûlants sont les remplaçants modernes et industrialisés des aromates. Ceux-ci devraient, au contraire, se substituer aux premiers, reparaître sur toutes les tables et redevenir d'un emploi général.

Ils ont une double action : antifermentescible et sécrétrice. Ils répondent à une foule d'indications thérapeutiques, notamment dans les cas de flatulence et d'anorexie. Leur usage a le mérite d'avoir été sanctionné par le long usage des siècles. La « poudre royale » que la Faculté de Paris avait minutieusement étudiée et mise au point à la demande de Fagon, et dont Louis XIV usait dans les dernières années de sa vie, pour saupoudrer ses mets, était célèbre.

Il serait opportun de tirer de l'oubli les aromates.

La mortalité post-opératoire peut être abaissée. Traitement et prophylaxie des accidents toxiques post-opératoires. — M. Max Lévy insiste sur la persistance des accidents post-opératoires malgré tous les progrès de la chirurgie : ils sont liés à une véritable toxémie accompagnée d'hypochlorémie. La prophylaxie en est possible, grâce à la chloruration post-opératoire systématique sous le contrôle quotidien du laboratoire.

Prophylaxie des complications broncho-pulmonaires de la coqueluche et de la rougeole en milieu hospitalier. — M. Chevrel.

ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(*XIXe Session, janvier 1936.*)

Orientation intellectuelle et professionnelle de l'enfant à l'âge scolaire.

L'assemblée s'est tenue dimanche dernier 5 janvier à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence du Dr Georges Duhamel, de l'Académie française.

Dans l'assistance, les professeurs Carnot, Mauriac, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux ; J.-L. Faure, Castaigne ; les docteurs J. Renault, Siredey, Beclère, Lesné ; le médecin général inspecteur Rouvillois et le docteur Godlewski, secrétaire général.

M. Georges Duhamel a prononcé, avant l'ouverture de la discussion, un discours dans lequel il a parlé du rôle du *médecin de famille.*

« L'amertume des temps va ressusciter le médecin de famille pour le plus grand bien du monde et pour l'honneur de la médecine. Dans cette grande querelle de l'enfant à l'âge scolaire, le médecin se fait entendre pour réclamer, noblement, le respect de ses droits, qui sont modestes, et de ses devoirs, qui sont fort grands, qu'il connaît et qu'il accepte... »

L'assemblée prit d'abord connaissance des *conclusions des assises départementales* que M. Godlewski résuma ainsi :

Il y a unanimité pour admettre que l'enfant montre rarement dans le jeune âge ses aptitudes d'avenir. La Provence, le Roussillon comme la Bretagne, notent que les prédispositions les plus précoces sont celles de l'artiste (surtout en musique et en dessin) ; encore faut-il un observateur pénétrant pour les apprécier : l'enfant les fait plus apparaître durant les loisirs, en vacances, qu'à l'école même (Loir-et-Cher).

La puberté, d'apparition variable, est l'étape de transformations physique, intellectuelle et morale, aussi il n'est guère possible de parler d'orientation pour l'enfant avant 12-14 ans (Puy-de-Dôme) ; 14 à 16 ans même pour les garçons en Charente-Inférieure, Doubs, Haute-Savoie, Vaucluse ; « en un mot, après la puberté », dit le Gard, et le Vaucluse ajoute : « il est prématuré de dire d'un enfant qu'il sera un prodige ; il est encore plus aventureux de dire d'un autre qu'il ne fera rien de bon ».

L'admission aux lycées et collèges de l'Etat, en sixième, dépend d'appréciations pédagogiques, basées sur l'extériorisation des connaissances de l'enfant — à dix ans. — Vouloir décider de l'avenir d'un écolier, à l'âge le plus instable, apparaît aux cliniciens « un non-sens physiologique ». Un tel barrage arrête certains enfants, capables de se révéler plus tard, et en laisse filtrer d'autres, par méprise.

La gratuité de l'externat est en fait un avantage dont les ruraux ne bénéficient pas. Malgré cela, « l'examen » de sixième est en réalité un concours à nombre de places limitées, en fonction des locaux disponibles. Ainsi l'ensemble des dispositions en vigueur peine les éducateurs et inquiète les chefs de famille.

Nos six Assises de Provence, celles du Languedoc, d'Alsace, des Flandres, de Beauce, du Berry, du Périgord, de Saintonge, d'Anjou, de Franche-Comté, d'Auvergne, transmettent cette opinion générale.

L'examen médical familial — et à son défaut l'inspection médicale des écoles — fournira utilement sur l'état de l'enfant des indications périodiques, utilement consignées sur un Livret à la fois familial, scolaire et médical, éclairant sur l'intelligence et ses manifestations, ainsi que sur le caractère et sur la santé (Lot, Alpes-Maritimes).

Quant à fonder l'orientation de l'enfant sur des tests, l'épreuve du temps manque pour apprécier leur valeur. L'observation clinique montre qu'il faut au guide de l'enfant beaucoup plus d'esprit de finesse que de géométrie (Pas-de-Calais, Gard, Charente-Inférieure, Dordogne, Lot, Lot-et-Garonne).

Toutes les Assises mentionnent les nombreuses perturbations observées chez l'écolier par le médecin de famille et liées à la croissance, à la puberté, aux fonctions des glandes endocrines, aux infections de l'enfance, à l'insuffisance digestive, etc., et qui empêchent l'enfant de s'adapter à l'enseignement scolaire. La plupart de ces troubles, y compris les manifestations nerveuses et psychiques de sujets dits « anormaux », sont modifiables par des soins appropriés. Le surmenage scolaire, lié à la surcharge des programmes, est aussi la base de fréquents accidents, souvent méconnus à leur début (Alpes-Maritimes, Nord).

La documentation confrontée des parents, des instructeurs et des médecins — « trinité » constituant un impartial conseil d'orientation — est la solution, proposée d'un commun accord, aux Assises et préconisée chaleureusement par les Alpes-Maritimes, le Var, le Vaucluse, les Bouches-du-Rhône (section de Marseille, Aix et Aubagne), l'Ille-et-Vilaine, les Côtes-du-Nord, l'Indre-et-Loire, le Maine-et-Loire, l'Eure, l'Eure-et-Loir, la Sarthe, les Pyrénées-Orientales, l'Hérault, la Haute-Loire, le Nord, le Pas-de-Calais, le Lot, le Lot-et-Garonne la Dordogne, le Puy-de-Dôme, la Seine et la Seine-et-Oise, la Haute-Savoie, le Doubs, le Cher, le Loiret, le Gard, le Bas-Rhin.

Les *conclusions* suivantes furent ensuite adoptées :

Au début de l'adolescence, entre douze et quinze ans, l'enfant subit les transformations physiques et psychiques, dont dépendent ses aptitudes d'homme. Une sélection d'avenir, à dix ans, telle que « l'examen », en réalité concours pour l'admission en sixième, est donc prématurée.

L'enfant subit, à l'occasion de la puberté, des troubles bénins ou graves, parfois sous l'influence d'une hérédité, dont le médecin de famille peut posséder seul les éléments et le secret.

L'orientation intellectuelle et professionnelle de l'enfant pubère doit s'appuyer sur la documentation confrontée des parents, médecins et pédagogues, ces derniers comme conseillers du chef de famille qui doit rester, en définitive, seul maître de la décision.

CORRESPONDANCE

A PROPOS D'UN GALA DE LA MÉDECINE

Le Président de l'Association corporative, M. André Domart, interne des hôpitaux, nous adresse le communiqué suivant :

« L'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris (reconnue d'utilité publique), et l'Association des Etudiants en médecine de Paris tiennent à déclarer qu'elles sont totalement étrangères à l'organisation du gala de la médecine du 1er février 1936 à la salle Hoche, et qu'à leur connaissance, ce gala n'est sous le patronage d'aucune organisation corporative ou professionnelle médicale. »

L'ASSURANCE MALADIE ET LE CORPS MÉDICAL

Nous avons déjà entretenu antérieurement nos lecteurs d'une forme d'assurance encore peu connue : l'Assurance Maladie, que vient d'entreprendre une importante et ancienne Société Mutuelle.

Etant donné son intérêt, le sujet n'a pas manqué de susciter parmi les médecins de nombreux commentaires ; aussi avons-nous cru opportun d'y revenir afin de mieux préciser la position du Corps médical et le jeu de la garantie. Certains ont demandé : Quelle attitude prendre ? N'y a-t-il pas là une manière d'inquisition tant au point de vue professionnel que fiscal ?

Disons tout de suite que ces craintes sont vaines : avant tout, il s'agit d'un remboursement effectué entre les mains du client par l'Assurance. Les intérêts du Corps médical sont donc sauvegardés, mais indirectement puisqu'il n'intervient pas dans l'opération. Les frais réellement exposés par l'assuré sont remboursés sur production des notes d'honoraires et autres, avec certaines limites déterminées dans le contrat en tenant compte des tarifs les plus habituellement observés par les praticiens.

Ce système doit donc éliminer les mauvais payeurs qui, trop souvent, abusent de leurs médecins ; il doit, à ce point de vue, être bien accueilli de chacun en raison de l'acuité actuelle de la question des honoraires.

Cet avantage n'est d'ailleurs pas le seul présenté. Les indemnités prévues sont calculées de façon à rembourser presque intégralement les dépenses d'ordre médical ou chirurgical encourues à l'occasion d'une maladie. Tout a été prévu, depuis la radiographie jusqu'à la maternité, en passant par la psychothérapie, les traitements par injections, etc...

Certains points particulièrement intéressants constituent une innovation : les frais de séjour dans un sanatorium, les frais de maternité, sont remboursés d'une façon très substantielle. Il n'y a pour ainsi dire pas de maladies exclues de la garantie. Le contrat garantit même les frais occasionnés par les maladies vénériennes au même titre que les autres. Il est le seul à être aussi libéral.

Nul doute qu'une formule d'assurance conçue dans un esprit aussi large ne doive sauvegarder de façon appréciable les intérêts du Corps médical, car elle apporte la meilleure solution à la question des honoraires impayés et par suite facilite les rapports avec la clientèle.

Au point de vue social, on peut en espérer une amélioration de la santé des assurés, qui n'hésiteront plus à se faire soigner. Les conseils du médecin seront mieux observés, les traitements régulièrement suivis, puisqu'il ne restera à la charge de l'assuré qu'une part modique de tous ces frais.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 5. — MERCREDI 15 JANVIER 1936. 109e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : **Danton 48-31.**

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.

Etudiants : **25** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.

Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Examens du nouveau régime* (session de février 1936). — L'affichage pour la session de réparation aura lieu le mercredi 29 janvier 1936.

Ouverture de la session le lundi 3 février 1936.

— BORDEAUX. — *Diplôme de médecin colonial et de médecin sanitaire maritime.* — La XXXe série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin sanitaire maritime (novembre-décembre 1935) a été suivie par 26 auditeurs dont 7 ont bénéficié de bourses d'études offertes par la Société parisienne d'expansion chimique Specia (marque Poulenc et Usines du Rhône).

Après examen, ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux :

MM. Bathias, Bichai, Billiottet, Briol, Caperaa, Capponi, Chevrier, Mme Chippaux, MM. Collet, Crozafon, Dayoub, Fidelin, Harris, Lacoste, Mlle Lafitte, MM. Linhard, Ljunggren, Nownizon, Pinaud, Pruvost, Reynal (de), Richard, Tailliandier, Tourteau, Vallat, Zozol.

Sont proposés au tableau des médecins sanitaires maritimes :

MM. Bache, Bonnel, Carel, Chippaux, Dubroca, Eggenberger, Gay, Gineste, Gounelle, Guibert, Hiriberry, Lacoste, Lansac, Lemoine, Phelippeau, Pinaud, Seince, Viaud, Weber.

La XXXIe série d'études aura lieu du 2 novembre au 24 décembre 1936. — Renseignements au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

COMITÉ CONSULTATIF DE SANTÉ. — Le Comité est ainsi composé pour 1936 :

Président. — M. Rouvillois, médecin général inspecteur, membre de l'Académie de médecine.

Membres titulaires. — M. Sacquépée, médecin général inspecteur, membre de l'Académie de médecine; MM. les médecins généraux inspecteurs Savornin, Lafforgue, Lévy; MM, les médecins généraux Plisson, Marland, Schickelé, Normet, Fulconis; M. le pharmacien général inspecteur Moreau.

Membres consultants civils. — MM. Auvray, Fernand Bezançon, Ch. Lenormant et H. Roger, membres de l'Académie de médecine.

Membres consultants militaires. — MM. les médecins généraux Reyne et Paître; MM. les médecins colonels Worms et Pilod ; M. le pharmacien colonel Debucquet.

GUERRE. — Sont placés dans la 2e section (réserve) du Corps de santé militaire MM. les médecins généraux Malaspina, directeur du Service de santé de la 3e région, à Rouen, et Prat, directeur du Service de santé de la 9e région, à Tours.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — A été nommé professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales : M. Fonrnials, médecin commandant.

Ont été nommés aux emplois de professeur agrégé ci-après :

De la chaire de clinique médicale et de pathologie exotique : M. Bordes, médecin commandant, professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales (bactériologie, parasitologie et épidémiologie).

De la chaire de bactériologie, parasitologie et épidémiologie : M. Fournials, médecin commandant, professeur

agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

— M. le médecin colonel Blanchard est nommé sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille.

ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le *Journal officiel* du 11 janvier publie l'instruction relative à l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine en 1936.

Ce concours, ouvert aux étudiants en médecine à quatre inscriptions, s'ouvrira en juillet 1936.

L'instruction comprenant les modalités et programme du concours est déposée dans les préfectures et les facultés; elle est en vente à la librairie Vuibert, 63, boulevard Saint-Germain, à Paris.

7e ANNIVERSAIRE DE LA MORT DU PROFESSEUR WIDAL. — La réunion annuelle pour l'anniversaire du professeur F. Widal aura lieu le mercredi 15 janvier, à 11 h., à la Clinique du professeur Bezançon à l'hôpital Laennec.

La leçon habituelle portera cette année sur « les urticaires » et sera faite par M. E. Joltrain.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Election pour 1936 :

Président : M. Rist; vice-président : M. Milian; secrétaire général : M. Cl Gautier; trésorier : M. Debray; correspondants nationaux : MM Denoyelle (Tours), Véran (Nantes), Waitz (Strasbourg); correspondants étrangers : MM. Bergmark (Upsal), Stoehelin (Bâle), van Bogaert (Anvers).

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE. — Bureau pour 1936 :

Président : M. Herpin; vice-présidents : MM. Fanton d'Andon et Gourichon; secrétaire général : M. Douruel; trésorier : M. Bongrand.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine vient d'élire son bureau pour 1936. En voici la composition :

Président : M. Paul Tissier; vice-présidents : MM. Boëlle et Bourguignon ; secrétaire général : M. P. Barlerin; secrétaires adjoints : MM. Deguy et Vaslin ; trésorier : M. Armand Lévy.

XVIe SALON DES MÉDECINS ET DU CORPS MÉDICAL. — Rappelons que le XVIe salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires aura lieu du 2 au 9 février, à la galerie Bernheim Jeune, 83, faubourg Saint-Honoré, Paris.

Pour tous renseignements, écrire au secrétaire général, M. Pierre-Bernard Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (XVe).

LA MALADIE DU SOMMEIL A L'ACADÉMIE DES SCIENCES COLONIALES. — L'Académie des sciences coloniales vient de consacrer deux séances à l'étude de la prophylaxie de la maladie du sommeil. En conclusion elle a voté la délibération suivante :

« L'Académie des sciences coloniales, consciente de l'efficacité des mesures de prophylaxie entreprises en 1917, en Afrique Equatoriale d'abord, au Cameroun ensuite, convaincue, d'autre part, que le bénéfice acquis ne peut être conservé que si les mesures sont continuées pendant de nombreuses années,

Demande instamment que l'effort réalisé ne soit pas amoindri et qu'il soit étendu à l'Afrique Occidentale Française où les récentes enquêtes du docteur Jamot, appuyées sur des constatations antérieures, ont mis en évidence l'existence d'une cinquantaine de mille cas répartis sur plusieurs régions. Elle est d'avis que, sous l'autorité des directeurs de services de santé des grandes fédérations de notre Afrique noire, des inspecteurs mobiles d'une compétence éprouvée surveillent constamment l'application des mesures prophylactiques qui ont été édictées par la Société de pathologie exotique,

Poussant plus loin l'examen du grand problème démographique de nos colonies africaines et de la lutte contre les grands fléaux, l'Académie des sciences coloniales, se souvenant d'une suggestion analogue émise par un de ses membres, aujourd'hui disparu, Joseph Chailley, se rallie entièrement à la proposition de MM. les députés Archimbaud et Briquet, à savoir qu'une vingtaine de millions consacrés à cette lutte tous les ans pendant dix ans dans nos colonies noires permettrait d'obtenir une amélioration hautement appréciable de l'état physique et sanitaire de nos populations indigènes, tâche primordiale et essentielle de nos services médicaux et d'assistance, seule susceptible de déterminer le progrès démographique, économique, social et défensif de ces pays, étant entendu que ce crédit de caractère impérial restera absolument distinct de l'emploi des ressources affectées aux services généraux d'hygiène et d'assistance provenant des fonds d'emprunt. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. le docteur Cazin, décédé à Boulogne-sur-Mer à l'âge de 35 ans; le professeur Hernani Barosa (de Porto), bien connu comme phtisiologue; le professeur Manuel de Vasconcelos, professeur à l'Institut central d'hygiène de Lisbonne; le docteur Philippe Chapelle (de Neuilly)

CONCOURS

HÔPITAL-HOSPICE DE SAINT-DENIS (SEINE). — Un concours pour quatre places d'internes titulaires en médecine s'ouvrira à l'hôpital-hospice de Saint-Denis les lundi 27 et mardi 28 janvier 1936, à 9 h.

Conditions : 16 inscriptions, nouveau régime. Age : moins de 30 ans. Indemnité mensuelle : 550 fr., plus nourriture, logement, blanchissage.

Inscriptions closes 8 jours avant l'ouverture du concours.

Fournir : extrait de l'acte de naissance, pièces établissant la situation militaire, titres scientifiques et hospitaliers, certificat de scolarité.

Renseignements et inscriptions, direction de l'hôpital, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est, à Saint-Denis, de 9 à 12 h., et de 14 à 17 h.

RENSEIGNEMENTS

A LOUER 1er étage sur rue de Rivoli, n° 14, 5 pièces chauffées. — Conviendrait dentiste.

1-2-3 PIÈCES, cuis. depuis 1.680 fr., charges comp., sauf chauff., 26-28, avenue de la Villa, Vincennes, métro Bérault.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

Congrès de Médecine du Maroc en 1936. — La Fédération des « Sociétés des Sciences médicales de l'Afrique du Nord » tiendra au Maroc, en 1936, les 3, 4 et 5 avril, son VIe Congrès annuel, sous la présidence du médecin-général Spick.

Les réunions auront lieu à Rabat et à Casablanca.

La question mise à l'ordre du jour du Congrès est : « l'Amibiase en Afrique du Nord » — ses formes cliniques — sa répartition géographique — son étiologie particulière et son aspect dans les différents groupements ethniques.

Des rapports seront présentés par l'Algérie, la Tunisie et le Maroc.

Les communications se rapportant à l'Amibiase seront acceptées.

Le Comité d'organisation désirerait voir étudier plus particulièrement les questions suivantes :

1° Rapport entre l'Amoeba Dysentériœ, Amoeba dispar, et les Amibes parasites ou saprophytes de l'homme ;

2° Y a-t-il des réservoirs de virus animaux pour l'Amibiase humaine ?

3° Méthodes de culture des Amibes ;

4° Les formes anormales de l'Amibiase ;

5° Etude pharmaco-dynamique et physiologique de l'Emétine.

En dehors des fêtes et des réceptions qui seront offertes aux Congressistes, un programme touristique a été prévu pour la visite du Maroc.

Pour tous renseignements : au Secrétariat du Congrès, docteur Fournier, 26, boulevard du 4e-Zouaves, à Casablanca (Maroc).

XVe Congrès international d'Hydrologie, de Climatologie et de Géologie médicales. — Cette manifestation aura lieu à Belgrade l'an prochain, au mois d'octobre 1936 ; elle aura un éclat particulier, car elle marquera le cinquantenaire de ces réunions, le premier Congrès ayant eu lieu à Biarritz en 1886. D'autre part, beaucoup de médecins et de savants saisiront cette occasion pour resserrer davantage encore les liens que la guerre et la paix ont noués entre la Yougo-Slavie et la France.

Sous le haut patronage de S.A.R. le Régent Prince Paul, s'est constitué un Comité national yougo-slave, qui a désigné comme secrétaire général le professeur Miloutine Neskovitch, et comme secrétaire général adjoint le docteur Vandjel Tassitch ; il poursuit activement les travaux d'organisation sur le plan scientifique comme dans l'ordre matériel.

Pour tout renseignement, s'adresser au professeur M. Neskovitch, 3, rue Takowska, Belgrade ; aux docteurs Ray, Durand-Fardel, à Vichy ; Henri Flurin, à Cauterets ; François Françon, à Aix-les-Bains.

Ligue internationale contre le Rhumatisme. — La Ligue internationale contre le Rhumatisme tiendra son Ve Congrès international en septembre 1936, à Lund (Suède). Le président est le professeur S. Ingvar (de Lund), et le secrétaire général le professeur G. Kahlmeter (de Stockholm).

Pour toutes informations, s'adresser au secrétaire de la Ligue, docteur J. Van Breemen, Kaizergracht, 489-491, Amsterdam (Hollande).

9e Congrès français de Stomatologie. — Le 9e Congrès français de Stomatologie aura lieu à la Faculté de médecine et à la Sorbonne du lundi 5 au samedi 10 octobre 1936, sous la présidence du docteur Pont (de Lyon).

1er Rapport : Etude comparative des traitements des infections périapicales chroniques. Etat actuel de la question. Traitement médical et par les agents physiques (Dr Soleil). Traitement chirurgical (Dr Duclos).

2e Rapport : Incidents, accidents et complications du traitement orthodontique (Dr Izard).

Contre-indications absolues et relatives du traitement orthodontique (Dr Quintero).

Question mise en discussion : Complications immédiates et médiates des extractions. Leur traitement (Dr Landais).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, Dr Dechaume, 182, rue de Rivoli.

Les Croisières médicales françaises organisent une Croisière vers les *Iles de l'Atlantique : Canaries, Madère, Açores*. Pâques 1936.

Le Comité des C. M. F., soucieux d'offrir à ses passagers des programmes de plus en plus tentants, organise, pour les vacances de Pâques 1936, grâce à l'aimable collaboration de la Compagnie Générale Transatlantique, une croisière au pays du soleil, à bord d'un des plus confortables et des plus récents paquebots de la ligne de New-York : le s/s « Champlain ».

Ce superbe bâtiment, véritable Palace flottant, quittera Le Havre le 5 avril à midi et fera sa première escale à *Lisbonne*. Puis, il touchera terre à *Malaga*, porte de l'Andalousie, d'où les touristes pousseront jusqu'à Grenade. Se dirigeant vers les côtes de l'Afrique, le « Champlain » gagnera *Casablanca*, notre grand port marocain. Des excursions sont prévues pour visiter Rabat, Salé et Marrakech. Piquant alors vers le large, nous atteindrons Ténériffe, aux *Canaries*, dominé par le pic volcanique de Teide, *Madère*, dont le climat enchanteur est justement célèbre, les *Açores* enfin, sentinelles avancées de l'Europe vers l'Atlantique Nord, où nous ferons escale à Ponta-Delgada.

Le « Champlain » sera de retour au Havre le 20 avril à 18 heures.

Le *Portugal*, l'*Espagne*, le *Maroc*, les *Canaries*, *Madère* et les *Açores*, merveilleux itinéraire pour une croisière de printemps. Au charme de ce programme, s'ajoutera l'agrément de voyager dans des conditions de luxe et de confort que ne présentent pas habituellement les paquebots de croisières.

Ajoutons que malgré l'importance de la « classe » du s/s « Champlain », les tarifs ne seront pas majorés. C'est donc une croisière « *de grand luxe* », à des *prix réduits*, que les C. M. F. offrent à leurs adhérents pour les vacances de Pâques 1936.

Le programme des excursions à terre paraîtra ultérieurement.

Prix habituel des places, à partir de 2.500 fr. en 1re classe. 1.800 fr. en touriste.

Comme pour les croisières précédentes, de nombreuses bourses de voyage seront mises à la disposition des élèves des hôpitaux.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat des Croisières Médicales Françaises, 9, rue Soufflot, Paris. — Téléphone : Odéon 20-63.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 14 *janvier*. — Jury : MM. Balthazard, président : Sergent, Mouquin, Piédelièvre. — H. Hamoniaux. Les erreurs de statistiques du cancer. — M. Anglade. De l'actélectasie pulmonaire.

Mercredi 15 *janvier*. — Jury : MM. Clerc, président ; Couvelaire, Donzelot, Lacomme. — M. Torrel. Le diagnostic clinique du rhumatisme articulaire tuberculeux. — M. de Coccola. Contribution à l'étude des galactogogues.

LA SANTÉ ET SES MANIFESTATIONS EXTÉRIEURES CHEZ LES ENFANTS [1]

Par le professeur P. NOBÉCOURT.

Le médecin est chargé d'une double mission :

Hygiéniste, il veille à la conservation de la santé : ὑγιεινός, qui a rapport à la santé ;

Thérapeute, il s'efforce de rétablir la santé, quand elle est altérée. La maladie est une altération de la santé.

Pour remplir ces missions avec compétence, le médecin doit savoir, tout d'abord, ce qu'est la santé et quelles sont ses manifestations.

Ce sont les problèmes dont je vais vous entretenir à propos des enfants.

***

Je dois, tout d'abord, donner une DÉFINITION DE LA SANTÉ.

Ouvrons quelques dictionnaires.

Dans le *Larousse élémentaire illustré,* qui est dans toutes les mains, je lis :

« *Santé* (latin, *sanitas*). Etat de celui qui est sain, qui se porte bien. »

« *Sain* (latin, *sanus*). De bonne constitution. »

« *Constitution.* Complexion de l'homme. »

« *Complexion.* Agencement des parties qui concourent à former un tout. »

Somme toute, la *santé* est l'état de l'individu dont les parties du corps sont bien agencées.

Dans le *Dictionnaire de médecine édité par une société de médecins et de chirurgiens,* en 1820, Méret écrit :

« *Santé, sanitas :* exercice libre, facile, régulier et agréable de toutes les fonctions de l'économie animale. »

Dans les éditions successives du *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent,* publiées, à partir de 1806, par Capuron, P.-M. Nysten, E. Littré et Ch. Robin, on lit :

« *Santé* (*sanitas,* ὑγιεία). Exercice libre et facile des fonctions. »

Aux notions d'exercice facile et régulier des fonctions, il convient d'ajouter les notions d'équilibre et d'harmonie. Méret, d'ailleurs, complète sa définition par les lignes suivantes : « L'harmonie dans toutes les parties de notre économie constitue la santé proprement dite. »

Pour qu'un organisme soit à l'état de santé, il ne faut pas qu'une fonction s'hypertrophie; si cette éventualité se produit, d'autres fonctions en souffrent, l'équilibre est rompu ; ce n'est plus l'état de santé.

Pour maintenir l'équilibre, il existe, d'ailleurs, des mécanismes régulateurs, qui entrent automatiquement en jeu.

Somme toute, la santé est l'état de l'organisme dans lequel les fonctions s'exercent d'une façon régulière et harmonieuse.

Cette modalité du fonctionnement est conditionnée par une complexion normale des appareils, des organes, des tissus, des humeurs. Elle l'est, en outre, par ce *quid ignotum,* que chacun reçoit de ses ascendants au moment de la fusion du spermatozoïde et de l'ovule et qu'on appelle *activité vitale.*

Ce n'est pas tout.

L'être vivant n'est pas isolé. Il n'est qu'une parcelle d'un tout, qui, par rapport à lui, constitue le *milieu extérieur.* Il emprunte à ce milieu les matériaux nécessaires à son existence, il subit les influences des éléments qui le composent.

De ce fait, l'équilibre, en quoi réside la santé, est singulièrement instable ; l'organisme est sans cesse en action pour le rétablir. La facilité et la rapidité, avec lesquelles il se rétablit, sont un des caractères de la santé.

Cette notion est particulièrement importante pour les enfants, dont l'organisme est plus sensible que celui des adultes aux influences du milieu.

Pour qu'un individu ait la santé, il faut donc un fonctionnement régulier et harmonieux de toutes les parties de son organisme, de ses appareils digestif, respiratoire, circulatoire, urinaire, du sang et de la lymphe, des organes hémo-lymphopoiétiques, des glandes endocrines, des organes sexuels, du système nerveux, de la peau, des tissus conjonctif et élastique, des os, des cartilages, des muscles.

C'est chez les adultes jeunes, quand le corps a achevé son accroissement et est arrivé à la maturité, que les fonctions de nutrition, de relation, de reproduction sont en pleine activité.

Si nous considérons les enfants et les jeunes gens, nous constatons dans leur organisme deux particularités.

La première particularité réside dans la *fonction d'accroissement.* La modalité la plus spéciale est l'accroissement statural ; son arrêt marque le début de l'âge adulte. Chez l'adulte, la fonction d'accroissement n'a certes pas complètement disparu ; mais son activité n'a rien de comparable ; elle n'est guère qu'une fonction de réparation.

La seconde particularité réside dans l'absence ou plutôt dans le caractère rudimentaire de la *fonction sexuelle* pendant la première partie de l'enfance, dans l'apparition ou plutôt dans le développement de cette fonction pendant la dernière partie de l'enfance, dans son perfectionnement enfin pendant la jeunesse, où s'installe la fonction de reproduction.

De ces deux particularités résultent, pendant l'enfance et la jeunesse, des modalités propres de la santé. Une des principales est la variabilité, l'instabilité, qui s'opposent à la stabilité relative des adultes.

Cette variabilité, nous la constatons quand nous cherchons à préciser les caractères de la santé chez les enfants et les jeunes gens.

Ce sont ces caractères que je vais esquisser maintenant.

***

Pour s'assurer qu'un individu est à l'ÉTAT DE SANTÉ, il faut procéder à un examen méthodique et complet, suivant les règles de la clinique.

(1) *Clinique médicale des enfants.* Leçon du 16 novembre 1935.

On considère son habitus, c'est-à-dire son aspect extérieur, sa manière d'être habituelle, son facies, ses téguments, sa morphologie.

On explore ses muscles, son squelette, ses articulations.

On explore ses divers appareils et organes.

L'étude doit porter non seulement sur les caractères physiques, mais aussi sur les fonctions. Pour être complète, elle nécessite le recours aux techniques du laboratoire.

Enfin on se renseigne sur l'activité physique, sur l'intelligence, la psychisme, le moral. Il y a une santé physique, une santé intellectuelle, une santé morale, qui sont étroitement liées.

Je ne puis exposer tous ces faits. Je ne parlerai que des caractères extérieurs de la santé.

***

Quand on regarde un individu bien portant, on remarque les CARACTÈRES EXTÉRIEURS DE LA SANTÉ.

Ces caractères ont leur plein épanouissement chez les *adultes jeunes*, de 25 à 30 ans.

Le teint — tout au moins chez les individus de race blanche et dans les climats tempérés — est clair, modérément coloré. Les traits sont réguliers, reposés. L'œil est vif et intelligent.

La peau est fraîche, ferme, souple, élastique, le pannicule adipeux sous-cutané moyennement épais.

La taille est moyenne ; la hauteur du buste et la longueur des membres inférieurs sont proportionnées; le poids, le périmètre thoracique, la corpulence sont conformes aux moyennes pour la taille.

Le maintien est aisé. Les sujets se tiennent droits, la poitrine dégagée, les épaules tombant naturellement, sans exagération de la cambrure dorso-lombaire, ni projection de l'abdomen en avant.

La morphologie est harmonieuse.

Les caractères sexuels sont bien dessinés.

Le corps de l'homme donne l'impression de la vigueur ; les reliefs des os et des muscles sont bien apparents.

Chez la femme, les formes sont plus enveloppées par suite de l'importance du tissu adipeux et de sa prédominance dans certaines régions, aux cuisses, aux hanches, aux fesses, au niveau des seins.

Dans l'antiquité, on représentait par une jeune femme Hygie, la déesse de la santé (ὑγιεία).

Chez les *enfants* et les *jeunes gens*, les caractères extérieurs de la santé revêtent des modalités différentes de celles que je viens de décrire.

Ces caractères, d'ailleurs, diffèrent d'un âge à l'autre. Il convient de les décrire pour chacune des périodes :

Première enfance, de la naissance à 2 ans et demi ;
Deuxième enfance, de 2 ans et demi à 6 ans ;
Troisième enfance, de 6 à 12 ans pour les filles, de 6 à 14 ans et demi pour les garçons.

Quatrième enfance ou *puberté*, de 12 à 15 ans pour les filles, de 14 ans et demi à 17 ans et demi pour les garçons.

A celle-ci succède la *jeunesse* qui se termine théoriquement à 20 ou 21 ans et, en fait, se prolonge, chez le garçon, jusqu'à 22 ou 23 ans.

La PREMIÈRE ENFANCE est la période de l'existence où les caractères extérieurs de la santé s'éloignent le plus de ceux qu'ils revêtent chez les adultes. Ils diffèrent d'ailleurs suivant qu'il s'agit d'un nouveau-né ou d'un bébé âgé de moins de 3 ou 4 mois, d'un bébé de 4 à 12 mois, d'un enfant de 1 ou 2 ans. Leur description est complexe ; elle demande de longs développements. Je ne l'entreprends pas.

Je prends l'enfant dans le courant de la troisième année, au début de la deuxième enfance.

La DEUXIÈME ENFANCE commence à 2 ans et demi, quand la première dentition est terminée par l'éruption des quatre secondes prémolaires. Elle se termine à 6 ans.

L'habitus du corps ne présente pas de différence tranchée entre la fin de la première enfance et le début de la deuxième.

La *croissance staturale* se poursuit suivant un rythme qui se ralentit de plus en plus depuis l'âge de 4 mois.

De 2 à 6 ans, la taille passe de 80 cm. à 108 cm. chez les garçons, de 77 cm. à 104 cm. chez les filles. L'accroissement statural est respectivement de 26 cm. et de 27 cm.

Tandis que, pendant la période précédente, l'allongement des membres inférieurs est supérieur à celui du buste, pendant la deuxième enfance il est le même pour ces deux segments : 14 cm. chez les garçons, 13 cm. 5 chez les filles. Par suite, le rapport de Manouvrier, c'est-à-dire le rapport des membres inférieurs au buste, augmente peu : il passe de 0,70 chez les garçons, de 0,71, chez les filles, à 0,77 dans les deux sexes (0,770 chez les garçons, 0,777 chez les filles).

Le *poids passe* de 11 kg. 500 à 16 kg. 950, le *rapport du poids à la taille* de 146 à 156 chez les garçons, de 149 à 162 chez les filles.

Le *périmètre thoracique*, mesuré à la base de l'appendice xiphoïde, passe de 47 cm. à 54 cm., le *rapport du périmètre thoracique à la taille* de 0,589 à 0,500 chez les garçons, de 0,610 à 0,519 chez les filles.

Le *coefficient de Pignet*, qui est obtenu en soustrayant de la taille la somme du poids et du périmètre thoracique, et qui représente la corpulence, passe de 21,5 à 37 chez les garçons, de 18,5 à 33 chez les filles.

Somme toute, le poids et surtout le périmètre thoracique augmentent peu par rapport à la taille ; le rapport du périmètre thoracique à la taille diminue ; le coefficient de Pignet augmente et cette augmentation traduit un amoindrissement de la corpulence.

Ces données numériques précisent l'impression que donne l'*habitus du corps*.

Avant 2 ans, le corps est potelé, la graisse forme des bourrelets, la corpulence est forte.

A partir de 2 ans, la graisse sous-cutanée diminue, les bourrelets disparaissent, le corps devient de plus en plus élancé et gracile.

Le thorax paraît étroit. Les os et les muscles sont grêles.

Le cou s'allonge.

D'autre part, la tête paraît plus petite par rapport au corps. Sa hauteur, d'après Stratz, représente 1/5 de

la taille à 2 ans, 1/6 à 6 ans. De 2 à 6 ans, le périmètre cranien passe de 48 cm. à 50 cm.

Les courbures du rachis, courbure lombaire à convexité antérieure, courbure dorsale à convexité postérieure, qui sont apparues pendant la deuxième année, quand l'enfant commence à se tenir debout et à marcher, s'accusent.

Les mouvements deviennent de plus en plus variés et précis, la marche et la course de plus en plus assurées et rapides.

La TROISIÈME ENFANCE débute à 6 ans, avec l'éruption des quatre premières grosses molaires de la seconde dentition, qu'on appelle dents de 6 ans.

Pendant une *première phase*, de 6 à 9 ans chez les filles, de 6 à 12 ans chez les garçons, l'habitus du corps garde les mêmes caractères qu'à la fin de la deuxième enfance ; ces caractères s'accentuent même.

Pendant une *seconde phase*, qui débute à 9 ans chez les filles, à 12 ans chez les garçons, l'habitus commence à présenter des modifications importantes.

Envisageons d'abord les **filles.**

De 6 à 9 ans, la taille passe de 104 cm. à 120 cm., l'accroissement statural est de 16 cm., l'allongement des membres inférieurs (8 cm. 5) est un peu plus fort que celui du buste (7 cm. 5), le rapport de Manouvrier passe de 0,777 à 0,818.

Le poids passe de 16 kg. 950 à 22 kg. 800, le rapport du poids à la taille de 162 à 190, le périmètre thoracique de 54 cm. à 58 cm., le rapport du périmètre thoracique à la taille de 0,519 à 0,483, le coefficient de Pignet de 33 à 39,2.

La diminution du rapport du périmètre thoracique à la taille, l'augmentation du coefficient de Pignet sont les phénomènes les plus appréciables.

Ils précisent l'impression que donne l'habitus du corps. Il est élancé et gracile, le thorax est relativement étroit. Souvent l'enfant paraît maigre.

De 9 à 12 ans, le phénomène dominant est une poussée de croissance staturale.

La taille passe de 120 cm. à 142 cm. ; l'accroissement statural est de 22 cm.

L'allongement se fait beaucoup plus par les membres inférieurs (14 cm.) que par le buste (8 cm.). Le rapport de Manouvrier passe de 0,818 à 0,92.

Le poids passe de 22 kg. 800 à 34 kg., le rapport du poids à la taille de 190 à 239, le périmètre thoracique de 58 cm. à 65 cm., le rapport du périmètre thoracique à la taille de 0,483 à 0,457, le coefficient de Pignet de 39,2 à 43.

Ces données numériques rendent bien compte de l'habitus à cette période de la vie. Le corps est long et gracile, les membres inférieurs sont longs par rapport au buste, le thorax est étroit, la corpulence faible.

Par ailleurs, la morphologie féminine s'installe : le bassin s'élargit, les hanches sont plus saillantes, la graisse commence à prédominer aux cuisses, aux hanches et aux fesses.

Passons aux **garçons.**

De 6 à 12 ans, la taille passe de 108 cm. à 139 cm., l'accroissement statural est de 31 cm., l'allongement des membres inférieurs (16 cm.) est un peu supérieur à celui du buste (15 cm.), le rapport de Manouvrier passe de 0,770 à 0,828.

Le poids passe de 16 kg. 950 à 29 kg. 400, le rapport du poids à la taille de 162 à 211, le périmètre thoracique de 54 cm. à 65 cm., le rapport du périmètre thoracique à la taille de 0,500 à 0,467, le coefficient de Pignet de 37 à 44.

Somme toute, l'impression de gracilité, d'étroitesse du thorax, de faible corpulence, de maigreur même, que donnait le corps avant 6 ans, s'accentue.

De 12 à 14 ans, se produit une poussée de croissance staturale.

La taille passe de 139 cm. à 151 cm. ; l'accroissement statural est de 12 cm.

L'allongement se fait beaucoup plus par les membres inférieurs (9 cm. 5) que par le buste (2 cm. 5), le rapport de Manouvrier passe de 0,828 à 0,923.

Le poids passe de 29 kg. 400 à 40 kg. 200, le rapport du poids à la taille de 211 à 266, le périmètre thoracique de 65 cm. à 70 cm., mais le rapport du périmètre thoracique à la taille ne change pas (0,467 et 0,463) ; le coefficient de Pignet cesse d'augmenter et s'abaisse à 40,8.

En conformité avec ces données numériques, le corps est long, les membres inférieurs sont longs par rapport au buste, le thorax reste étroit. Mais, à partir de 13 ans, l'impression de maigreur commence à s'atténuer et la corpulence à augmenter.

Pendant la troisième enfance, la hauteur de la tête par rapport à la taille diminue ; d'après Stratz, elle représente 1/7 de la taille à 12 ans. Le périmètre cranien est de 51 cm. de 7 à 10 ans, de 53 cm. à 13 ans.

A la troisième enfance succède la QUATRIÈME ENFANCE ou, plus exactement, la PÉRIODE DE LA PUBERTÉ.

La *puberté* est conditionnée par l'entrée en activité des glandes sexuelles jusque-là en sommeil, mais non inertes.

Elle est caractérisée par l'accentuation des caractères sexuels secondaires, qui existaient déjà, et par l'apparition de nouveaux, par l'accroissement des organes sexuels, par une série de transformations physiques, intellectuelles, psychiques et morales.

L'évolution de la puberté se fait en trois années. Pendant qu'elle se poursuit, le sujet perd graduellement les caractères de l'enfance. Quand elle est achevée, l'enfant n'est plus un enfant, mais un jeune homme ou une jeune fille.

Chez la **fille,** la puberté dure de 12 à 15 ans.

A 12 *ans*, son *début* est marqué par l'apparition de poils successivement sur le bord libre et la face externe des grandes lèvres, puis au pubis.

Pendant la *phase initiale*, qui dure une année, les poils grandissent et s'étendent, les glandes mammaires, déjà palpables dès la douzième année, grossissent et s'entourent de graisse, les seins se forment, les aréoles des mamelons se pigmentent, la vulve commence à grossir.

A 13 *ans*, alors que la toison pubienne est déjà moyennement fournie, sortent les premiers poils axillaires. Un peu avant ou après leur sortie surviennent

les *premières règles*. Elles marquent l'*éclosion* de la puberté.

A cette éclosion succède la *phase terminale* de la puberté qui dure deux années. Les menstruations se succèdent à intervalles réguliers. Les poils pubiens et axillaires continuent de croître. Les grandes lèvres s'infiltrent de graisse, grossissent, deviennent fermes; elles cachent les petites lèvres.

A 15 ans, la puberté est *achevée*.

De 12 à 15 ans, l'accroissement statural se ralentit, la taille passe de 142 cm. à 152 cm. ; elle augmente de 10 cm., dont 2 cm. seulement pendant la quinzième année.

La modalité de l'allongement segmentaire se modifie. Le buste s'allonge davantage (6 cm.) que les membres inférieurs (4 cm.). Le rapport de Manouvrier s'abaisse à 0,90, à partir de 13 ans.

Le poids passe de 34 kg. à 43 kg. 900, le rapport du poids à la taille de 239 à 288, le périmètre thoracique de 65 cm. à 78 cm., le rapport du périmètre thoracique à la taille de 0,457 à 0,513, le coefficient de Pignet de 42 à 37,1.

Somme toute, les phénomènes les plus caractéristiques sont le faible accroissement de la taille, l'allongement du buste, l'augmentation du poids, du périmètre thoracique, de leurs rapports avec la taille, de la corpulence.

L'habitus du corps se modifie donc grandement, surtout à partir de 13 ou 14 ans. Il perd la gracilité qui le caractérisait pendant la deuxième enfance et la première phase de la troisième.

En outre, la morphologie féminine se précise, non seulement par la formation des seins, mais encore par l'achèvement de l'élargissement du bassin et l'épaississement du tissu adipeux aux cuisses, aux hanches, aux fesses.

Les hanches sont saillantes et les cuisses sont inclinées de haut en bas et de dehors en dedans.

Les muscles et les os restent assez grêles. D'ailleurs la graisse masque leurs reliefs. Les formes s'arrondissent.

Chez le **garçon**, la *puberté* dure de 14 ans et demi à 17 ans et demi.

A 14 *ans et demi*, son *début* est marqué par l'apparition des poils au pubis.

Pendant la *phase initiale*, qui dure une année, les poils s'allongent et s'étendent.

A 15 *ans et demi*, se produit l'*éclosion* de la puberté ; la date en est d'ailleurs difficile à préciser. Les poils axillaires apparaissent, la voix mue, la verge et le gland commencent à grossir. Souvent se produit une première éjaculation involontaire de liquide spermatique qui ne contient d'ailleurs pas de spermatozoïdes.

Pendant la *phase terminale*, qui dure deux années, les poils pubiens et axillaires deviennent de plus en plus fournis, des poils remontent vers l'ombilic et apparaissent sur les bras et les jambes, la moustache et la barbe naissent, la voix devient plus grave.

Vers 16 ans et demi ou 17 ans, les organes génitaux externes grossissent et perdent définitivement le caractère infantile.

A 17 *ans et demi*, la puberté est *achevée*.

La poussée de croissance staturale, qui a commencé à 12 ans, se poursuit jusqu'à 16 ans, où la taille est de 162 cm. ; à 18 ans, elle atteint 164 cm. De 14 à 18 ans, l'accroissement statural est de 13 cm.

La modalité des accroissements segmentaires se modifie.

Pendant la quinzième année, l'allongement est égal (3 cm.) pour le buste et les membres inférieurs, le rapport de Manouvrier ne change pas (0,92).

Pendant la seizième année, le buste s'allonge plus (3 cm. 5) que les membres inférieurs (1 cm. 5), le rapport de Manouvrier diminue (0,90).

Pendant les dix-septième et dix-huitième années, l'allongement des deux segments est le même (1 centimètre 5), le rapport de Manouvrier reste à 0,90.

De 14 à 18 ans, le poids passe de 40 kg. 200 à 58 kg. 800, le rapport du poids à la taille de 266 à 358, le périmètre thoracique de 70 cm. à 82 cm., le rapport du périmètre thoracique à la taille de 0,463 à 0,500, le coefficient de Pignet de 40,8 à 23,2.

En accord avec ces caractères anthropométriques, l'habitus du corps se modifie, surtout à partir de 16 ans.

Le buste et les membres inférieurs prennent les proportions qu'ils garderont dans l'avenir. Le thorax s'élargit, le poids et la corpulence augmentent. La gracilité, qui caractérisait la deuxième et la troisième enfances, disparaît.

Par ailleurs, les muscles et les os grossissent, forment des reliefs que la graisse ne masque pas comme chez les filles. Le corps, quand la puberté s'achève, donne une impression de force, de robustesse.

D'autres caractères extérieurs seraient à signaler, tant chez les filles que chez les garçons. Je signale seulement l'augmentation de la *sécrétion sébacée* qui donne parfois à la peau, notamment à celle du visage, et à la chevelure, un aspect luisant et, au toucher, une sensation grasse.

Pendant la JEUNESSE, les caractères extérieurs de la santé se rapprochent de plus en plus de ceux que j'ai décrits chez les adultes.

La croissance staturale s'achève, et, à 20 ans, la taille atteint 166 cm. chez le garçon, 156 cm. chez la fille.

Le poids, le rapport du poids à la taille, le périmètre thoracique augmentent un peu. Le rapport du périmètre thoracique à la taille change peu. Le coefficient de Pignet s'abaisse ; il est, à 20 ans, de 19 chez le garçon, de 25,5 chez la fille.

Les fonctions sexuelles se perfectionnent. Cinq ans après l'éclosion de la puberté, la fille à 18 ans, le garçon à 20 ans et demi, sont *nubiles*, c'est-à-dire aptes à la reproduction.

***

Tels sont, dessinés à grands traits, les caractères extérieurs de la santé chez les enfants.

Ils témoignent d'une bonne *constitution*, d'un bon *tempérament*.

Santé, bonne constitution, bon tempérament sont des mots différents qui expriment la même notion.

Pour Littré, « une bonne *constitution* est celle où tous les viscères, où tous les appareils également développés et doués d'une grande énergie remplissent leurs fonctions avec aisance et facilité ».

Suivant les conceptions des anciens, le *tempérament* (de *temperare*, modérer) « exprime une sorte de pondération entre les divers éléments dont sont formés les corps organisés », écrit Alfred Luton, en 1883, dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* dirigé par Jaccoud.

Ces définitions se rapprochent de celle de la santé.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'utilité, pour le médecin, de bien connaître les caractères extérieurs de la santé suivant les périodes de l'enfance.

S'il les ignore, il s'expose à tenir pour bien portant un enfant dont la santé est déjà altérée, et pour malade ou taré un autre qui est bien portant. Combien d'enfants dont la gracilité et la maigreur inquiètent leurs parents, alors que cette apparence est normale à leur âge.

Souvent des nuances dans les modalités des caractères extérieurs mettent sur la voie d'un diagnostic. Tel enfant, par exemple, est un peu pâle, a la peau dépourvue de fermeté, le tissu sous-cutané mou, bien que son embonpoint soit satisfaisant ; une enquête plus approfondie permet de reconnaître du lymphatisme.

Il ne faut pas oublier toutefois que les caractères extérieurs que j'ai décrits sont ceux d'un *type moyen* et que bien des enfants, tout en étant bien portants, s'éloignent plus ou moins de ce type moyen. Il me faudrait compléter la description de ce type par l'étude de ses *variations*.

C'est le cas notamment pour les caractères anthropométriques : la taille, le rapport de Manouvrier, le poids, le périmètre thoracique, le coefficient de Pignet.

Par exemple, il y a des grands et des petits, dont les tailles restent dans les limites des variations physiologiques.

Bien des enfants même ont des tailles qui dépassent en plus ou en moins, ces limites, qui présentent de l'hypertrophie ou de l'hypotrophie staturales.

Parmi ces enfants, il en est qui sont bien portants, d'autres dont la santé est altérée. Il convient de savoir les distinguer : les premiers ont des caractères anthropométriques sensiblement conformes à leur taille, une morphologie harmonieuse, les autres des caractères anthropométriques non conformes, une morphologie dysharmonieuse.

Les caractères extérieurs de la santé ne sont, en général, pas trompeurs.

Cependant on peut les rencontrer chez des enfants atteints d'affections ou de maladies occultes, une cardiopathie, une syphilis congénitale, par exemple. Parfois même évolue, sans les altérer, une maladie grave ; on connaît les tuberculoses dites florides.

Il ne faut donc pas, quand il s'agit de décider si un enfant possède la santé, se borner à apprécier les caractères extérieurs. Un examen médical complet s'impose toujours.

Pour conclure, je dirai :

1° Un enfant bien portant présente les caractères extérieurs de la santé ;

2° Les caractères extérieurs de la santé peuvent s'observer chez un enfant qui n'est pas bien portant. Il ne faut jamais se fier aux apparences.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1935)

Les conditions de floculation et de gélification des sérums pathologiques. — MM. Ed. Benhamou et R. Gille soulignent l'importance de trois facteurs chimiques : euglobuline, sérine et cholestérine, dont les rapports quantitatifs semblent commander la stabilité ou la labilité d'un sérum lors de la dilution aqueuse. En inscrivant au numérateur l'élément floculable, l'euglobuline, et au dénominateur les colloïdes protecteurs, c'est-à-dire la sérine et la cholestérine, on pourrait attribuer au quotient la valeur d'un véritable indice de floculabilité. Cet indice a pour valeur dans les sérums normaux 0,01 à 0,05, dans les sérums paludéens, 0,10 à 0,20 et plus, et dans les sérums leishmaniens 0,20 à 0,80.

Indice de floculabilité des sérums dans les réactions de floculation et de gélification. — MM. Ed. Benhamou et R. Gille étudient successivement les réactions de floculation à l'eau, à la mélanine (Henry), à l'albuminate de fer (Henry), à l'uréa-stibamine (Chopra), au sulfarsénol (Caminopetros) et concluent que c'est la déficience en colloïdes protecteurs par rapport à la masse des éléments labiles, donc l'élévation de l'indice de floculabilité, qui détermine les floculations observées dans le Kala-azar et dans le paludisme. Quant aux réactions de gélification, c'est la concentration en euglobuline qui semble régler la production de la gelée, tandis que l'indice de floculabilité commande surtout le phénomène d'opalescence.

Dissociation du bacille tuberculeux de type bovin. — M. R Laporte continue l'étude de la dissociation du bacille bovin de variété S dysgonique en variété R eugonique. La pomme de terre glycérinée est le milieu le plus favorable à la dissociation qu'on puisse obtenir, soit par passages répétés sur ce milieu, soit d'une manière brusque, si on laisse vieillir pendant plusieurs mois à l'étuve des cultures S. Dans ce cas, on voit souvent apparaître en quelques jours, des colonies secondaires eugoniques R à la surface des cultures. Les souches R récemment dissociées sont instables *in vivo* et la réversion en type R peut aussi être obtenue *in vitro*. D'autres caractères de culture distinguent les souches eugoniques récentes des souches bovines de laboratoire ou des souches humaines.

Le taux normal de l'acide ascorbique dans l'organisme. — MM. A. Giroud, C.-P. Leblond, R. Ratsimamanga et M. Rabinowicz. Chez les animaux non scorbutisables, les organes présentent au régime banal des valeurs différentes de l'acide ascorbique, mais bien définies pour chaque type d'organe. En nourrissant ces animaux avec des régimes sans vitamine C, on observe des taux à peu près identiques. qui peuvent être considérés comme valeurs normales d'après lesquelles on peut apprécier le taux des organes des animaux carençables. Ainsi peut-on chez ces derniers définir l'état normal, la déficience, la précarence et la carence.

Phénomènes d'épilepsie parasitaire du cobaye provoqués par *Gyropus Gracilis*. — M. R MARTIN a observé, dans son laboratoire de Diré-Daoua, des crises d'épilepsie chez le cobaye dans des conditions qui lui paraissent en rapport avec la présence dans la fourrure de ces animaux de mallophages en grande quantité.

Entretenant un virus rabique, en vue de la vaccination, par passages sur le cobaye, il a remarqué que certains des cobayes inoculés mouraient, en un temps variant de trente minutes à douze heures, en présentant des crises typiques d'épilepsie. Or ils étaient tous porteurs d'innombrables mallophages appartenant à l'espèce *Gyropus Gracilis*, tandis que les cobayes qui n'étaient pas, ou à peine, parasités présentaient une évolution normale de la rage et n'avaient aucune crise d'épilepsie. L'épreuve de contrôle, qui s'imposait, a montré que la désinsectisation préalable des cobayes infestés supprimait chez eux toute réaction épileptique, après injection du virus rabique.

Ces faits paraissent à M. Martin à rapprocher de ceux qui ont été établis par MM. Pagniez, Plichet et Laplane qui ont montré le rôle essentiel des mallophages dans la production chez le cobaye de l'épilepsie de Brown-Sequard.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1935)

Considérations anatomo-cliniques sur un cas de polioencéphalite aiguë chez un enfant. — MM. G. GUILLAIN, P. MOLLARET et J. BERTRAND rapportent l'observation d'un enfant de huit ans, qui a présenté un tableau d'encéphalite aiguë mortelle en quatre mois. Le début fut marqué par quelques troubles de l'attention ; puis apparurent une aphasie de Wernicke, des troubles de la déglutition et un syndrome hypomaniaque. A un stade ultérieur on constata un syndrome catatonique, puis un état d'hypertonie généralisée, sans signes pyramidaux ni extra-pyramidaux. Dans la dernière semaine, l'enfant présenta une dysphagie absolue, une sudation et une sialorrhée considérable, des contractions cloniques rythmées des membres, enfin des crises jacksoniennes avec hyperthermie à 42°2.

Anatomiquement, il existe des périvascularites lymphocytaires et plasmocytaires du cortex et de la calotte du mésocéphale, ainsi que des lésions cellulaires dégénératives intenses. Au contraire, les altérations myéliniques sont nulles et les réactions névrogliques réduites au minimum. Il faut noter des lésions considérables du complexe olivaire, qui ont peut-être joué un rôle dans l'hypertonie du sujet.

La nature infectieuse de ce processus est probable, car l'affection a évolué avec un état subfébrile, mais toutes les recherches biologiques ont été négatives, à l'exception du benjoin colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien, qui a permis de constater un élargissement progressif de la précipitation.

Hydrocéphalie provoquée par une lésion systématisée des plexus choroïdes d'aspect tuberculoïde et d'origine indéterminée. — MM. GEORGES GUILLAIN, IVAN BERTRAND et JEAN LEREBOULLET rapportent l'observation anatomo-clinique d'une malade de trente-quatre ans, qui présentait un syndrome d'hypertension intracranienne avec vertiges, céphalée, vomissements, troubles visuels, qui rappelait la symptomatologie des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure. L'examen anatomique permit d'attribuer ces troubles à d'importantes lésions des plexus choroïdes, qui atteignaient leur maximum au niveau du quatrième ventricule et qui provoquaient une notable hydrocéphalie. Malgré l'aspect tuberculoïde de ces lésions, la tuberculose peut être éliminée ; par contre, les nodules folliculaires et les cellules géantes sont centrés par des formations arrondies et polycycliques d'origine vraisemblablement infectieuse ou parasitaire, que les auteurs n'ont pu rattacher à aucune étiologie connue.

Etude anatomo-clinique sur un abcès mycosique du lobe frontal. — MM. GEORGES GUILLAIN, IVAN BERTRAND et JEAN LEREBOULLET rapportent l'observation d'une malade qui avait présenté un syndrome de la fente sphénoïdale du côté droit : exophtalmie, ophtalmologie totale avec abolition complète de la vision et atrophie optique, anesthésie intéressant la branche ophtalmique et le maxillaire supérieur ; on constatait aussi un léger syndrome pyramidal gauche. L'autopsie permit de reconnaître l'existence d'un abcès froid du lobe frontal et d'un volumineux placard de méningite, qui recouvrait la pointe du bloc temporal et la partie postérieure du lobe orbitaire. L'examen histologique montre que ces lésions, malgré leur aspect macroscopique, ne sont pas d'origine tuberculeuse. La présence de nombreux filaments mycéliens à double contour permet de déceler une mycose, vraisemblablement de nature aspergillaire.

Sur une affection dégénérative spéciale pallido-dentelée se traduisant cliniquement par des phénomènes d'excitation motrice et d'hyperexcitabilité neuro-musculaire ; syndrome hypertensif terminal. — MM. G. GUILLAIN, I. BERTRAND et L. ROUQUÈS rapportent l'observation d'un jeune homme de quinze ans qui présenta pendant dix-huit mois des absences et des crampes. Ces deux symptômes avaient débuté simultanément et avaient subi des variations sensiblement parallèles. L'examen neurologique était négatif, mais les stigmates d'hyperexcitabilité motrice de la tétanie étaient au complet, puis apparurent, à côté des crampes, des crises de tétanie et des crises comitiales généralisées, des crises toniques tétanoïdes gauches ; un syndrome d'hypertension intracranienne avec stase papillaire conduisit à pratiquer une trépanation décompressive qui fut suivie de décès.

L'autopsie ne montra ni tumeur, ni méningite séreuse, mais seulement deux globus pallidus, et, dans les noyaux dentelés, une infiltration de corpuscules pseudo-calcaires presque uniquement situés au contact de l'adventice des vaisseaux ; une petite lésion de la frontale ascendante gauche paraît correspondre à un processus analogue, mais à un stade évolutif différent ; nulle part on ne trouve de réaction inflammatoire. Les auteurs discutent l'origine de ces lésions, dont la nature mycosique peut être supposée, mais ne peut être affirmée.

Un cas d'amyotrophie spinale syphilitique. — MM. J. A. CHAVANY et J. LEMANT présentent un homme de soixante-six ans, qui a été frappé d'une paralysie radiculaire supérieure du bras gauche (type Duchenne-Erb), survenue brusquement en décembre 1934. Puis il se mit à souffrir de son épaule gauche, et, quelques mois après, la racine de son membre supérieur gauche s'amaigrit. En septembre 1935 survint une atteinte beaucoup plus discrète de la racine du bras droit. Signe de Babinski à gauche, Bordet-Wassermann fortement positif dans le sang. Réaction méningée nette avec Bordet-Wassermann négatif.

Les auteurs soulignent l'intérêt sémiotique de la triade de Brissaud, qui se retrouve dans leur observation : début relativement aigu de l'affection, précession de la paralysie sur l'atrophie, existence de douleurs. Ils insistent sur un accrochage du lipiodol au niveau de la lésion spinale, accrochage qui vient objectiver l'importance de la méningite dans de tels cas qui sont anatomiquement des méningo-myélites à point de départ vasculaire et constituent comme des formes ébauchées de la pachyméningite cervicale hypertrophique syphilitique. Les amyotrophies spinales vraiment syphilitiques sont moins fréquentes qu'on ne l'a dit.

Tumeur frontale droite volumineuse. Ablation. Guérison. — MM. DE MARTEL et GUILLAUME présentent une petite fille qui souffrait de céphalée avec stase papillaire bilatérale plus marquée à gauche, sans trouble d'ordre neurologique ni psychiatrique. La ventriculographie a permis de reconnaître la présence d'une tumeur frontale droite volumineuse. Après ablation de cette tumeur, l'enfant semble en voie de guérison.

Deux cas de tumeurs de l'amygdale cérébelleuse. — MM. DE MARTEL et GUILLAUME ont opéré deux malades atteints de tumeurs de l'amygdale cérébelleuse. Chez ces deux malades, le premier symptôme de l'affection était caractérisé par des algies cervicales du côté correspondant avec irradiations vers le maxillaire et vers la région scapulaire, paroxysmes très pénibles et contracture du sterno-cléido-mastoïdien. Ce trouble avait précédé de plusieurs mois les signes d'hypertension cranienne. Chez ces deux malades, l'ablation des amygdales cérébelleuses n'a déterminé aucun inconvénient.

Observation d'un tubercule cérébral de la région pariétale enlevé chirurgicalement. — M. P. SCHMITT rapporte l'observation d'une malade qui présentait une hémiplégie gauche avec crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne et gros syndrome d'hypertension intracranienne.

L'opération permit l'ablation d'un tubercule du volume d'une grosse noix. Trois mois après l'intervention, la malade conserve son hémiplégie, mais les crises comitiales, les signes d'hypertension ont disparu, et l'état général s'est considérablement amélioré.

Débilité congénitale avec hypertonie et paratonie, opposition et négativisme ; séméiologie des réactions de blocage. — M. P. R. BIZE relate l'observation d'une jeune fille de quatorze ans qui présente : 1° une hypertonie particulière sous forme d'hypo-extensibilité des fléchisseurs ; 2° des réactions paratoniques ; 3° des réactions d'opposition avec refus systématique, négativisme, fugues.

Syringomyélie avec cheiromégalie. Rôle des traumatismes. Sensations de décharge électrique. — MM. LHERMITTE et NEMOURS AUGUSTE présentent un homme de cinquante-trois ans, dont les mains hypertrophiées ressemblent à celles d'un acromégale. Ici l'hyperplasie porte tout ensemble sur les parties molles et sur le squelette. Les os des doigts et du métacarpe sont engainés par une gangue périostée hérissée de rugosités et de soufflures. Les troubles sensitifs remontent à la jeunesse, alors que les perturbations motrices sont d'apparition récente : c'est grâce à l'absence de sensibilité douloureuse que le malade a été la victime d'accidents nombreux et violents : ceux-ci ne peuvent être incriminés à l'origine du processus syringomyélique. Des troubles sensitifs grossiers, témoins d'une grave lésion spinale centrale, peuvent donc exister pendant plus de trente ans, sans s'accompagner d'aucune autre perturbation, car chez ce malade la force musculaire resta particulièrement développée jusqu'à la cinquantaine.

Enfin le signe des sensations de décharges électriques irradiées de la nuque aux pieds, comparable sinon identique à celui que Lhermitte a décrit dans la commotion cervicale et dans la sclérose en plaques, montre bien l'origine médullaire de la perturbation sensitive.

Syndrome de Tapia. — MM. VILLARET, HAGUENAU et VERNET présentent un malade, chez lequel ils ont constaté une paralysie de l'hypoglosse gauche associée à une paralysie du récurrent gauche. L'origine de ce syndrome de Tapia est périphérique (traumatisme du larynx), comme dans les 13 autres cas publiés. Le syndrome de Jackson, au contraire, est toujours d'origine centrale.

Les réflexes antagonistes chez les parkinsonniens. — MM. TINEL, FOURESTIER et FRIEDMANN. La percussion du tendon rotulien provoque chez les parkinsonniens, en même temps que la réponse du quadriceps crural, une forte contraction des muscles antagonistes, biceps, demi-tendineux et demi-membraneux. On la perçoit nettement à la main par palpation du creux poplité, surtout si le médecin, maintenant avec son pied le pied du malade assis, empêche ainsi de se produire le mouvement d'extension du genou.

Ce n'est donc pas un réflexe provoqué par l'allongement brusque des muscles fléchisseurs, puisqu'il se produit aussi fortement sur un membre immobilisé en flexion.

C'est une exagération du phénomène normal de la *diffusion intra-médullaire* du réflexe. Il révèle, chez le parkinsonnien, un état d'*hyperexcitabilité anormale des muscles antagonistes*, tel que leur réponse au réflexe rotulien est, à l'enregistrement graphique, beaucoup plus forte que la réponse même du quadriceps crural.

Si l'on provoque une sommation de ces excitations en percutant plusieurs fois le tendon rotulien, au rythme relativement lent de 2 ou 3 par seconde, on provoque facilement un véritable *myotonus* de ces muscles antagonistes.

Mais, interrogés directement, ces muscles ne manifestent pas la même exagération de leur excitabilité propre, ni dans le mouvement de retrait à l'occasion d'une excitation douloureuse, ni dans le réflexe provoqué par la percussion de leur propre tendon. De même leur myotonus faradique ne peut être obtenu que dans les conditions normales.

Ils ne présentent donc une excitabilité anormale que dans leurs fonctions d'antagonistes ; lorsqu'ils jouent le rôle d'agonistes, ils montrent au contraire une excitabilité à peu près normale.

Cette hyperexcitabilité spéciale des muscles dans leur fonction d'antagonistes est constante dans la rigidité parkinsonnienne.

C'est, comme l'exagération des réflexes de posture, un véritable test d'une perturbation extra-pyramidale.

Sur un cas de myoclonies rythmiques continues déterminées par une intervention chirurgicale sur le tronc cérébral. — MM. PAUL DELMAS-MARSALET et LUDO VAN BOGAERT apportent aujourd'hui la relation complète d'un cas dont l'un d'eux (Delmas-Marsalet) a déjà exposé l'histoire clinique. Une intervention chirurgicale sur les centres cérébelleux est suivie : 1° de phénomènes immédiats : fourmillements dans les membres opposés et assouplissement bilatéral avec diminution du réflexe de posture ; 2° de phénomènes tardifs qui comprennent une diminution bilatérale de la rigidité, un renforcement du tremblement, une hémiplégie droite avec hyperesthésie à tous les modes, des troubles de la déglutition, une paralysie faciale gauche, un syndrome myoclonique homolatéral, un nystagmus rotatoire en direction horaire.

L'intervention a réalisé deux lésions malaciques différentes, un ramollissement partiel dans le territoire de l'artère cérébelleuse supérieure, et un ramollissement « en coin » du territoire protubérantiel latéral, dépendant de l'artère circonférentielle courte du pédoncule cérébelleux moyen.

Dans le complexe clinique, deux symptômes méritent de retenir l'attention : l'apparition, au lendemain de l'intervention, d'un nystagmus à direction horaire, et de mouvements myocloniques rythmés à localisation hémiplégique.

Il y a ici une lésion grossière du noyau dentelé, du faisceau central de la calotte, du côté où se produit la myoclonie monoplégique. La lésion expérimentale écorne le triangle de MM. Guillain et Mollaret, au niveau de son angle dentelé. Le cas présent ne permet donc plus d'envisa-

ger le problème des myoclonies rythmiques, par leur seule face olivo-dentelée.

La myoclonie monoplégique a apparu dès le lendemain de la lésion et a persisté jusqu'à la mort.

Or les lésions olivaires ne peuvent dater que de neuf jours. Elles ont certainement apparu après le syndrome myoclonique, étant donné ce que l'on sait du délai que réclame l'installation des réactions primaires et transsynaptiques. L'ordre de succession des phénomènes n'est pas favorable, dans ce cas, à l'hypothèse qui fait du syndrome myoclonique un phénomène tardif, apparu à la faveur de la dégénérescence hypertrophique secondaire de l'olive, lésion dite spécifique.

Anorexie dite mentale et hypophyse. — MM. Cossa et Bougeaut (de Nice) relatent un cas d'anorexie dite mentale traité par des injections de lobe antérieur d'hypophyse, et où l'on observa une augmentation de poids de 13 kg. 500 en dix-sept jours. Une rechute se produisit après arrêt temporaire des injections.

Tumeur du quatrième ventricule. — M. Barré (de Strasbourg) présente un enfant qui a été opéré par M. Cl. Vincent d'une tumeur du quatrième ventricule. Cet enfant, qui accusait des vertiges, ne présentait cliniquement aucun signe vestibulaire, seules les épreuves instrumentales mettaient en valeur l'inexcitabilité labyrinthique.

Psychose de Korsakoff et tuberculose. — M. L. Bethoux (de Grenoble) présente un cas de psychose polynévritique de Korsakoff au cours d'une tuberculose lympho-ganglionnaire suppurée évolutive. L'interrogatoire minutieux du sujet et de son entourage et une enquête approfondie ont permis d'éliminer le rôle de l'alcoolisme dans la genèse de l'affection.

Hémorragies cérébrales en foyer, survenant chez des sujets jeunes, porteurs de dilatation ventriculaire ancienne, à la suite d'interventions ayant rétabli la perméabilité du IVe ventricule. Du rôle de la déplétion ventriculaire post-opératoire dans la pathogénie de ces accidents. — MM. Marcel David, H. Bordet, D. Mahondeau et H. Askenasy présentent les pièces de trois sujets jeunes, porteurs de dilatation ventriculaire ancienne par sténose du IVe ventricule, et morts quelques jours après une intervention qui avait rétabli la perméabilté du IVe ventricule. Chez ces trois opérés, ils ont trouvé à l'autopsie des hémorragies en foyer au niveau des hémisphères cérébraux, alors que la zone opératoire était parfaitement nette.

Après avoir rappelé que de tels faits sont rares, les auteurs étudient la pathogénie des accidents hémorragiques. Ils font intervenir, pour une part du moins, l'action de la déplétion ventriculaire post-opératoire. Cette action serait à la fois *directe* (hémorragie *a vacuo*) et *indirecte* (action sur les centres mésocéphaliques). Les auteurs discutent aussi la possibilité d'hémorragies d'origine veineuse dans le territoire des veines de Galien. Ils étudient enfin les précautions à prendre pour remédier aux accidents de décompression post-opératoire.

Deux cas de neuro-fibromatose chez le bœuf. — MM. Ivan Bertrand, L. Blanchard et R. Vedel relatent l'étude anatomique de deux cas de neuro-fibromatose chez le bœuf. Cette affection atteint avec prédilection les nerfs intercostaux, les cordons sympathiques thoraco-abdominaux, les plexus brachiaux.

Les nodules tumoraux sont des neurinomes partiellement neurotisés, sans nodules palissadiques, ni dégénérescence microkystique.

Neuro-épithéliome intercostal chez le cheval. — MM. Ivan Bertrand, L. Blanchard et R. Vedel présentent les coupes d'une tumeur primitive d'un nerf intercostal chez le cheval, à type de neuro-épithéliome. Malgré l'absence de mitoses et de monstruosités nucléaires, il existe des métastases spléniques, rénales, hépatiques.

Les réflexes conditionnels, par MM. Marinesco et Kreindler (ouvrage présenté par M. Souques).

LIVRES NOUVEAUX

Tumeurs de l'encéphale. Contributions à l'étude anatomo-clinique des tumeurs intra-craniennes et du repérage ventriculaire (1), par D. Paulian. Préface du docteur Clovis-Vincent.

Ce livre constitue un important recueil de documents et d'observations. Il comporte un enseignement pratique d'où se dégage une grande partie de la méthode applicable en neuro-chirurgie.

Pour que les sujets atteints d'une tumeur du cerveau bénéficient d'une intervention chirurgicale, il faut que la tumeur soit reconnue d'une façon précoce, — qu'elle soit opérée par des chirurgiens qui aient l'habitude des opérations sur le système nerveux central. Pour reconnaître une tumeur du cerveau au stade où l'intervention peut être efficace, il suffit d'avoir une méthode fondée sur des points actuellement parfaitement établis. Chaque cas particulier pose un véritable problème clinique et physio-pathologique, dû à une symptomatologie très variée. L'auteur a réuni dans ce livre 46 cas de tumeurs de l'encéphale étudiés par lui-même et dont il présente une étude clinique et anatomo-pathologique très complète ; en effet, il a jugé indispensable de donner la physio-pathologie de ces 46 cas de tumeurs qu'il relate parallèlement à la description de la lésion anatomique découverte.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

FRACTURES DE JAMBE OUVERTES

Une fracture de jambe est dite *ouverte* ou *exposée*, quand le foyer de fracture communique avec l'extérieur par solution de continuité des téguments.

L'ouverture peut être *primitive*, c'est-à-dire contemporaine de l'accident ; c'est la plus intéressante à étudier. Elle peut être *secondaire*, et alors de bien moindre grande gravité.

Anatomie pathologique. — Il est classique de distinguer deux variétés de fractures ouvertes :

— Les fractures ouvertes de *dedans en dehors*, où la peau est lésée par la pointe d'un des fragments ou par distension des téguments du côté opposé au point d'application du traumatisme.

— Les fractures ouvertes de *dehors en dedans*, où le traumatisme a lui-même lésé les parties molles.

En tous cas, ces fractures sont toujours dues à des traumatismes importants, et l'on peut voir tous les intermédiaires entre la fracture avec gros broiement des parties molles et la simple ponction cutanée.

L'étude des cas moyens nous permettra de fixer l'aspect des lésions. La *peau* présente une plaie plus ou moins

(1) In-8 de 216 pages avec 189 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

étendue, déchiquetée ; elle est plus ou moins amincie, décollée des plans sous-jacents.

Les *muscles* sont contus, déchirés, formant une zone d'attrition plus ou moins étendue, présentant souvent des clapiers à distance du foyer. Des corps étrangers (terre, vêtements) viennent fréquemment souiller le foyer.

L'état des *vaisseaux* est des plus importants à préciser ; artères et veines peuvent être rompues, et il est absolument nécessaire de voir quel est l'état de vascularisation du segment sous-jacent à la fracture (recherche du pouls, oscillométrie).

Enfin l'os : la fracture peut revêtir un des types habituels de la fracture diaphysaire de jambe, mais très souvent existent des fragments intermédiaires plus ou moins gros, parfois libres de toutes connexions avec le périoste, parfois encore attenants à lui.

Reste la question de l'*infection du foyer de fracture ;* elle dépend de nombreux facteurs (nature du terrain, présence de corps étrangers dans le foyer, importance de la contusion surtout des parties molles), et l'on a pu poser à la suite de l'expérience de fractures de guerre que le temps écoulé entre l'accident et le moment où l'on voit le blessé, est le facteur principal :

Dans les *six heures,* l'infection est *latente,* virtuelle, mais elle *est néanmoins.*

Passé le délai de 6 heures, l'infection est *patente,* constituée. Cette formule reste *schématique,* mais valable pour la moyenne des cas.

Etude clinique. — Trois éventualités peuvent, en gros, se présenter :

La *très grave fracture,* réalisant un véritable *broiement du membre,* dans lequel les pédicules artério-veineux sont tellement lésés que l'indication de l'amputation se pose d'elle-même. Dans ces cas, un élément occupe le premier plan : c'est l'*intensité du schock traumatique ;* on sait toutes les discussions pathogéniques de ce schock, et il semble que l'amputation ne doit être ni trop *précoce* (prendre le temps de réchauffer, de remonter le blessé), ni trop *tardive,* si l'on admet la théorie du schock par résorption (Quénu et Delbet).

La *fracture de jambe* qui s'accompagne d'une *petite ponction cutanée,* réalisant une petite plaie, soit punctiforme soit linéaire de très petite dimension. Le diagnostic de fracture de jambe étant posé, il importe de savoir s'il y a *réellement communication entre la plaie et le foyer de fracture.* Le meilleur symptôme reste *l'écoulement continu de sang noirâtre par la plaie ;* en tous cas, il ne faut jamais explorer au stylet le trajet ; sous anesthésie, l'excision des bords de la plaie permet une exploration chirurgicale ; on en nettoie et régularise le fond, et dès lors on est autorisé à se considérer comme en présence d'une fracture fermée, c'est-à-dire de réduire et d'appareiller. Il est néanmoins prudent de surveiller l'état local et la *température* dans les jours suivants.

Mais le *plus grand nombre de cas* réalisent une fracture s'accompagnant d'une plaie large.

Le diagnostic de fracture est *évident :* l'impotence fonctionnelle, la douleur, la déformation de la jambe qui est angulée, avec rotation externe, le raccourcissement l'imposent. Il est d'autre part certain que le foyer de fracture est exposé, de par l'existence de la plaie, plus ou moins déchiquetée, contuse et souillée.

L'indication opératoire d'urgence se pose ; elle comprend deux éléments :

L'un, *indiscutable et indiscuté,* le nettoyage, l'épluchage, la *régularisation* du foyer de fracture ;

L'autre, où *les avis sont partagés* quant aux moyens employés pour assurer *la coaptation* des fragments une fois réduits.

L'emploi de la *prothèse métallique* ne peut pas être systématique ; certains cas s'y prêtent parce que vus plus tôt, parce que fracture sans esquille, avec plaie linéaire nette ; dans les autres cas, l'abstention est préférable et l'on s'en tiendra à un bon appareil plâtré pour immobiliser le mieux possible la fracture.

Il est bien rare que la certitude d'une aseptie suffisante autorise la fermeture sans drainage de la plaie opératoire ; dans la majorité des cas, *il est prudent, pour ne pas dire nécessaire,* de laisser tout ouvert avec pansement à plat. Il ne faut pas hésiter à pratiquer des contre-incisions de drainage, surtout en arrière, au travers des muscles du mollet.

En tous cas, dans les *suites opératoires,* il est à souligner les excellents résultats que donne le *pansement rare. Ne pas toucher à une fracture ouverte* bien immobilisée reste la meilleure attitude post-opératoire.

Ce n'est que dans les cas où la température montera progressivement, le pouls s'accélérera, l'insomnie et l'inappétence s'installeront, tous signes généraux associés à des signes locaux : douleur dans le foyer, sensation de striction, rougeur et œdème des téguments, qu'il faudra inspecter la plaie.

Il est sous-entendu que les injections de *sérum antitétanique et antigangréneux* devront être *faites systématiquement.*

Complications. — C'est autour d'elles que gravite la thérapeutique des fractures ouvertes de la jambe, et si, à l'heure actuelle, elles restent relativement peu fréquentes, elles aggravent considérablement le pronostic.

Mettons à part le *tétanos* et la *gangrène gazeuse.* Très fréquentes dans les fractures de guerre exposées, elles sont plus rares en pratique civile. La gangrène gazeuse se voit encore, même après intervention de nettoyage et d'épluchage du foyer de fracture. Elle est caractérisée par son évolution rapide, et il est des cas où une amputation haute, en laissant tout largement ouvert, ne suffit pas à modifier le pronostic vital. *Aussi l'injection préventive de sérum antitétanique et antigangréneux polyvalent doit être systématique.*

Les *complications infectieuses* peuvent réaliser de nombreux aspects :

Soit des *infections générales* à type de septicémies ou de septicopyohémies, dont le pronostic reste redoutable.

Mais beaucoup plus fréquemment des *infections focales :*

Suppuration des parties molles avec fusées plus ou moins à distance du foyer, d'où la nécessité de contre-incisions de drainage, surtout postérieures, dans la masse des muscles du mollet ;

Suppuration du *foyer de fracture* réalisant des ostéites souvent étendues, ayant tendance à la chronicité, avec de temps à autre des poussées aiguës parfois en relation avec l'élimination d'un séquestre.

Cet état local va entraîner une non-consolidation et peut amener au maximum une *pseudarthrose fistuleuse.*

Enfin, en dehors de toute infection patente, les fractures de jambe ouvertes sont exposées *au retard de consolidation ;* l'obtention d'un cal solide nécessite en moyenne une immobilisation de 70 à 90 jours.

Nous terminerons en signalant les *fractures de guerre.* Leur gravité venait de l'importance des délabrements ostéo-musculaires, de la fréquence des grosses pertes de substance osseuse ; aussi elles entraînaient très fréquemment une pseudarthrose fistuleuse, et il faut souligner la tendance qu'ont ces fractures, plus ou moins bien consolidées, à des *réveils infectieux,* survenant parfois des années après la blessure : poussées inflammatoires en relation avec l'élimination plus ou moins tardive d'un séquestre.

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


céréossine
défend
le bacillaire
2 à 3 cachets
par jour
LABORATOIRE DEHAUSSY . 66 . R. NATIONALE . LILLE

N° 6. — SAMEDI 18 JANVIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Un concours pour la nomination à quatre places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 24 février 1936, à 8 h. 30. Les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite anonyme.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 20 janvier au lundi 3 février 1936 inclusivement.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Sont nommés membres du jury :

Président : M. Chenevier, secrétaire général de l'Administration; MM. les docteurs Ribadeau-Dumas, médecin chef de service à la Salpêtrière; Vincent, médecin chef de service à l'hôpital de la Pitié; Tinel, médecin chef de service à la maison de retraite de la Rochefoucauld; Pollet et de Brun du Bois-Noir, médecins des hôpitaux; Auvray, chirurgien honoraire des hôpitaux; Desmarest, chirurgien chef de service à l'hôpital Ambroise-Paré; Soupault et Leibovici, chirurgiens des hôpitaux; Cathala, accoucheur honoraire des hôpitaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Weber, professeur d'histologie et embryologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est transféré, à compter du 1er janvier 1936, dans la chaire d'hygiène et hydrologie de ladite Faculté (dernier titulaire : M. Chassevent).

La chaire de pathologie générale et clinique psychiâtrique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est transformée, à compter du 1er janvier 1936, en chaire de clinique psychiâtrique (titulaire : M. Porot).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Pérard (au Maroc), Staub (à Léopoldville).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. le médecin général inspecteur Boyé; M. le médecin lieutenant Duris (à titre posthume).

Médaille de vermeil. — M. Touré, à Dakar (à titre posthume).

Médaille d'argent. — M. Yao Kissi (A. O. F.).

Médaille de bronze. — MM. Cavalade (A. O. F.), Bonnet (Cameroun), Talec (Pondichéry), Ribo (Côte d'Ivoire), Trinquier (Cameroun), Seyberlich, Miliau, Ranaivombelo et Ramarijoua (Madagascar), Changarin (Karikal).

Mention honorable. — MM. Sainte-Rose (Pondichéry), Wong (Fort-Bayard).

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'argent.* — MM. les docteurs Pierre Berchon et Marcel Loubet (de Bordeaux); Charles Loyer (de Creil).

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — *Médaille d'argent.* — MM. les docteurs Girard (de Bordeaux), Nosal (de Metz).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Lacroix (de Paris), Olieu (de Gap), Simon (de Cherbourg).

ACADÉMIE DE CHIRURGIE. — 1° La *séance annuelle statutaire* de l'Académie de chirurgie aura lieu 12, rue de Seine le mercredi 29 janvier, à 16 h., sous la présidence de M. L. Marin, ministre d'Etat.

L'ordre du jour comprend :

a. Discours de M. Pierre Fredet, président;

b. Compte rendu des travaux pendant l'année 1935, par M. Paul Moure, secrétaire annuel;

c. Eloge de M. Eugène Rochard, par M. Louis Bazy, secrétaire général;

d. Proclamation des prix décernés par l'Académie.

2° La *séance solennelle d'inauguration* de l'Académie de chirurgie aura lieu le mardi 4 février, à 21 h 30, au grand amphithéâtre *de la Sorbonne*, en présence de M. Albert Lebrun, président de la République, et sous la présidence de M. Paganon, ministre de l'Intérieur.

L'ordre du jour comprend :

1° Discours de M. Pierre Fredet, président de l'Académie de chirurgie;

2° Discours de M. le professeur Gosset, président du Conseil de l'Académie de chirurgie;

3° Remise des adresses par les délégués étrangers;

4° Discours de M. Louis Bazy, secrétaire général de l'Académie de chirurgie;

5° Discours de M. Paganon, ministre de l'Intérieur.

MÉDAILLE DU DOCTEUR H. BOURGEOIS. — La remise au docteur H. Bourgeois de la médaille due au talent de M. Fix-Masseau aura lieu dans son service de l'hôpital Laennec le dimanche 19 janvier, à 10 h. 45 du matin.

INSTITUT DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE EXOTIQUE. — Le *Journal officiel* du 14 janvier 1936 publie le règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 20 février 1928 créant un Institut de médecine vétérinaire exotique. Cet Institut est rattaché à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les docteurs Magitot, Bollack et E. Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le lundi 3 février 1936, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours.

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

RENSEIGNEMENTS

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Paul Duquennoy (de Tourcoing), Jean-Michel Schoennagel (de Saint-Venant, Pas-de-Calais); M. Jean Lassablière, étudiant en médecine à Paris.

CHRONIQUE

LE MÉDAILLON DU PROFESSEUR CHAUFFARD A L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

La semaine dernière, sous la présidence de M. Souques, a été inauguré à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, un médaillon du professeur Chauffard.

Dans une pieuse pensée de gratitude, les amis et les anciens élèves de M. Chauffard se sont réunis dans l'amphithéâtre où pendant quinze ans il donna un enseignement dont l'éclat est toujours présent à nos mémoires.

Autour de Mesdames Chauffard et Guillain, on remarquait un grand nombre de collègues et d'amis du maître, et notamment M. Siredey, ancien président de l'Académie de médecine, et M. Cunéo, représentant le doyen, absent de Paris. Des discours émus furent prononcés par M. Souques, M. Castaigne (de Clermont-Ferrand), M. le professeur Loeper, titulaire actuel de la chaire, M. Clément et le professeur Cunéo.

LE 7e ANNIVERSAIRE DE LA MORT DU PROFESSEUR F. WIDAL

Comme tous les ans, les amis et les élèves du professeur Fernand Widal se sont réunis, autour de Madame Widal et de son fils, pour se recueillir dans le souvenir du grand maître disparu.

Le professeur Fernand Bezançon, qui prit l'initiative de ces réunions à Saint-Antoine d'abord, puis aujourd'hui à Laënnec, recevait dans l'amphithéâtre Brissaud tous ceux qui n'oublient pas. Ils étaient très nombreux.

Après quelques mots de souvenir, M. Fernand Bezançon donna la parole à M. Joltrain qui fit une belle leçon sur l'Urticaire.

Ce fut pour lui l'occasion de rappeler les principales découvertes de Widal et de rappeler aussi quelques beaux traits du caractère du maître disparu.

Après la réunion, eut lieu la visite habituelle au cimetière Montmartre.


ÉPHÉDRINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement
titré à 1 centigr. de chlorhydrate
d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple,
pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par
jour, en débutant par une
dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les
2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur
demande et franco
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
3 A 8 PAR JOUR
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

*

REVUE DES THÈSES

L'action antiseptique du sulfate neutre d'oxyquinoléine (Sunoxol) vis-à-vis du B. de Löffler. Son application au traitement des porteurs de germes diphtériques (1), par A. GAYRAUD.

La désinfection des porteurs de germes diphtériques constitue trop souvent un problème auquel les moyens thérapeutiques actuels n'apportent qu'une solution insuffisamment constante et rapide. L'auteur propose l'emploi du sulfate neutre d'oxyquinoléine, qui, d'un pouvoir bactéricide élevé, très actif en milieu protéique, exempt de toxicité et de causticité, s'adapte si bien à ce traitement que le pourcentage de succès dépasse de beaucoup ceux que peuvent fournir les antiseptiques couramment utilisés.

Après une étude très documentée de l'oxyquinoléine et de ses sels au point de vue chimique et bactériologique, A. Gayraud rappelle d'abord les travaux antérieurs du professeur Lisbonne et de ses collaborateurs : Devèze et Mlle Labraque-Bordenave, qui montrèrent l'inaptitude des sérums thérapeutiques additionnés de sulfate d'oxyquinoléine à la préparation du sérum coagulé destiné à la culture du B. de Löffler. Puis l'auteur précise la technique qu'il a mise au point. Il utilise du carbonate de bismuth additionné de sulfate d'oxyquinoléine, qu'il pulvérise dans la gorge et les fosses nasales avec un insufflateur de l'Institut Pasteur (modèle des laboratoires d'armée) ; il préconise deux formules, l'une comportant :

Carbonate de bismuth....................	100 gr.
Sulfate neutre d'o.oxyquinoléine *Sunoxol*...	1 gr.

soit 1 p. 100 de principe actif ;

L'autre, contenant le double de principe actif, soit 2 p. 100.

Les trois premiers jours, pulvérisation assez abondante deux fois par jour de la poudre à 1 p. 100. A partir du quatrième jour, emploi de la poudre à 2 p. 100. Le malade doit se moucher au préalable et éviter de s'alimenter aussitôt après.

Pour les malades ayant eu la diphtérie, on commence le traitement dès leur guérison clinique. On attend d'avoir 3 examens négatifs à la suite dans un délai de 6 à 8 jours avant de libérer le porteur. Les insufflations ne sont pas douloureuses.

De nombreuses observations, avec contrôle bactériologique, permettent à l'auteur d'établir ainsi le bilan de ses essais :

Bons résultats (stérilisation en 6 à 8 jours).	81,1 %
Résultats moins rapides	16,2 %
Echecs	2,7 %

alors que les moyens classiques n'offrent que 46 à 61,7 p. 100 de bons résultats.

Cette comparaison plaide suffisamment en faveur de cette nouvelle méthode, qui mérite toute l'attention du médecin praticien.

Les hydrocéphalies aiguës et subaiguës d'origine otique. Accidents méningés otogènes purement hypertensifs, par Robert BOURGEOIS, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. 1 vol. de 178 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) *Th. de Montpellier*, 1935.

LIVRES NOUVEAUX

La tuberculose ostéo-articulaire. Evolution. Diagnostic de début et traitement (1), par Jacques CALVÉ (de Berck), avec la collaboration de M. GALLAND et M. MOZER (de Berck).

Ce n'est pas un traité et encore moins un manuel. L'auteur s'est attaché à mettre en relief dans cet ouvrage, les principes qui caractérisent l'école de Berck fondée par Victor Ménard. Le Dr Jacques Calvé, qui a été pendant près de quinze ans l'assistant de celui-ci, était plus qualifié que tout autre pour décrire cette charte de la tuberculose ostéo-articulaire avec l'autorité que lui confère une pratique de près de trente ans. Il dégage d'abord le caractère original de la tuberculose ostéo-articulaire, maladie générale comme toutes les localisations du bacille tuberculeux, mais qui se distingue de celles-ci par une évolution particulière, l'évolution cyclique, lorsqu'elle est soumise à certaines conditions de traitement locales et générales.

Un chapitre est consacré aux difficultés du diagnostic précoce de certaines localisations ostéo-articulaires du bacille de Koch. Le Dr Galland établit les règles précises qui permettent de lire une radiographie et ainsi d'éviter de grossières erreurs.

Le diagnostic de laboratoire est exposé par le Dr Mozer, depuis plusieurs années chef du Laboratoire de l'Hôpital Maritime de Berck.

Dans un chapitre — peut-être le plus important — le Dr Jacques Calvé envisage d'une façon générale le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire et il établit les possibilités et les limites de la chirurgie dans le traitement de la tuberculose chirurgicale.

L'ouvrage se termine par un exposé très court et pratique, accompagné de plusieurs figures et schémas, des méthodes et techniques qu'il emploie en collaboration avec le Dr Galland depuis plusieurs années, et en particulier dans le traitement de la coxalgie, du mal de Pott, de la tuberculose du genou et du cou-de-pied. L. G.

Manuel de Pathologie chirurgicale élémentaire (2), par le docteur Lucien DIAMANT-BERGER, lauréat de la Faculté de Médecine, ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Ce manuel de pathologie chirurgicale élémentaire a pour but de mettre à la portée de lecteurs non médecins l'essentiel de ce qu'il faut connaître en pathologie externe pour exercer une profession paramédicale. Il est rédigé avec un souci constant de clarté, dans un style dépouillé au maximum de termes techniques. Sa lecture est très attrayante et rend véritablement lumineuses les questions les plus complexes qui y sont traitées. Et pourtant aucune difficulté n'est escamotée, et rien n'est sacrifié au désir d'être compris par tous. Ce manuel est donc très complet, et son prix tout à fait modeste.

Il sera consulté avec intérêt et agrément par tous : médecins et étudiants en médecine (bien que l'auteur se défende de l'avoir écrit à leur intention), élèves infirmières, sages-femmes et dentistes, qui y trouveront tout le programme de leurs examens, enfin par bien des lecteurs profanes, simplement curieux de s'instruire.

C'est à ce titre une véritable introduction à l'étude de la chirurgie, qui n'a guère d'équivalent dans la littérature médicale. L. G.

(1) In-8 de 208 pages avec 101 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8 de 180 pages. — Prix : broché, 15 fr. — Paris, Louis Arnette.

REVUE GENERALE

LES ASPECTS NOUVEAUX DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE
SÉROTHÉRAPIE ET VACCINOTHÉRAPIE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES [1]

PAR MM.

M. COURTOIS-SUFFIT, Médecin des hôpitaux de Paris, Médecin en chef des manufactures de l'Etat, Inspecteur médical des Poudreries nationales, Expert près les tribunaux.

et

FRANCIS BOURGEOIS, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin de l'hôpital de la Glacière, Médecin en chef adjoint des P. T. T.

A la suite d'une précédente communication à la Société de Médecine légale, plusieurs de nos collègues, ainsi que de nombreux praticiens de province, nous ont demandé de revenir sur cette question et de dégager, si possible, des faits observés depuis le rapport de l'Académie de Médecine, la conduite à tenir par le médecin.

Bien des magistrats ont été, de leur côté, étonnés à la lecture de rapports d'experts médicaux de constater que beaucoup de ceux-ci n'avaient pas la même opinion sur la responsabilité de leurs confrères, d'où: jugements et arrêts, en apparence et même en réalité, contradictoires.

Nous pensons que la Société de Médecine légale pourrait intervenir utilement pour éclairer les magistrats sur ces cas particuliers de la responsabilité médicale.

Par ailleurs, la 1re Chambre du Tribunal civil de la Seine a rendu depuis notre communication son jugement, à la suite de notre expertise, et a bien voulu adopter pleinement nos conclusions.

Mon excellent ami et collègue Mauclaire, qui a déjà, de divers côtés, publié des travaux fort intéressants sur le traitement du tétanos, serait désireux également de voir une discussion s'établir sur les points suivants :

1° Des médecins ont été condamnés, d'autres acquittés pour n'avoir pas fait de sérum antitétanique ;

2° Des médecins ont été témoins d'accidents mortels à la suite d'injections de sérum antitétanique pour des blessures bénignes ; d'autres ont vu mourir du tétanos des blessés dont la plaie, minime, non souillée, rentrait précisément dans les cas prévus par le rapport de l'Académie de Médecine, où l'injection préventive n'est pas indiquée ; d'autres, enfin, après avoir développé inutilement devant un blessé atteint de plaie anfractueuse, souillée de fumier, tous les arguments en faveur de la sérothérapie préventive, ont vu la plaie guérir sans apparition du tétanos et... sans sérum ;

3° On doit donc reconnaître au médecin traitant le droit d'être le seul juge de l'opportunité du traitement par le sérum antitétanique et de l'abstention quand des contre-indications lui paraissent légitimes.

En conséquence, la vaccinothérapie préventive du tétanos, préconisée par L. Bazy et combinée aux vaccinations préventives antityphoïdiques et antidiphtériques, offrant moins de dangers, est à préconiser.

L'avis émis par l'Académie de Médecine ne paraît pas avoir donné au médecin praticien la tranquillité qu'il pouvait espérer du remarquable rapport rédigé au nom de la Commission par le Professeur Gosset.

Ce rapport, vous le savez, envisage deux catégories de blessures : les blessures superficielles, non souillées de terre ou de fumier, faciles à nettoyer et à désinfecter et dans lesquelles l'injection préventive de sérum ne s'impose pas d'une façon absolue et, d'autre part, les blessures graves, souillées, profondes, anfractueuses, difficiles à nettoyer convenablement et pour lesquelles l'injection antitétanique préventive est une nécessité.

Or, des observations abondent de plaies superficielles, pratiquement négligeables et négligées par la victime, qui se sont compliquées de tétanos, tandis que des plaies que l'on pouvait considérer comme vouées fatalement à l'infection tétanique ont guéri normalement sans traitement préventif antitétanique.

En voici deux exemples rapportés récemment par notre confrère Désarnaut, de Prouille :

Premier cas : Un habitant d'une ville arrange avec son doigt la terre d'un pot de fleurs sur son balcon. Il se fait une petite excoriation qu'il ne soigne même pas et... il meurt du tétanos. Qui aurait pu penser à faire une injection de sérum antitétanique en pareil cas ?

Deuxième cas : Notre confrère est appelé auprès d'une femme de la campagne qui, en remuant du fumier, reçoit un coup de fourche dans la main. La plaie est profonde, elle est souillée de fumier, siège à l'extrémité d'un membre, les conditions sont donc aussi favorables que possible au développement du tétanos. Le docteur Dézarnaut insiste donc vivement pour pratiquer une injection de sérum ; la blessée refuse non moins vivement... et elle guérit.

Ce qui prouve une fois de plus, écrit notre confrère, qu'on ne saurait poser de règles absolues quant à l'indication des injections de sérum antitétanique.

Rappelons que, dans l'affaire pour laquelle l'un de nous avait été commis, il s'agissait d'un jeune ouvrier dont la blessure avait été suffisamment minime pour qu'il ne se présentât même pas à la consultation du médecin... et cependant la plainte déposée contre ce dernier avait été instruite...

---

(1) Notre but, en écrivant ce travail que nous avons communiqué à la Société de médecine légale le 13 janvier 1936, a été de :

1° Renseigner les magistrats, dont nous savons tous la haute conscience professionnelle et le constant souci d'équité, pour que dans leurs jugements ils soient mieux avertis;

2° Fixer l'attention des médecins-experts, pour que, nommés dans des cas semblables, ils puissent faire précéder leurs conclusions de documents précis;

3° Enfin et surtout, éviter aux médecins praticiens dont le dur labeur se meut au milieu des pires difficultés journalières, des poursuites, des enquêtes, des inculpations et enfin des condamnations diverses.

Les faits que nous rapportons aujourd'hui sont pour la plupart postérieurs au rapport de la Commission de l'Académie de Médecine.

Rappelons encore des cas analogues signalés par Louis Bazy, de mécaniciens de chemin de fer, ayant présenté de petites éraflures pour lesquelles ils n'avaient même pas jugé utile d'aller à l'infirmerie et mourant quelques jours après du tétanos.

Signalons enfin une statistique de Bakay et Klunke, de Budapest, publiée en juin 1935 et portant sur 1362 cas de tétanos observés en 4 ans 1/2, dans laquelle cette distinction des plaies en deux catégories vis-à-vis de la possibilité d'infection tétanique paraît tout à fait en défaut.

Si, en effet, on fait abstraction de 44 cas de tétanos ombilical, de 14 gelures et de 7 brûlures, on relève, comme origine du tétanos sur les 1.297 cas restants, plus de blessures légères et superficielles que de blessures graves et anfractueuses : en particulier 499 piqûres, 27 panaris, 22 intertrigos, 25 érosions cutanées, 10 hématomes unguéaux, etc..., tandis que les blessures graves et anfractueuses ne sont que 305 écrasements, 74 sections profondes, 21 fractures, 17 plaies contuses, etc... Les lésions bénignes sont donc les plus fréquentes, aussi les auteurs ne voient-ils qu'un seul moyen efficace de prévention : la vaccination antitétanique.

Pouvons-nous, à la lumière de pareils faits, être aussi catégoriques que nos collègues experts d'Alger dont le rapport a entraîné la condamnation d'un médecin qui n'avait pas fait de sérum antitétanique, avec les attendus suivants :

« Attendu qu'un médecin est responsable d'une faute évidente qu'il a commise.

« Attendu qu'un médecin qui, acceptant de donner des soins au cas d'une blessure faite par un sabot de mulet, et par conséquent infectieuse et souillée de terre, commet une imprudence en ne faisant pas usage de sérum antitétanique, que telle est l'opinion des médecins experts désignés par le tribunal pour se prononcer sur la responsabilité du docteur P... ;

« Que le Docteur P... n'a pas fait à S. B... d'injection antitétanique.

« Attendu que le docteur P... prétend vainement que, dans la région de B..., le tétanos est rare, bien que les blessures pouvant l'occasionner soient très fréquentes ; que la sérothérapie présentant des inconvénients, il était autorisé à ne pas faire à S. B. une injection antitétanique.

« Attendu que ce moyen de défense, qui n'est pas admis par les experts, ne saurait être accueilli par la Cour ;

« Qu'en effet, la pratique des injections antitétaniques est fort connue et répandue ; que ses avantages ont été maintes fois constatés, et qu'en l'espèce, la blessure ayant été faite par le sabot d'un mulet, susceptible d'être souillé de crottin de cheval (je cite textuellement) et porteur du bacille de tétanos, ne pouvait pas être considérée comme du genre de celles où l'injection de tétanos ne s'impose point ;

« Qu'en concluant ainsi, la Cour n'empiète pas sur le domaine souvent mystérieux de la science, mais retient une faute caractérisée à raison de l'autorité incontestable qu'a acquis un traitement connu de tous les médecins, et de la nature particulièrement suspecte de la blessure ;

« Attendu qu'il n'échet pas de rechercher si la faute du docteur P.... a été lourde ou légère ; qu'il suffit de retenir qu'elle est évidente et suffisamment inexcusable pour engager sa responsabilité dans la mesure du dommage éprouvé. »

Le Docteur P... fut condamné à 18.000 fr. de dommages-intérêts.

Ces attendus sont, on en conviendra, singulièrement sévères, car, outre qu'ils ont entraîné la condamnation d'un médecin, ils n'ont laissé dans leur libellé aucune place pour une atténuation possible de la faute qu'ils lui attribuent.

Nous considérons que les attendus du jugement cidessous du Tribunal d'Espalion et de l'arrêt de la Cour de Montpellier reflètent beaucoup mieux l'état actuel de nos connaissances en matière de sérothérapie. Les voici :

Tribunal Civil d'Espalion, 10 octobre 1932 (extraits) :

« Attendu, en droit, que la doctrine et la jurisprudence s'accordent à reconnaître que, pour tout ce qui relève de l'exercice de son art, le médecin ne saurait être tenu pour responsable que de sa faute lourde, entendant par là non pas que la responsabilité médicale échappe aux principes qui régissent la responsabilité de droit commun, mais bien qu'en cette matière, particulièrement délicate, les tribunaux doivent redoubler de circonspection et ne retenir la responsabilité du médecin que lorsqu'il a commis une faute absolument évidente...

« Attendu qu'il est à remarquer, tout d'abord, que la piqûre antitétanique, même faite aussitôt après la blessure, n'est pas toujours efficace ; qu'il n'est donc pas évident et certain que cette piqûre eût évité le dénouement fatal ;... qu'il est admis, d'autre part, en science médicale, que l'injection antitétanique, qui n'est pas sans présenter, par elle-même, des inconvénients et des dangers, ne doit pas être pratiquée aveuglément dans tous les cas et quelle que soit la blessure ; que c'est ainsi que l'on peut lire dans les conclusions d'un rapport présenté à l'Académie de médecine par une commission composée de onze membres... :

« Dans tous les cas de plaies anfractueuses, dans les plaies « moins importantes, lorsqu'elles sont compliquées de corps « étrangers ou souillées par de la terre..., il est indiqué de « pratiquer la sérothérapie antitétanique. Au contraire, on « est autorisé à s'en abstenir dans les plaies superficielles, « faciles à nettoyer, dans les plaies nettes sans corps étran- « gers, non souillées de terre. »

« Attendu que le docteur T... affirme que les blessures que présentait le jeune F... rentraient dans cette dernière catégorie... ; que ces affirmations du défendeur ne sont même pas contredites par les demandeurs... qui se bornent à prétendre que le docteur T... aurait dû faire cette piqûre dans tous les cas, prétention condamnée par la thèse médicale ci-dessus mentionnée... que l'action des époux F... est donc injustifiée et doit être rejetée. »

Cour d'Appel de Montpellier (1re Ch.), 1er février 1935 :

« Attendu que les experts (3 professeurs de la Faculté de Médecine de Montpellier) ont rappelé que tous les Congrès s'étaient rangés à l'opinion que le médecin traitant en raison des dangers du traitement antitétanique, devrait demeurer seul juge de son emploi, selon la nature, le siège et la souillure des lésions ; qu'ils ont conclu que le docteur T... n'avait commis aucune faute professionnelle en ne pratiquant pas sur R. F..., un traitement antitétanique dès son premier examen du blessé ou le lendemain ;

« Attendu que cette opinion des maîtres de la science dirime le débat ;

« Par ces motifs et ceux non contraires des premiers juges..., démet les époux F... de leur appel, confirme le jugement entrepris. »

Notons que, dans les deux cas, il s'agissait d'individus du même âge, blessés tous les deux à la face. Nous n'allons pas naturellement jusqu'à dire que dans

le premier cas, le médecin avait eu raison de ne pas faire de sérum : c'eût été plus prudent, mais faut-il en pareil cas, invoquant la « possibilité de souillure par le crottin de cheval, la probabilité d'existence de spores tétaniques dans ce crottin », en déduire que le médecin a commis une faute lourde, inexcusable ?

Les experts d'Alger n'auraient-ils pas, s'ils avaient eu à éclairer le Tribunal sur le cas d'Espalion, fait remarquer que le blessé était tombé du toit de l'église sur la terre battue de la place publique, que celle-ci, pour reprendre leurs phrases, avait pu être souillée par du crottin de cheval qui pouvait contenir des spores tétaniques, etc... ? Et ils auraient entraîné la condamnation du médecin.

Inversement les trois experts de Montpellier, s'ils avaient eu à examiner l'affaire d'Alger, auraient probablement indiqué qu'il eût été plus prudent de faire du sérum en pareil cas, mais ils auraient vraisemblablement discuté favorablement les raisons d'abstention données par le médecin et auraient rappelé que l'injection antitétanique n'est pas sans dangers.

Voici, maintenant, les attendus du tribunal civil de la Seine, 1re chambre, concernant l'affaire dans laquelle nous fûmes chargés de l'expertise :

Attendu qu'à la suite d'une demande en 100.000 fr. de dommages-intérêts, introduite par le sieur T... et la femme W., son épouse, qu'il assiste et autorise, contre le Dr L..., en réparation du dommage à eux causé par la mort de Jacques, leur fils, décédé du tétanos, mort que les demandeurs attribuent au Dr L..., qui aurait omis d'injecter du sérum antitétanique à Jacques T..., soigné pour une blessure qu'il s'était faite au pied en marchant sur un clou ; un jugement de cette chambre en date du 18 juin 1934 a ordonné une expertise, confiée aux Drs Courtois-Suffit et Descomps ainsi qu'à Tripard, avoué honoraire, à l'effet de rechercher si le Dr L... avait commis une faute dans les soins donnés au blessé ; que les dits experts ont déposé leur rapport régulier en la forme au greffe le 1er mars 1935 ; qu'ils concluent que le Dr L... n'a commis aucune faute lourde dans les soins donnés au blessé, et que sa responsabilité ne saurait en aucune façon être engagée...

Attendu que les demandeurs soutiennent que les experts n'ont pas fait une juste appréciation des faits de la cause ; qu'il apparaît, au contraire, suivant leurs dires, qu'en présence de la blessure que le Dr L... était appelé à soigner et de l'origine de celle-ci, il avait le devoir de faire à Jacques T., la piqûre de sérum antitétanique qui aurait évité une issue fatale.

Attendu que cette prétention ne saurait être retenue ; qu'il résulte des faits de la cause que le jeune T..., embauché sur le chantier des travaux de la gare de l'Est, vint le 12 juillet 1929, le matin, à la suite de la blessure qu'il s'était faite au pied, au poste de secours, où une infirmière désinfecta la plaie, avec le plus grand soin ; qu'il y retourna le soir et vit à ce moment le Dr L..., qui, en présence de l'aspect bénin de la piqûre, ne lui administra point le sérum antitétanique, mais lui recommanda *formellement* de revenir le lendemain ; que malgré cette recommandation, T... s'abstint de revoir le docteur ; que c'est seulement le 21 juillet, en présence de l'aggravation de son état et sans qu'il se fût soumis à la visite du Dr L..., qu'il fut admis à l'hôpital Claude-Bernard où il décéda du tétanos le 24 juillet 1929.

Attendu que les experts faisant état de la négligence impardonnable de T..., de ne s'être point soumis à la visite médicale, font observer que les accidents infectieux qui ont débuté le 20 juillet 1929 sont certainement dus au fait non contesté que le blessé a continué à travailler en espadrilles avec des pansements insuffisamment protégés, qu'il aurait eu la négligence de ne point faire renouveler.

Qu'ils observent au surplus que le Dr L... s'est conformé aux règles classiques fixées par l'Académie de médecine, de la désinfection, du nettoyage minutieux de la plaie superficielle *non anfractueuse*, minime, sans corps étranger, non souillée de terre, dont était atteint Jacques T..., qu'ils concluent qu'une responsabilité quelconque du Dr L..., ne saurait être envisagée sans même qu'il soit fait état des conditions précaires dans lesquelles le poste de secours a été établi.

Attendu qu'il suit de là que les époux T... ne sauraient prétendre que le défaut de piqûre seul a été la cause de la mort de leur fils Jacques ;... que, bien au contraire, il ressort tant des documents de la cause que des constatations et déductions des médecins experts, qu'aucune faute ne pouvait être relevée à l'encontre du Dr L... pouvant engager sa responsabilité ; qu'il échet d'entériner purement et simplement le rapport des dits experts et de débouter les époux T... de leurs demandes, fins et conclusions comme mal fondées.

Par ces motifs : entérine le rapport des experts Courtois-Suffit, Descomps et Tripard.

Dit et juge en conséquence que le Dr L... n'a commis aucune faute pouvant engager sa responsabilité.

Déboute les époux T.... de leurs demandes, fins et conclusions comme non fondées.

Condamne les époux T... aux dépens qui seront recouvrés conformément à la loi sur l'assistance judiciaire, et dont distraction au profit de Maître P..., avoué aux offres de droit.

C'est donc contre pareilles divergences d'opinions qu'il faudrait intervenir en insistant pour que, dans une expertise médico-légale de telle nature, les experts, tout en exposant leur opinion personnelle, mettent les magistrats au courant de la difficulté qu'il y a de prendre une décision en pareil cas, laissant ensuite au tribunal, seul compétent, en dernière analyse, le soin d'émettre un jugement en toute connaissance de cause.

Nous savons bien que, actuellement, beaucoup de confrères, pour éviter des poursuites, font systématiquement du sérum préventif à tous les blessés, légers ou graves. C'est là, à coup sûr, mesure de prophylaxie utile pour le médecin qui pourra se mettre ainsi à l'abri de complications juridiques ultérieures, mais non de prophylaxie pour le blessé qui ne sera pas à l'abri d'accidents inattendus, voire mortels, dus au sérum injecté intempestivement.

***

Et ceci nous conduit à examiner un deuxième point de vue : la responsabilité médico-légale du médecin en cas d'*accidents graves ou mortels résultant d'une injection de sérum antitétanique*.

Evidemment ces accidents sont rares si l'on tient compte des milliers d'injections antitétaniques qui sont pratiquées.

Mais on peut en dire autant, inversement : les cas mortels de tétanos imputables au médecin par non-injection préventive de sérum, sont au moins aussi, sinon plus, exceptionnels.

Nous vous avions signalé dans notre dernière communication, le cas du Professeur Hardouin, de Rennes, dont la malade était morte presque aussitôt après une injection de sérum antitétanique. Ce cas fortuit

incita notre collègue à donner à son interne Beaumanoir cette question des accidents de la sérothérapie antitétanique comme sujet de sa thèse, qui fut soutenue à Paris, en 1935, il y a quelques mois.

Dans ce travail, Beaumanoir rapporte d'abord l'observation du Docteur Hardouin qui fut le point de départ de son étude et dont certains détails méritent de retenir notre attention au point de vue médico-légal.

Il s'agissait d'une femme de 30 ans, au service d'un médecin de la région, qui s'était blessée au poignet, en coupant du bois avec une hachette. Son patron, le Docteur V..., n'osa pas prendre sur lui la responsabilité de l'injection antitétanique, sa domestique ayant eu de légères crises d'asthme et quelques accidents anaphylactiques. Voyant par ailleurs la plaie s'infecter, il demanda l'avis du Docteur Hardouin. La propreté de la hache, cause de l'accident, était des plus douteuses, la plaie était infectée, suintante, du type « blessure de rue », et puis, ajoute Hardouin, « nous étions précisément à l'époque où un arrêt fameux venait de condamner gravement un médecin du Nord, coupable, aux dires du jugement, de n'avoir pas fait de sérum antitétanique chez un blessé atteint précisément d'une plaie contuse de la main et qui mourut du tétanos quelques jours plus tard ; *il valait mieux être prudent* ». Ces considérations amenèrent Hardouin à conseiller l'injection antitétanique.

Son confrère V... devait être assez inquiet de cette décision. « Il semblait, dit Hardouin, poursuivi par une sorte de hantise irraisonnée de cette petite intervention ; toujours est-il qu'il ne fit que 2 cm. cubes 1/2 de sérum. *Cinq minutes* après l'injection, syncope, crise convulsive, mort. Le drame a duré à peine quelques minutes. »

Voici donc, au point de vue médico-légal, un cas typique qui montre bien le désarroi dans lequel peut se trouver un médecin se souvenant du jugement qui a déclanché toute cette polémique. En son âme et conscience, le Docteur V... considère, en présence de cette plaie infectée, qu'une injection serait utile mais qu'elle est dangereuse en raison de l'état antérieur de la blessée. Il appelle un consultant qui, il le dit lui-même, ému par la condamnation d'un confrère, estime de son devoir de conseiller quand même l'injection ; la malade meurt de cette injection en moins de cinq minutes...

Voilà une observation singulièrement en contradiction avec les affirmations de l'arrêt de la Cour d'Alger ; elle est loin d'être la seule. D'ailleurs on connaît bien, à l'heure actuelle, les dangers des réinjections de sérum chez d'anciens blessés et la mort qui peut s'ensuivre malgré toutes les précautions d'usage.

On connaît également le risque qu'il peut y avoir à faire du sérum aux asthmatiques.

L'observation d'Hardouin en est un exemple — et plus récemment encore (*Centre Médical*, juin 1935) le Docteur Poisvert rapportait à la *Société Médicale de Gannat* deux observations d'accidents sériques très graves après injection antitétanique chez deux asthmatiques qui avaient eu des blessures souillées de fumier. Le sérum était donc nécessaire, mais les accidents furent angoissants.

Mais que dire maintenant de cas de mort survenus à la suite d'injections pratiquées chez des sujets n'ayant *aucun antécédent pathologique*, n'ayant jamais reçu antérieurement de sérum, n'ayant même jamais mangé de viande de cheval..., de tels cas ont été signalés aux *Assises Nationales de l'Assemblée de la Médecine Générale Française* par plusieurs praticiens.

Notre collègue Riche avait déjà rapporté à la *Société de Chirurgie* peu de temps avant la guerre l'observation d'une enfant de 8 ans, blessée à la main par une fourche, à laquelle on fit une injection de 10 cc. de sérum et qui mourut presque aussitôt. L'interprétation des causes de la mort avait à cette époque paru impossible.

Je crois que nous ne sommes pas beaucoup plus avancés à l'heure actuelle.

Vous rappellerai-je le cas de Moricheau-Beauchant et Fagard, de 1924. Un homme de 53 ans sans antécédents pathologiques se blesse au genou le 4 septembre et reçoit 10 cc. de sérum. Le 17 septembre, apparition d'accidents sériques (urticaire, vertiges, vomissements, troubles violents des membres inférieurs ; il meurt le 20 septembre. Les auteurs attribuent les troubles paralytiques au sérum qui paraît bien avoir provoqué des troubles médullaires à marche ascendante avec atteinte bulbaire que rien ne pouvait faire prévoir.

Le même auteur a publié il y a 3 ans deux nouveaux cas mortels suivant le même mécanisme chez des individus blessés qui, ayant reçu du sérum antitétanique, moururent après avoir présenté des signes d'hémiplégie. Ni l'un ni l'autre ne présentait d'antécédents ayant permis de prévoir les accidents.

Voici encore un cas signalé par Deroide, en 1925 : une fillette de 5 ans se pique au pied avec un clou. On fait aussitôt une injection de sérum. Deux minutes après l'injection, l'enfant porte les mains à son cou et crie : « ma gorge ». La respiration s'arrête, l'enfant devient violacée et meurt en quelques minutes.

Or, et Deroide insiste bien sur ces faits, cette enfant n'avait jamais reçu antérieurement d'injection de sérum ni d'albumines quelconques ; elle n'avait jamais mangé de viande crue, ni pris de jus de viande; elle n'était ni asthmatique ni sujette à l'urticaire. Elle n'avait jamais été malade...

Lamy-Lapeyrère, de Mussidan, a cité un cas analogue aux Assises de Médecine Générale Française, chez une enfant de 18 mois qui mourut 12 heures après l'injection de sérum.

Lachère, d'Hautefort, Lapervenche, d'Agen, Dervaux, de Saint-Ouen, ont observé des décès dans les mêmes conditions. Muller et Quenée ont rapporté, dans le *Paris Médical*, de très intéressantes observations de séquelles d'origine sérique.

Voici, enfin, une observation toute récente du Docteur Paul Maksud, de Bonneval, qui remonte au mois d'avril dernier.

« Il nous a été donné, dit le Docteur Maksud, d'observer un cas de mort à la suite d'une injection de sérum antitétanique.

Une femme de 29 ans tombée de bicyclette le 18 avril dernier, présentait une grave plaie déchiquetée du genou (mais extra-articulaire) et souillée de boue.

Après savonnage soigneux de la plaie et désinfection aussi complète que possible, nous pratiquons une injection de sérum antitétanique purifié (10 cc.) de l'Institut Pasteur, en un seul temps, la malade nous ayant déclaré n'avoir jamais reçu une injection de sérum.

Le 22 avril, vers 3 heures du matin, nous sommes mandé en toute hâte par le mari, la malade présentant, depuis deux jours, une élévation de température dépassant 40°, du délire, des vomissements. Avant notre arrivée, elle a tenté de se lever, mais elle s'est écroulée sans connaissance.

Etat comateux, éruption urticarienne généralisée, sur fond livide rouge, notamment au niveau de la piqûre. Dyspnée ; extrémités froides et sueurs profuses. Pouls imperceptible.

Huile camphrée et adrénaline en injections sous-cutanées. La malade se réveille et nous reconnaît, mais pour retomber peu après sans connaissance.

Quelques heures plus tard, les mêmes injections furent reprises, mais sans succès. A midi, la malade était morte.

Il nous a semblé que ce cas méritait d'être signalé à l'attention des praticiens.

A l'exposé de tous ces faits, on ne peut s'empêcher de remarquer que dans bien des cas la plaie initiale était minime, pas forcément tétanigène et que c'est au sérum seul qu'il faut imputer le décès.

C'est à la lumière de telles constatations que certains chirurgiens, et non des moindres, ont pu déclarer que, en cas d'accident, ils refuseraient toute injection de sérum antitétanique.

Il y a là, de toute évidence, une autre exagération non moins manifeste et nous ne voudrions pas qu'on pût penser que nous sommes hostiles à la sérothérapie antitétanique. Bien au contraire, nous en sommes de fermes partisans, mais ce que nous ne voudrions pas c'est que, au nom de principes rigides et par conséquent inapplicables en pareille matière, on vienne inquiéter le médecin, et même le condamner.

Les cas de mort inexpliquée par sérum antitétanique que nous rapportions plus haut doivent suffire à notre avis pour démontrer qu'aucune règle impérative ne peut être imposée au médecin qui, seul, est juge, ayant devant lui tous les éléments d'appréciation, de savoir s'il doit ou non intervenir.

Qu'il intervienne, qu'il s'abstienne, quelles que soient les conséquences de son attitude, jamais on ne pourra parler de faute professionnelle dans les cas douteux, pour une plaie vraisemblablement non tétanigène ou chez un sujet déjà sensibilisé ou encore présentant une susceptibilité individuelle au sérum.

Et, avec le Docteur Hardouin, nous disons que l'on doit faire confiance à la conscience professionnelle du médecin. « Sa décision doit garder sa pleine indépendance à laquelle on ne saurait porter aucune atteinte quelles que soient les conséquences, qui sont imprévisibles de l'emploi ou de l'abstention du sérum antitétanique. »

D'autant plus que, dans ces cas douteux dont nous parlions il y a un instant, intervient un autre élément de discussion que Marfan, dès 1925, à la Société Médicale des Hôpitaux, définissait de la façon suivante : « Si l'on n'est que très vaguement convaincu de l'utilité de l'injection de sérum, il est bon, avant de la faire, de réfléchir qu'elle va mettre le malade en état d'anaphylaxie, c'est-à-dire dans un état d'infériorité

le jour où il aura besoin d'une sérothérapie spécifique ».

« Ne pratiquer la sérothérapie qu'à bon escient », telle est également la conclusion de Louis Bazy que nous ferons nôtre.

Mais ajoutons, au point de vue médico-légal, que l'impossibilité de prévoir, bien souvent, si des accidents sont possibles ou non, doit être suffisante pour mettre le médecin, quelle que soit la décision qu'il a prise, à l'abri des conséquences judiciaires.

D'autant que voici que le problème se complique encore pour lui.

Jusqu'ici, on n'avait observé d'accidents qu'à la suite d'injections de sérum. On avait toujours considéré que les injections de vaccin ne donnaient à peu près jamais d'accidents, nous en sommes encore persuadés. Pourtant l'observation rapportée par Jean Olmer et Jean Paillas (*Paris-Médical* 28 septembre 1935) d'un décès à la suite d'injection de vaccin bronchopneumococcique mérite de retenir notre attention : Il s'agissait d'un homme de 35 ans, atteint de bronchopneumonie traînante, qui après trois injections de vaccin fit une réaction vaccinale du type sérique rapidement compliquée d'une polynévrite ascendante aiguë qui se termina par la mort par atteinte bulbaire.

Il peut donc exister, à la suite de la vaccinothérapie, des accidents absolument identiques aux accidents sériques qui paraissent relever également d'un choc colloïdoclasique.

De pareils faits avaient déjà été observés avec d'autres vaccins : antistrepcococcique, anticholérique et surtout antityphoïdique, et nous nous rappelons tous la terreur qu'inspirait il y a quelques années la vaccination antityphoïdique aux soldats, sans raison, bien entendu.

Mais il suffit que de pareils faits puissent se produire pour qu'un jour on vienne rendre le médecin responsable ; et c'est cela qu'il faut absolument éviter en insistant formellement sur l'impossibilité de prévoir ces accidents, car il serait désastreux que, pour assurer sa tranquillité personnelle, le médecin fût entraîné tantôt à faire systématiquement du sérum dans le cas du tétanos par exemple, tantôt à s'abstenir non moins systématiquement de toute sérothérapie ou de toute vaccinothérapie dans les cas où sa responsabilité pourrait être engagée du fait d'un accident thérapeutique.

L'évolution de la jurisprudence en matière de responsabilité médicale s'est singulièrement étendue ; la mise en cause de la responsabilité du médecin, de plus en plus fréquente, l'expose, en ce qui concerne la sérothérapie et la vaccinothérapie dans le tétanos et les autres maladies infectieuses, à des poursuites selon :

Qu'il n'a pas fait une injection de sérum jugée après coup indispensable par la famille ou les héritiers ;

Qu'il a fait une injection de sérum qui a provoqué la mort et qu'on considère alors comme ayant été inutile ;

Qu'il a institué un traitement vaccinal qui a provoqué des accidents graves ou mortels, alors qu'il aurait pu instituer un autre traitement moins dangereux.

Peut-être verrons-nous même un jour un médecin poursuivi pour avoir, plusieurs années auparavant, fait une injection de sérum ayant rendu inopérante, quelques années plus tard, une nouvelle injection sérique pratiquée pour une autre maladie.

C'est pourquoi nous venons avec notre Collègue Mauclaire, de demander à la Société de Médecine Légale de France d'émettre le vœu suivant :

« Vœu de MM. Courtois-Suffit, Mauclaire et Francis Bourgeois :

Etant donné que des médecins ont été condamnés pour n'avoir pas fait des injections préventives de sérum antitétanique ;

Etant donné que d'autres médecins ont pu être inquiétés (enquêtes de police, menaces de poursuites) pour avoir eu des accidents graves ou mortels à la suite d'injections de sérum antitétanique et même de vaccins au cours de certaines maladies infectieuses ;

Etant donné que dans certains cas une injection inutile de sérum peut hypothéquer l'avenir du sujet ;

La Société de Médecine Légale de France émet ce vœu :

I. Le médecin traitant est et demeure le seul juge de l'opportunité du traitement par le sérum antitétanique.

II. Ce traitement est indiqué et recommandé dans la plupart des cas ; mais, étant donné que la sérothérapie peut provoquer des accidents graves, voire même mortels dans certains cas, les uns prévisibles (asthme, sujets déjà traités par un sérum ou atteints de lésions rénales ou cardiaques graves), les autres absolument imprévisibles (attribués alors à un choc colloïdoclasique), on ne peut rendre le médecin responsable ni de l'abstention de sérum, ni de son emploi en pareil cas.

III. Dans le cas particulier du tétanos, la vaccinothérapie, combinée ou non avec celle contre la fièvre typhoïde et la diphtérie, est le moyen le plus sûr de protéger contre l'infection les sujets exposés aux traumatismes : il est désirable d'en voir l'usage rapidement étendu dans les écoles, l'industrie, l'armée, etc... »

Je me permets, en terminant, de rappeler que, pendant la guerre, j'ai publié avec mon assistant à l'Hôpital militaire, le Docteur René Giroux, un petit livre sur les tétanos partiels.

Cet opuscule a eu l'honneur d'être préfacé par mon vieil et regretté ami F. Widal qui, dans cette préface, écrivait ceci :

« *De même que j'ai assisté parfois à l'évolution d'une fièvre typhoïde atténuée chez des sujets insuffisamment vaccinés, de même, le tétanos peut rester localisé au membre traumatisé lorsque l'immunisation a été incomplète. Le tétanos représente alors un bel exemple de ces types morbides modifiés dont la médecine préventive est en train de doter l'histoire naturelle des maladies infectieuses.* »

Si donc, ajouterai-je, la vaccinothérapie antitétanique — et je suis persuadé qu'elle peut éviter complètement l'infection tétanique — limitait les accidents à un tétanos partiel, elle aurait quand même bien mérité de l'humanité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1935)

Etude de l'organisme isolé d'une arthrite sporotrichosique primaire avec métastase vertébrale. — MM. A. et R. SARTORY et J. MEYER.

Phénomènes anaphylactiques interchangeables. — MM. W. KOPACZEWSKI et Stanislas MARCZEWSKI.

Sur le mode d'action des corps radioactifs sur les protéides. — M. Jean LOISELEUR.

Essais de vaccination avec les rickettsias du virus murin I de Tunis. — Mme Hélène SPARROW (présentée par M. Charles NICOLLE).

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1936)

De la variation de la chronaxie du tronc nerveux moteur sous l'action prolongée du chlorhydrate de cocaïne et de la novocaïne. — MM. Jean RÉGNIER, B. BRIOLET et André QUEVAUVILLER.

Transmission de la peste porcine au cobaye avec passage en série. Perte de virulence rapide pour le porc dès le premier passage du virus au cobaye. — MM. F. LE CHUITON, Ch. MISTRAL et J. DUBREUIL.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1936)

Notice. — M. André MAYER lit une très belle notice sur M. Charles RICHET. Sa lecture a été écoutée avec un véritable recueillement par l'Académie, et ce fut un très émouvant hommage rendu à la mémoire du maître disparu.

Rapport. — M. BARRIER, au nom de la section vétérinaire, lit le rapport suivant

« Le Bureau de l'Académie de Médecine a renvoyé à l'examen de la Section vétérinaire, une lettre de M. le Ministre de l'Agriculture, demandant à notre Compagnie de vouloir bien lui faire connaître le plus tôt possible son avis sur le projet de loi, déposé le 30 mai 1935 sur le Bureau de la Chambre des Députés, relatif à *l'exercice de la médecine vétérinaire.*

M. le Ministre croit devoir souligner l'importance de l'initiative gouvernementale qui tend à écarter de nos campagnes les pratiques irrationnelles et parfois dangereuses appliquées aux animaux de ferme par des guérisseurs sans aucune formation technique.

Il ajoute, d'autre part, que le projet s'attache à accorder une juste consécration au diplôme de docteur-vétérinaire délivré par les Facultés de médecine.

En nous consultant, M. le Ministre montre qu'il se préoccupe aussi du rôle de plus en plus important joué par les vétérinaires en ce qui concerne la protection de la santé publique.

Du point de vue purement juridique, en assujettissant les personnes qui s'adonnent à l'art de guérir les animaux à

certaines conditions, prises pour la sauvegarde des intérêts de la Société, lesquelles n'ont d'ailleurs rien de contraire au principe de la liberté des professions, le législateur ne ferait donc qu'étendre à l'exercice de la médecine vétérinaire les dispositions dont il s'est inspiré en votant la loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine humaine et de l'art dentaire en France.

Du point de vue humain, le projet apparaît comme très libéral, puisqu'il respecte, à titre transitoire, les situations acquises, en reconnaissant aux guérisseurs patentés depuis deux ans au moins, la faculté de continuer l'exercice de leur profession leur vie durant (art. 6).

Il suffit de se reporter à l'exposé des motifs et au texte du projet de loi pour se convaincre que les dispositions édictées sont étroitement motivées par d'uniques considérations d'intérêt public, tant pour la conservation de notre cheptel national que pour la protection de la santé humaine.

N'est-ce pas au vétérinaire que doit incomber le contrôle sanitaire des denrées alimentaires d'origine animale, comme la prophylaxie et la lutte contre les infections microbiennes ou les infestations parasitaires des animaux transmissibles à notre espèce ?

Un simple exemple :

La maladie du bétail, désignée sous le nom *d'avortement épizootique*, qui est provoquée par un microbe bien connu (*b. abortus*), mais dont les rapports avec celui de la *fièvre ondulante* de l'homme (*b. melitensis*), sont de plus en plus troublants, ne nécessite-t-elle pas, pour l'institution d'une prophylaxie efficace, la collaboration étroite de médecins et de vétérinaires éclairés ?

L'empirisme agit sans discernement, et il entretient, de ce fait, les contages parfois les plus redoutables au lieu de les prévenir et de les combattre. S'il n'est pas fatalement charlatanesque, il demeure toujours le parasitisme malfaisant des professions libérales, dont le titre universitaire mérite pour cela d'être protégé.

C'est pourquoi votre Section vétérinaire a l'honneur de vous proposer l'adoption de la résolution suivante, en réponse à la lettre de M. le Ministre de l'Agriculture :

« *L'Académie de médecine, sur la proposition de sa Section de Médecine vétérinaire,*

Considère qu'à tous égards, et pour les motifs exposés dans le présent rapport, il est d'intérêt public de réserver aux seuls vétérinaires et docteurs-vétérinaires, l'exercice de la médecine vétérinaire dans les conditions stipulées par le projet de loi envisagé. »

Cette résolution mise aux voix est adoptée à l'unanimité. Nous publions plus loin (p. 102) le texte du projet de loi.

La « réaction du cancer » d'Aron. — M. Béclère, au nom de MM. Stolz, Aron, Weiss et Küntzmann, apporte le résultat de recherches sur la valeur théorique et pratique de la réaction du cancer d'Aron. Cette technique nouvelle est destinée à mettre en évidence un principe contenu dans l'urine des cancéreux. Elle est douée de la propriété de provoquer des modifications du cortex surrénal. Les auteurs apportent des statistiques qui montrent que la technique est passible d'être améliorée. Elles autorisent l'espoir que du plan théorique, il sera ultérieurement permis de passer à celui des applications pratiques.

Fréquence de la paralysie générale chez l'indigène de Cochinchine. — M. Derolle. Contrairement à la notion traditionnelle, des recherches récentes ont montré la fréquence de la syphilis nerveuse latente et du tabès chez l'indigène de Cochinchine (Montel, Motais, Tung). L'auteur montre que le dépistage de la paralysie générale dans un service spécialisé, prouve la fréquence de cette maladie chez l'indigène : 27 cas en 18 mois sur 298 malades mentaux. Le diagnostic est appuyé dans tous les cas par les réactions biologiques qui confirment les symptômes psychiques et neurologiques. La paralysie générale évolue dans la très grande majorité des cas chez des sujets non traités antérieurement, impaludés naturellement, soumis à l'action continue des rayons solaires et des infections cutanées, exempts de tout surmenage intellectuel, ce qui contredit les théories émises sur le rôle des traitements insuffisants, de l'infection palustre, de l'allergie cutanée, du surmenage intellectuel, dans la détermination neurotropique du virus.

Une nouvelle conception de la régulation de la pression artérielle. — M. le prof. Pouchet expose les résultats des expériences de M. Raymond Hamet, qui montrent qu'il suffit d'augmenter le tonus du système nerveux sympathique pour qu'une injection d'adrénaline abaisse la pression artérielle au lieu de l'augmenter comme elle le fait normalement. L'auteur admet l'existence d'une régulation humorale de la pression artérielle, les capsules surrénales pouvant provoquer par une augmentation appropriée de leur sécrétion, soit l'abaissement d'une pression excessive, soit la hausse d'une pression insuffisante.

L'alimentation dans le monde et la Société des Nations. — M. Lapicque.

Ostéoporose tibio-tarsienne rhumatismale et radiothérapie paravertébrale dorso-lombaire. — MM. Gaudier et Desplats.

Un cas d'actinomycose vertébrale primaire due à un actinomyces nouveau. — MM. A. et R. Sartory et J. Meyer.

L'optimum thermique et le développement des jeunes mammifères. — M. Baccino.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 22 novembre 1935)

Hyperazotémie post-opératoire. Elément de pronostic favorable. — MM. P. Duval et J. Charles-Roux. On a coutume de considérer comme défavorable un taux élevé d'azotémie après les interventions. Les auteurs affirment l'opinion contraire. Ils exposent qu'il y a deux azotémies : l'A. de rétention chez les sujets à rein taré, et l'A. de formation qui se voit chez les opérés à reins sains, et qui résulte de l'introduction dans le sang de produits, de polypeptides, provenant des tissus dévitalisés, devant se transformer en urée si le foie est suffisant. En somme l'hyperazotémie isolée a une valeur pronostique discutable : on peut dire : 1° une azotémie et une polypeptidémie croissantes n'ont un mauvais pronostic que si la polypeptidémie augmente ; 2° une azotémie normale avec polypeptidémie croissante est de mauvais pronostic ; 3° une azotémie élevée avec polypeptidémie normale est de bon pronostic, car elle est « de formation » et non « de rétention ».

Cette communication donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Rathery, Labbé, Brulé, Bernard, qui confirment les conclusions précédentes.

Paraffinome ulcéré du cou-de-pied. — MM. Flandin, Poumeau-Delille, Israel. Ce paraffinome a réalisé une véritable tumeur bénigne. Le malade s'était injecté la paraffine pour échapper au service militaire. Tumeur bien tolérée pendant 18 ans. Au bout de ce temps, apparition d'une zone de nécrose. La radiothérapie a donné d'heureux résultats.

Troubles humoraux au cours de la maladie d'Addison. — MM. Rathery, J. Hesse et Roy signalent les signes accessoires suivants : hyperazotémie avec polypeptidémie sans

lésion rénale ; inversion du rapport sérine-globuline ; hypochlorémie ; hypoglycémie et hyperprotéidoglycémie.

Hémiplégie marquant le début d'une septicémie éberthienne à forme vasculaire. Réaction méningée ; culture du liquide céphalo-rachidien positive au bacille d'Eberth. — MM. DE LUNA et JOUVE. Enfant ayant présenté successivement une hémiplégie par artérite de la sylvienne, suivie de réaction méningée ; une artérite de la jambe et une phlébite du membre opposé. Il s'est agi d'une septicémie éberthienne. A noter la rareté de l'hémiplégie typhique chez l'enfant et la rareté d'une culture du liquide céphalo-rachidien positive pour le B. d'Eberth.

Réactivation des séro-agglutinines typhoïdiques chez un ancien vacciné, porteur d'un phlegmon périnéphrétique. — MM. WAITZ et PERNOT (Strasbourg). Observation d'un malade ayant subi 20 ans auparavant la vaccination antityphoïdique et porteur d'un phlegmon périnéphrétique incisé le 39e jour. Cinq séro-diagnostics donnèrent des résultats variables, d'abord négatifs, puis positifs, puis négatifs. Cette réaction dissociée peut induire en erreur.

Hormone cortico-surrénale et maladie d'Addison. — M. DE GENNES apporte trois cas d'échec de l'hormone cortico-surrénale. On est autorisé à conclure que si la cortine a apporté un progrès certain, elle ne doit pas être considérée comme infaillible. On peut noter des cas de cortico-résistance, parfois d'emblée. Dans les asthénies banales, on note parfois de bons résultats. L'échec paraît complet dans les asthénies psychiques (mélancolie). Dans un cas de myasthénie d'Erb-Goldflam, le résultat a été remarquable.

Anémie splénique hémolytique et dystrophie cranienne. Syndrome de Gäusslen. — — MM. CATHALA, DUGAS et ABAZA. Enfant de 6 ans portant : 1° une anémie splénique hémolytique avec ictère ; 2° une dystrophie cranienne-oxycéphalée avec gouttière verticale postérieure. C'est un exemple des faits signalés par Gäusslen appartenant au tableau régulier de la constitution morbide héréditaire et familiale qui commande les syndromes d'anémie et d'ictère hémolytique. Ce fait soulève la question de la valeur de la dystrophie cranienne et de l'étiologie syphilitique. La question du traitement syphilitique est discutée par MM. FLANDIN, BRULÉ, LABBÉ, PINARD et NETTER.

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1935)

Le début des ulcères. — MM. GUTMANN et VOULPIOTIS. Communément, le début d'un ulcère se fait brusquement par une première poussée identique aux suivantes : les images radiologiques sont d'emblée nettes, ce qui s'explique par ce fait que leur substratum est une ulcération entourée de gonflements inflammatoires. L'ulcère débute même chez les gens âgés. Une histoire récente de douleurs gastriques survenues pour la première fois pose le diagnostic soit d'ulcère, soit de cancer. Un signe important de bénignité est la disparition des images radiologiques après la fin de la poussée.

Anémie pernicieuse et tuberculose. — MM. CAIN, CATTAN et BENSAUDE. Femme de 45 ans atteinte d'anémie pernicieuse, hyperchromie, mégalocytaire, mégaloblastique, avec glossite, hypochlorhydrie, signes neurologiques. Sous l'action de l'hépatothérapie on assiste à l'amélioration de l'affection, tandis que s'aggrave et se dissémine une tuberculose aiguë. Un tel contraste permet d'espérer qu'en se fondant sur l'action de l'hépatothérapie on pourra différencier, au cours de la tuberculose, les anémies symptomatiques de celles nommées maladie de Brosmer.

Azotémie hépatique et polypepdidémie hépatique. — M. N. FIESSINGER. Le syndrome polypeptidotoxique s'accompagne de signes méningés et de torpeur cérébrale. La polypepdidémie hépatique s'oppose à l'hyperazotémie post-opératoire, plus bénigne et plus passagère dans laquelle la fonction uréogénique est épargnée.

Spirochétose ictérigène avec myocardite. — MM. MARCHAL, SOULIÉ et ROY. Un cas de cette maladie au moment de la convalescence de laquelle apparurent la dyspnée, la cyanose avec galop présystolique. L'électrocardiogramme montra des modifications des complexes. Crochetage de Q. R.S., allongement du PR, aplatissement de T.

Prurit rebelle relevant d'un tabès fruste. — MM. URECHIA et DRAGOMIER (Cluj). Cas typique ayant régressé sous l'influence d'injections de néo-salvarsan et de bismuth liposoluble.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1935)

Côtes cervicales. — M. PICOT verse aux débats une observation d'artérite du membre supérieur compliquée de troubles trophiques importants. La radiographie montre l'existence de côtes cervicales longues bilatérales ; on note en outre une soudure des deuxième et troisième vertèbres cervicales, l'odontoïde se détachant de la troisième cervicale. A l'intervention, l'artère présente une dilatation fusiforme assez importante siégeant en aval de la côte supplémentaire. La résection de la côte amène une amélioration importante de tous les symptômes.

Rétention prolongée d'un bouton anastomotique dans une bouche de gastro-entérostome — M. L. BAZY rapporte une observation de M. Pelle (Rennes), qui a eu l'occasion d'enlever un bouton, en rétention depuis quatre ans ; le rapporteur a observé personnellement une rétention de deux ans, et en profite pour signaler quelques inconvénients du bouton anastomotique.

Tumeur métastatique de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. BRAINE complète l'observation qu'il a présentée voici un an à la Société ; il s'agit d'une métastase d'un hypernéphrome que l'auteur a pu opérer ; il insiste sur la difficulté du diagnostic radiographique des tumeurs osseuses et sur les dangers de l'ostéotomie exploratrice. Dans son cas, le malade fut amélioré par la radiothérapie.

Epiphysite de la crête iliaque. — M. SORREL a eu l'occasion d'observer avec MM. DERIEUX et BOËLLE deux cas d'épiphysite de la crête iliaque ; chez ces deux malades, il y avait en même temps apophysite vertébrale et calcanéenne. L'auteur à ce sujet montre l'unité de toutes les dystrophies osseuses de l'adolescence et refuse au traumatisme tout rôle localisateur. Il s'agit vraisemblablement d'une mutation calcique anormale, probablement sous la dépendance d'une dysfonction glandulaire. Du point de vue thérapeutique, l'auteur a obtenu des succès paradoxaux par les tunnellisations qu'il a pratiquées au cours de biopsies, et envisage la possibilité d'obtenir des améliorations par les infiltrations périarticulaires d'histamine. Il rappelle en terminant que les nombreux examens histologiques qu'il a fait pratiquer n'ont jamais montré la moindre anomalie.

M. MATHIEU ne croit pas qu'il y ait intérêt à réunir des affections aussi dissemblables que les scaphoïdites et les épiphysites vertébrales ou fémorales.



ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT

Réaction de Vernes-résorcine et tuberculoses ostéo-articulaires. — MM. RICHARD, MOZER et Mlle POIDEVIN ont étudié la réaction de Vernes-résorcine chez 120 enfants atteints de tuberculose ostéo-articulaire, et son importance du double point de vue diagnostic et pronostic ; la réaction ne fut positive que dans 25 p. 100 des cas et ne paraît avoir aucune valeur pronostique.

Côlectomie pour cancer du côlon ilio-pelvien. — M. MOULONGUET rapporte un travail de M. R. Bernard qui préconise la côlectomie faite en un temps sous le couvert d'une entérostomie du grêle à la Witzel, et s'en déclare satisfait.

Anévrisme artério-veineux carotido-caverneux avec exophtalmos pulsatile. — M. PETIT-DUTAILLIS analyse une observation de MM. A. Monteiro et P. Filho (Rio de Janeiro). Après avoir eu un échec par ligature simple de la carotide primitive, ces auteurs ont réalisé indirectement une ligature de la carotide interne en liant dans un même temps la carotide externe et la thyroïdienne supérieure. M. Petit-Dutaillis rappelle à ce sujet les travaux de Cauchois et précise que la ligature de la carotide interne est actuellement bien réglée et sans danger, à la condition d'être faite sur des malades bien étudiés et bien préparés par des séances multiples de compression de la carotide interne. De plus, pendant l'intervention, il faut faire d'abord une ligature temporaire et, s'il est besoin, faire la ligature en deux temps, qui est sans danger à la condition d'être faite à l'aide d'une bandelette de fascia lata. Cette méthode paraît très supérieure à la ligature des veines péri-orbitaires.

PROJET DE LOI RELATIF A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

Le Président de la République française,

Décrète :

Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des Députés par le Ministre de l'Agriculture, qui est chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

Article premier. — Sont seuls autorisés à exercer la médecine des animaux, sauf exceptions prévues à l'article 6, les citoyens français possesseurs du titre de vétérinaire délivré par les Ecoles nationales vétérinaires françaises ou de celui de docteur-vétérinaire délivré par les Facultés de Médecine de Paris, de Lyon ou de Toulouse.

Art. 2. — Les vétérinaires ou docteurs-vétérinaires sont seuls requis par les autorités administratives ou judiciaires pour tous actes de leur compétence.

Art. 3. — Tout vétérinaire ou docteur-vétérinaire désirant exercer sa profession est tenu, dans le mois qui suit son établissement, de faire enregistrer, sans frais, son titre à la Préfecture de son département et au greffe du Tribunal civil de son arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département, oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Art. 4. — Il est établi chaque année, dans chaque département, une liste portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des vétérinaires ou docteurs-vétérinaires visés par la présente loi. Cette liste est affichée dans toutes les communes du département.

Art. 5. — Exerce illégalement la médecine vétérinaire toute personne non désignée à l'article premier qui, de façon habituelle, avec ou sans rémunération, pratique la médecine ou la chirurgie des animaux.

Art. 6. — A titre transitoire, les personnes donnant des soins aux animaux et imposées à ce titre à la patente depuis deux ans au moins au moment de la promulgation de la présente loi, sont autorisées, dans les limites légales, à continuer, leur vie durant, l'exercice de leur profession. Elles devront demander leur inscription à la Préfecture du département de leur résidence sur un registre spécial qui sera clos deux mois après la publication de la présente loi.

En cas de litige sur le droit à l'inscription prévue ci-dessus, le préfet se prononce après avis d'une Commission composée d'un fonctionnaire de l'administration préfectorale, du directeur départemental des services vétérinaires et d'un membre élu par la Chambre d'Agriculture.

Art. 7. — Sont punies d'une amende de 500 à 1000 francs, toutes infractions à la présente loi. En cas de récidive, les amendes seront doublées et une peine de un à trois mois d'emprisonnement pourra être prononcée.

Fait à Paris, le 29 mai 1935.

Signé : Albert LEBRUN.

Par le Président de la République :

Le Ministre de l'Agriculture,

Emile CASSEZ.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 31 janvier. — Jury : MM. Balthazard, président ; Carnot, Desgrez, Piédelièvre. — M. ANGELIER. Sur l'étiologie des ictères de la chimiothérapie. — M. PELLETEUR. Etude des polypeptides. — M. ROBERT. Etude des calcifications pleurales.

Mercredi 22 janvier. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Harvier, Lacomme. — M. LEWLUNSKA. Vraies et fausses grossesses extra-utérines, intraligamentaires. — M. RIVERON. A propos du carcinome de la prostate. — M. DE CHIRAC. Etude de la maladie de Mikulicz.

Jury : MM. Tanon, président ; Henri Bénard, Joannon, Vallery-Radot. — M. DELIGDISCH. L'infection diphtérique des plaies. — M. GORDON. Epidémiologie, sérothérapie et vaccination contre la poliomyélite épidémique aux Etats-Unis. — M. GOTTELAND. La santé par la terre, le Dr Lancry et son œuvre médicale. — M. PHAM-QUANG-ANH. Pratique obstétricale dans la médecine sino-annamite. — M. REWITCH. Les gaz de combat. Historique de protection.

Jeudi 23 janvier. — Jury : MM. Cunéo, président ; Lemaître, Lenormant, Schwartz. — M. CHÔMET. Technique orthopédique et mécanisme de la réduction des fractures transversales sus-condyliennes de l'humérus chez l'enfant. — M. VOULÉTITCH. Etude du traitement chirurgical de la maladie de Basedow. — M. COUTURIER. Des imperforations congénitales de l'œsophage. — M. CAILLARD. A propos d'un cas d'occlusion tardive par l'anse afférente après gastrectomie.

Jury : MM. Bezançon, président ; Guillain, Laignel-Lavastine, Boulin. — M. GAU. Hormonothérapie génitale. — M. JAUTOT. Etude des troubles fonctionnels de la circulation dans les extrémités des membres. — M. MARCHAND. Sur quelques formes particulières de l'amylose rénale. — M. DE PALMA. L'hémiplégie spinale ascendante chronique. — M. CHAIGNEAU. Illustration anatomique dans l'œuvre d'André Vésale.

Jeudi 23 janvier. (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Tanon, président ; Panisset, Vergé. — M. BELLOEUF. Viandes hydrohémiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 7. — MERCREDI 22 JANVIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — PRIX DE L'INTERNAT. — *Epreuve théorique anonyme.* — Questions données : « Les lymphatiques de l'appareil génital de la femme. — Le cancer du corps de l'utérus. »

Questions restées dans l'urne : « Les vaisseaux sanguins et lymphatiques du testicule. — Les orchi épididymites non tuberculeuses. — Les lymphatiques de la mamelle. — L'envahissement ganglionnaire dans les cancers de la mamelle et les indications qui en résultent pour la technique opératoire de l'ablation du sein cancéreux. »

Notes données aux mémoires :

MM. Aboulker, 19; Barraya, 18; Boudreaux, 19; Calvet, 17; Coeu, Lance, Lauret, 18; Mialaret et Viala, 20.

— PRIX FILLIOUX. — Jury : oto-rhino-laryngologistes. MM. Rouget, Aubry, Lemaître; médecin, M. P.-E. Weil; chirurgien, M. Cadenat.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. Corsy, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er janvier 1936, professeur d'anatomie à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.

— TOULOUSE. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er janvier 1936, à M. Nanta, agrégé libre, chargé de cours permanent, et à M. Brustier, agrégé pérennisé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Lahaye (de Longuyon), Téchoueyres, directeur de l'Ecole de médecine de Reims.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Breteille, Carteaud, Jean Crouzat (de Paris), Darras (de Saint-Omer), Gassend (de Digne), Huchot (de Paris), Liautard (de Marseille), Oberlin (de Paris), Pize (de Quingey). Quiquandon (de Clermont-Ferrand), Sommelet (d'Arc-en-Barrois), MM. Mimart, chirurgien dentiste à Paris; Vaesken, chirurgien dentiste à Dunkerque.

TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Pillet, médecin des Chemins de fer de l'Etat.

GUERRE. — Ont été nommés :

Au grade de médecin général inspecteur. — MM. les médecins généraux Lévy et Morvan.

Au grade de médecin général. — MM. les médecins colonels Morisson, Schickelé, Paître et Beyne.

— Affectations :

M. le médecin général inspecteur Lévy, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, membre du Comité consultatif de santé. — M. le médecin général inspecteur Morvan, directeur du Service de santé au ministère de la guerre. — M. le médecin général Morisson, directeur du Service de santé de la 15e région, à Marseille. — M. le médecin général Schickelé, directeur du Service de santé de la 20e région, à Nancy. — M. le médecin général

Paître, professeur agrégé du Val-de-Grâce, médecin chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire. — M. le médecin général Beyne, directeur du Service de santé de la 8e région, à Dijon. — M. le médecin général inspecteur Couvy, directeur du Service de santé et inspecteur des services sanitaires de l'Afrique occidentale française, à Dakar.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La prochaine session s'ouvrira le lundi 27 janvier 1936.

MINISTÈRE DE LA MARINE MARCHANDE. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille les 5 et 6 mars 1936.

S'inscrire auprès du directeur de l'inscription maritime à Marseille.

UNE ÉPÉE D'HONNEUR AU DOCTEUR GEORGES DUHAMEL. — Un Comité comprenant de nombreux hommes de lettres et des savants, parmi lesquels les professeurs Gosset et Charles Nicolle et M. Mondor, vient de se constituer pour offrir une épée d'honneur à notre confrère Georges Duhamel à l'occasion de son élection à l'Académie française.

Les souscriptions sont reçues au *Figaro*, rond-point des Champs-Elysées, à Paris.

UN COMITÉ MÉDICAL ITALIEN ITALIE-FRANCE. — De même qu'il existe au Comité français France-Italie un Comité médical, le *Comitato Italia-Francia*, présidé par le sénateur Borletti, vient de fonder un Comité médical dont le secrétaire général est le professeur Morelli, président du Syndicat national des médecins fascistes. Il s'est adjoint le professeur Donati, le grand chirurgien de Milan et le professeur Frugoni (de Rome).

Nous sommes heureux d'annoncer cette fondation; dans les circonstances actuelles elle montre la force des sentiments qui unissent les médecins des deux pays.

MÉDECINS SARROIS AUTORISÉS A EXERCER EN FRANCE. — Le *Journal officiel* du 16 janvier autorise deux médecins sarrois, MM. Otto Levita (à Paris) et Erich Deucker (à Marseille), à exercer en France.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES MÉDECINS RADIESTHÉSISTES. — La prochaine réunion de l'Association internationale des médecins radiesthésistes aura lieu le samedi 25 janvier 1936, à 20 h. 30, à la mairie du VIe arrondissement, place Saint-Sulpice.

Ordre du jour : Les infections vertébrales. — Etude radiesthésique de quelques produits vitaminés. — Premiers résultats de l'enquête de l'A. I. M. R. sur les radiations nocives du sol.

RÉGENCE DE TUNIS. — DIRECTION DE L'INTÉRIEUR (Santé publique). — Un concours pour trois emplois de médecins des hôpitaux de Tunisie aura lieu au siège de la Faculté de médecine de Paris dans le courant du mois d'avril 1936.

Les postes à pourvoir sont les suivants :

1 Médecin à l'hôpital Ernest Conseil de Tunis (médecine générale). Date du concours : mercredi 22 avril 1936.

2° Médecin à l'hôpital civil français de Tunis (neuro-psychiâtrie). Date du concours : jeudi 30 avril 1936.

3° Médecin à l'hôpital régional de Sfax (médecine générale). Date du concours : lundi 27 avril 1936.

Conditions. — 1. *Adresser à la direction de l'Intérieur à Tunis* (*service de la Santé publique*) une demande avec indication de la résidence actuelle ; 2. Etre Français ou Tunisien (le poste de médecin chef de service de neuro-psychiâtrie à l'hôpital civil français est réservé aux Français; 3. Diplôme d'Etat de docteur en médecine; 4. Exposé de titres; 5. Ne pas être âgé de plus de 40 ans, compte tenu des services militaires.

Epreuves du concours pour les emplois de médecins des hôpitaux (médecine générale) :

1. Une composition écrite sur un sujet de pathologie interne, d'une durée de trois heures (sans notes, ni livres);
2. Une consultation écrite sur un malade au choix du jury (une demi-heure pour l'examen, une heure pour la rédaction);
3. Une épreuve clinique orale sur deux malades (pour chacun d'eux : une demi-heure pour l'examen, dix minutes pour l'exposition);
4. Une appréciation des titres, travaux et services des candidats.

Epreuves du concours pour l'emploi de médecin de l'hôpital civil français (neuro-psychiâtrie) :

1. Une composition écrite sur un sujet de neuro-psychiâtrie, d'une durée de trois heures (sans notes, ni livres);
2. Une consultation écrite sur un malade au choix du jury (une demi-heure pour l'examen, une heure pour la rédaction);
3. Une épreuve clinique orale sur deux malades (pour chacun d'eux : une demi-heure pour l'examen, dix minutes pour l'exposition);
4. Une appréciation des titres, travaux et services des candidats;
5. Les candidats admis à concourir figurent sur une liste dressée par l'Administration après avis d'une Commission siégeant à Paris et dont la composition est fixée par arrêté.

Les avantages attachés à l'emploi consistent en une indemnité annuelle de 15.000 fr.

La liste d'inscription sera close le 14 mars 1936.

La date d'entrée en fonctions pour les trois emplois est fixée au 1er juin 1936.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Numa Crouzet (de Paulhan, Hérault), Etienne Battle (de Montpellier), Nonce Martelli (de Santa-Reparata (Corse), Louis Payan, professeur de médecine légale à la Faculté de Marseille, médecin des hôpitaux, décédé à l'âge de 41 ans.

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE
A MM. GASTON RAMON ET GUÉRIN

A l'occasion de leur récente élection à l'Académie de médecine, le syndicat national des vétérinaires de France et des colonies a organisé une grande manifestation la semaine dernière en l'honneur de deux illustres vétérinaires : MM. Gaston Ramon, sous-directeur de l'Institut Pasteur, et Guérin, chef de service au même Institut.

La cérémonie était présidée par M. le Ministre de la Santé publique. A ses côtés avaient pris place M. Clavet, président du syndicat national des vétérinaires, les représentants des ministres de l'Agriculture et de l'Education nationale, M. Barrier, ancien président de l'Académie de médecine, et plusieurs de ses collègues, le président du Conseil municipal, le préfet de la Seine, le préfet de police et de nombreuses personnalités.

M. Clavet, en remettant aux deux savants des médaillons à leur effigie, dus au grand talent du maître sculpteur Darras, a rappelé les beaux travaux de MM. Ramon et Guérin.

Il a retracé d'abord la carrière de M. Gaston Ramon, ancien élève de l'Ecole d'Alfort, puis collaborateur de son oncle, Emile Roux, et chef de l'annexe de Garches de l'Institut Pasteur. Montrant l'enchaînement de ses recherches, il expose les travaux de M. Ramon sur l'anatoxine diphtérique, sur la vaccination contre la diphtérie par l'anatoxine diphtérique, sur l'anatoxine tétanique et la vaccination antitétanique. De ces travaux découle la possibilité d'obtenir des anatoxines analogues : streptococcique, dysentérique, botulinique et les anatoxines de divers germes de la gangrène gazeuse.

Enfin, par les vaccinations associées, M. Ramon ouvre un avenir plein de promesses, dont beaucoup sont déjà tenues.

M. Guérin, qui débuta à Lille auprès de Calmette, était déjà universellement connu par ses travaux sur la vaccination jennérienne lorsque ses travaux sur l'infection tuberculeuse et enfin la découverte avec Calmette de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G., rendirent son nom célèbre.

Après le beau discours de M. Clavet, divers orateurs se firent entendre, puis MM. Ramon et Guérin remercièrent leurs confrères pour la manifestation dont ils étaient l'objet.

Ils rendirent l'un et l'autre un pieux hommage de gratitude à leurs maîtres : Emile Roux et Calmette.

L. G.

LIVRES NOUVEAUX

La radiothérapie des syndromes organo-végétatifs. Sympathicotonies. Vagotonies. Amphotonies (1), par L. DELHERM et Henri BEAU (avec une préface du professeur LAIGNEL-LAVASTINE).

Les syndromes organo-végétatifs sont entre tous nombreux, polymorphes et rebelles. Comment employer contre eux les rayons X ? Les auteurs étudient ici dans un esprit essentiellement pratique et clinique la technique d'une méthode avant tout conservatrice, donc infiniment différente de la radiothérapie destructrice qu'on applique aux tumeurs. Il faut avant tout, en pareille circonstance, avoir présentes à l'esprit les réactions locales et humorales que provoquent les rayons et les caractères particuliers des variétés de rayonnement qu'il faut mettre en œuvre.

(1) Collection Médecine et Chirurgie pratiques. — Paris, Masson et Cie.

Le médecin lira avec fruit l'exposé et la critique des indications, et connaîtra tout ce qu'il doit savoir avant même le recours au spécialiste de la technique d'application, de la technique et des résultats qu'on peut escompter. Le syndrome de Raynaud, la maladie de Basedow, les troubles ovariens, l'angine de poitrine, l'asthénie, divers syndromes neurologiques sont, avec ou sans l'association d'autres techniques électrothérapiques, les domaines où la radiothérapie présente le plus d'intérêt. Ce ne sont pas les seuls, pourtant.

On ne peut que féliciter les auteurs d'avoir fait clinique et d'avoir fait bref. L'étendue d'une bilbliographie qu'ils ont voulue cependant incomplète, mais pour laquelle ils ont su choisir le meilleur et le plus propre à orienter une recherche complémentaire, permet d'entrevoir quel travail de critique et de classement ils ont dû joindre à l'exposé de leur propre expérience. Une telle brièveté est un témoignage nouveau d'une maîtrise à laquelle on rend toujours hommage avec plaisir et reconnaissance.

L. B.

Appareil circulatoire (1), par Ch. LAUBRY, médecin de l'hôpital Broussais, membre de l'Académie de Médecine.

Le nombre des symptômes des affections de l'appareil circulatoire grossit chaque jour par la multiplicité et l'ingéniosité de leurs méthodes d'examen, la richesse et le rajeunissement continuel de leurs associations symptomatiques, ce qui a fait dire à l'auteur de ce livre que l'étude des affections circulatoires n'est qu'une vaste étude sémiologique. Il vise donc moins dans ce livre à établir un bilan sémiologique intégral qu'à pénétrer dans le mécanisme des symptômes consacrés, savoir comment on en doit user, leur faire dire ce qu'ils doivent dire et rien que ce qu'ils doivent dire.

Il envisage donc successivement :

1° Les notions élémentaires de structure et de physiologie cardiaques ;

2° La sémiologie cardio-vasculaire, qui se subdivise naturellement en deux chapitres :

a) La sémiologie objective : en dépit de certains points communs, elle mérite d'être traitée à part pour le cœur et pour les vaisseaux ;

b) La sémiologie fonctionnelle, qui comprend surtout les grands troubles fonctionnels et généraux cardiaques ;

3° Les grands syndromes cardio-vasculaires comprenant :

a) Les grands syndromes cardiaques auxquels se rattachent quelques entités morbides ;

b) Les grands syndromes vasculaires.

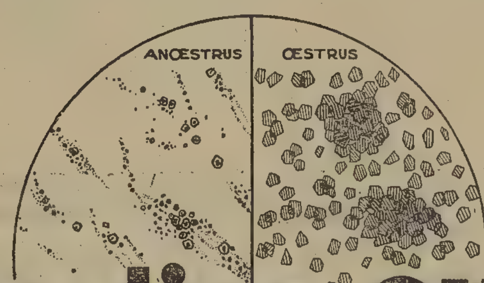
Une dernière partie est consacrée aux insuffisances ventriculaires.

L. G.

(1) Collection des Initiations médicales. In-8 de 186 pages avec 32 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Samedi 25 janvier. — Jury : MM. Brindeau, président ; Gougerot, Nobécourt, Gastinel. — M. GATTÉ. Considérations sur le traitement de l'hémorragie rétro-placentaire dans ses formes graves. — M. RICHARD. Etude des grossesses triples, considérations radiologiques. — M. STRULOVICI. Injections de post-hypophyse dans le muscle utérin à travers la paroi abdominale dans les hémorragies de la délivrance. — M. ROY. Etude du traitement des colibacilloses par le bactériophage. — M. MONIEZ. Le babeurre. — Mme ORGEOLET. A propos de cinq cas familiaux de sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.


ANŒSTRUS
ŒSTRUS

MIGRAINES ACCOMPAGNÉES DE PARESTHÉSIES CHÉIRO-ORALES SYMPTOMATIQUES D'UN DÉBUT DE MÉNINGITE TUBERCULEUSE DE L'ADULTE

Par M. le professeur H. ROGER,
MM. J. ALLIEZ, J. PAILLAS et A. JOUVE
(de Marseille).

L'un de nous a eu l'occasion d'attirer l'attention à de nombreuses reprises (1) sur la fréquence des migraines accompagnées et en particulier des migraines débutant par un scotome hémianopsique et se compliquant ensuite de paresthésies brachio-facio-linguales.

Presque toujours ces crises sont indépendantes de lésions encéphalo-méningées et sont dues à un angiospasme sylvien d'allure essentielle, survenant plus particulièrement chez les hépatobiliaires. Il n'est pas douteux cependant que quelques cas sont consécutifs à des lésions méningo-corticales irritant la sylvienne. Nous en avons observé au cours des réactions méningées mélitococciques, à la suite de syphilis méningo-vasculaire, de traumatisme cranien, dans un cas de méningite tuberculeuse, chez un malade atteint d'un tuberculome rolandique. Et nous sommes étonnés que dans leur beau livre sur les migraines (Masson, édit., Paris 1935), Pasteur-Vallery-Radot et Hamburger déclarent n'avoir pas rencontré de cas analogues.

On peut, il est vrai, objecter qu'on voit plus souvent, dans les lésions cortico-méningées, des spasmes vasculaires sylviens sans paroxysmes d'hémicranie. Ou bien, lorsque céphalées unilatérales et hémiparesthésies brachio-facio-linguales alternent, les deux symptômes ne sont pas toujours aussi intriqués l'un à l'autre que dans la véritable crise de migraine accompagnée du type essentiel.

Dans le cas que nous venons d'observer, la succession classique de la céphalée, des paresthésies chéiro-orales et des troubles oculaires était au contraire des plus typiques.

Cam... Sauveur, âgé de 58 ans, journalier, entre à la clinique neurologique, le 5 janvier 1935.

ANTÉCÉDENTS. — A l'âge de 5 ans, il eut une affection très grave d'origine indéterminée. Au cours de son adolescence, il a contracté une blennorragie, à 43 ans, un chancre. Ictères (?) fréquents.

En 1929, il a subi un traumatisme cranien important : atteint par un sac de grain tombant d'une pile de 4 mètres de hauteur, il a été projeté à une distance de plusieurs mètres ; il perdit connaissance et resta 4 jours dans le coma, il n'a pas subi de trépanation.

Sujet aux bronchites, il a été hospitalisé en avril 1934 pour une pleurésie.

Son père est mort à 48 ans, d'une congestion pulmonaire. Sa mère présente des crises comitiales survenues tardivement seulement après son veuvage.

Il n'est pas marié.

(1) H. ROGER, Migraines hémianopsiques accompagnées d'aphasie et de paresthésie du membre supérieur, *Congrès d'otoneuroophtalmologie, Marseille*, 1928 (in *Rev. d'otoneuroophtalmologie*). — H. ROGER et SARRADON, Les spasmes vasculaires sylviens. *Presse Méd.*, 24 janv. et 10 févr. 1934. — H. ROGER, Les migraines accompagnées. *Sud-Médical*, avril 1934. — H. ROGER, Aspects cliniques et étiologiques des migraines accompagnées. *Orientation médicale*, février 1936.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Vers le début du mois de décembre 1934, alors qu'il avait des douleurs de tête depuis le matin, Cam... a ressenti brusquement, vers les 3 heures de l'après-midi, les premiers symptômes, dont voici le déroulement. Etant à son travail, il portait, du bras gauche, un bidon, lourd de 10 kgs, quand il lui parut soudain que sa main « devenait morte » ; le bidon lui échappa, sans qu'il pût s'opposer à cette chute. Il ressentait des fourmillements aux extrémités des doigts uniquement. Toute motilité volontaire des doigts lui était impossible ; ils étaient contracturés en extension, mais réunis par leur pulpe en main d'accoucheur. Il n'y avait aucune paresthésie dans le bras ni l'avant-bras ; mais au visage, strictement localisés à l'hémiface gauche, existaient des fourmillements de même type qu'à la main. La langue était insensible et paralysée. En outre, la parole était absolument impossible : Cam... voulut parler, mais n'y parvint pas. Cette crise s'accompagna de vertiges, sans chute, mais le malade dut se maintenir contre un accotoir. La vue de l'œil gauche était brouillée. La jambe gauche était entièrement normale.

Cette crise, qui dura dix minutes environ, n'entraîna aucune modification dans la céphalée existante. Après un quart d'heure de repos, Cam... put reprendre son travail, avec quelque gêne toutefois pour soulever les objets de sa main gauche.

Cette crise s'est reproduite depuis, tous les jours, vers la même heure, avec augmentation de l'intensité et de la durée, sans qu'elle dépasse cependant jamais un quart d'heure. Un seul jour, il eut deux crises, une le matin, une le soir.

Dans l'intervalle des crises, il existe une certaine gêne dans l'élocution, une certaine lenteur de la parole (à noter que le malade est droitier). Le membre supérieur gauche est resté parésié, si bien que le malade a dû quitter son travail. Les doigts de la main gauche sont continuellement froids. La céphalée persiste à droite, avec prédominance des douleurs dans l'orbite, elle s'accompagne parfois de vomissements et d'hypersécrétion linguale.

Après l'entrée à l'hôpital, ayant demandé au malade de mieux s'observer, on fait préciser le déroulement exact des crises. Au début se placent les céphalées hémicraniennes droites, puis les paresthésies des doigts que le malade ressent très froids et qu'il plonge alors dans de l'eau chaude. A peu près en même temps, surviennent des paresthésies faciales qui partent de la commissure palpébrale et se propagent à la commissure labiale. Elles s'accompagnent d'une sensation de tremblement dans la joue. On ne peut préciser si les troubles visuels sont vraiment hémianopsiques, et s'ils surviennent avant, après ou avec les paresthésies. En tout cas, les doigts se raidissent, s'opposent en main d'accoucheur et le malade s'efforce de les mobiliser à l'aide de son autre main.

Pendant toute la durée de la crise, la parole est impossible.

Examen. — On reconnaît un très léger degré de parésie faciale gauche, perceptible seulement à l'ouverture de la bouche. L'hémiface gauche est un peu hypoesthésique, le nerf sus-orbitaire du même côté est douloureux à la pression de son point d'émergence. La percussion temporale gauche est douloureuse par rapport au côté droit. L'audition est diminuée à gauche. La motilité oculaire est normale, les pupilles sont égales, régulières et contractiles, il n'y a pas d'hémianopsie.

Le membre supérieur gauche présente un certain déficit moteur : force du poignet, force d'accrochage des doigts, force de la pince, force de préhension sont sensiblement diminuées. La piqûre est perçue de façon égale aux deux bras. Par contre, la chaleur est moins bien reconnue à gauche. Le sens stéréognostique est très diminué à la main

gauche. Les réflexes tendineux sont vifs et égaux, il n'y a aucun symptôme de la série cérébellolabyrinthique.

Le membre inférieur gauche présente un déficit moteur, moins accentué qu'au bras du même côté : légère dénivellation dans la position gynécologique, tendance à la chute, dans la manœuvre de Barré. La face externe de la jambe et du pied gauches est hypoesthésique. La tonicité est égale des deux côtés, les réflexes tendineux sont égaux, le cutané plantaire se fait en flexion ; il n'y a pas de signe d'Oppenheim, les réflexes cutanés abdominaux sont abolis à droite. Il n'y a pas d'hypoesthésie du tronc. La nuque et le rachis sont souples et non douloureux. Il existe un léger Romberg sur un pied.

Le foie déborde un peu le rebord des fausses côtes. Les bruits du cœur sont normaux.

Tension artérielle : 14 1/2-7 indice 3 1/2 au bras gauche et 12-7 indice 4 1/2 au bras droit.

Examen ophtalmologique (Dr Guillot) : champ visuel, acuité visuelle, fond d'œil, motilité sont normaux.

Examen du *liquide céphalo-rachidien :* tension 20-12 au Claude, en position couchée, liquide clair, cytologie : 1 lymphocyte, albumine : 0 gr. 50, réaction de B. W. : négative.

Dans le *sang :* réactions de B. W. et de Hecht, négatives ; urée 0 gr. 33.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Evolution. — Sous l'influence d'injections quotidiennes d'acétylcholine (à 0,20), les crises s'amendent, puis disparaissent ; mais la parésie de la main gauche s'accentue, à tel point que celle-ci ne peut plus tenir un objet même léger. La sensation de doigts froids est continuelle.

A partir du 21 janvier, la température, qui jusque-là était normale, s'élève progressivement, et elle oscille autour de 39°-40° jusqu'à l'issue fatale.

Le 24 janvier 1935 : tension artérielle au bras droit, 13-9 indice 2 1/2, au bras gauche, 10-7, indice 1.

Le 1er février, nous notons : céphalées persistantes, rachialgie, légère raideur de la nuque avec signe de Kernig ébauché. Réflexes rotuliens vifs des deux côtés, cutané plantaire en flexion, douleur à la pression des masses musculaires du mollet ; raie vaso-motrice abdominale anormale, quelques nausées sans vomissements, subictère conjonctival ; cœur normal. Dans le thorax, respiration diminuée à la base gauche, avec quelques râles.

Le 5 février, le syndrome méningé s'est accentué. Kernig et raideur de la nuque. Liquide céphalo-rachidien : tension 17-10 au Claude en position couchée, liquide légèrement jaunâtre, cytologie 225 éléments (50 % de polynucléaires intacts et 50 % de lymphocytes, quelques hématies), albumine 1 gr. 70.

Le 6 février : obnubilation très marquée, parésie, hyperréflexie et hypoesthésie du bras gauche et de la jambe gauche, réflexe cutané plantaire en flexion. Hyperesthésie généralisée de l'autre côté. Kernig et raideur de la nuque accentués. Paralysie faciale gauche très nette. Points trigémellaires plus douloureux à droite, pupilles en myosis, peu contractiles, fond d'œil normal (Dr Guillot).

Météorisme abdominal, langue sèche, pas de nouveaux signes pulmonaires, mais expectoration muco-purulente, sans présence de bacilles de Koch. Ictère conjonctival très marqué.

Le 8 février : délire, carphologie, raideur de la nuque et Kernig ; gâtisme sphinctérien. Liquide céphalo-rachidien jaune, floconneux, non hypertendu. *Uréo-rachie :* 1 gr. 37. *Urée sanguine :* 0 gr. 60.

Décès le 9 février 1935.

Autopsie. — Eviscération totale. Le *poumon* droit est enserré dans des adhérences pleurales intenses, qui le soudent à la paroi costale. Le lobe supérieur est entièrement infiltré et présente des granulations d'allure tuberculeuse typique. Le poumon gauche est seulement congestif. Les ganglions hilaires sont hypertrophiés et quelques-uns calcifiés.

Le cœur paraît sain. Les viscères abdominaux sont normaux.

A l'ouverture de la *boîte cranienne,* la dure-mère apparaît fortement tendue et très vascularisée. Son incision donne issue à une grande quantité de liquide céphalo-rachidien.

Un voile pie-mérien très fin masque en partie le tronc cérébral. Le long de l'artère sylvienne droite, on aperçoit quelques granulations miliaires, très rares et minuscules au niveau de son origine, mais qui, par contre, le long du sillon de Rolando et au-dessus de la scissure de Sylvius, se groupent en petits amas et atteignent le volume d'une tête d'épingle. Pas d'autres granulations en d'autres régions.

Sur l'hémisphère gauche, au niveau du cuneus et de la partie postérieure du lobe temporal, il existe un petit nodule méningé fibrineux. Les méninges gauches sont plus congestionnées que les méninges droites.

Examen histologique. — N° 43 (1975). Les méninges sont épaissies. On y distingue des travées parallèles de tissu collagène assez denses, peu riches en noyaux et situées surtout sur la limite externe des méninges. Les mailles du tissu arachnoïdien sont constituées de capillaires volumineux, congestifs, avec réactions marquées de l'endothélium. Certains vaisseaux plus volumineux ont leur paroi épaissie. La trame vasculaire est faite d'un fin réticulum où se trouvent des hématies extravasées, de nombreux histiocytes et surtout de volumineux éléments, polygonaux ou arrondis, à gros noyau excentrique riche en chromatine, de type endothélial. Certaines de ces formations sont picnotiques. Çà et là se rencontrent des lymphocytes peu nombreux à noyau fortement basophile. Malgré l'absence de cellules géantes, ces lésions rappellent celles qui ont été décrites récemment par Laignel-Lavastine et Armour Liber, dans leur mémoire sur l'histopathologie de la méningite tuberculeuse (Encéphale, 1935). L'absence de bacilles de Koch constatable sur les coupes est loin d'être un fait anormal dans pareilles lésions. Le tissu nerveux sous-jacent ne présente que des lésions congestives sans spécificité.

En résumé, un homme de 58 ans, atteint six mois auparavant de pleurésie, présente d'abord un syndrome de céphalées paroxystiques hémicraniennes droites, accompagnées de paresthésies chéiro-facio-linguales et de contracture passagère de la main, ainsi que de troubles visuels homolatéraux. Le syndrome se déroule comme celui des migraines accompagnées les plus typiques.

On pouvait au premier abord penser à un début d'artérite spécifique (chancre dans l'adolescence). La réaction de B.W. négative dans le sang et le L.C.R. permettait d'éliminer ce diagnostic.

L'absence de toute autre réaction méningée cytologique ou albumineuse laissait le champ libre entre les hypothèses de migraines accompagnées du type essentiel ou celle d'une migraine symptomatique d'une artérite non spécifique.

La coexistence de contracture de la main était tout de même très spéciale et n'avait pas jusqu'ici été rencontrée par nous dans les cas similaires.

La clef du diagnostic devait nous être fournie par l'évolution ultérieure.

Les crises de paresthésies chéiro-orales s'atténuent et disparaissent, en apparence sous l'influence de l'acécoline, ce qui semblait confirmer l'existence d'un spasme de la sylvienne, symptomatique d'une arté-

rite, et ce qui pouvait faire porter un pronostic immédiat bénin. Mais l'apparition ultérieure d'un syndrome méningé, à la fois clinique et biologique, nous permet rétrospectivement de rattacher ces angiospasmes à cette lésion méningée qui ne s'est extériorisée que tardivement.

Cette méningite évolua à la façon d'une méningite tuberculeuse ; l'autopsie et l'examen histologique nous en confirmèrent la nature.

L'étude minutieuse de ces méninges nous permit de retrouver le long de la sylvienne droite, plus particulièrement au-dessus de la scissure de Sylvius, un groupe de granulations de dimensions un peu plus volumineuses que les fines granulations tuberculeuses habituelles.

Il n'y a pas de doute à notre avis que ces granulations, prédominant au pourtour de la sylvienne droite, n'aient été la cause des angio-paresthésies chéiro-facio-linguales gauches qui ont précédé l'évolution de la poussée méningée terminale. Il est tout de même curieux de constater à cette période l'intégrité du liquide céphalo-rachidien.

Après Sicard, nous avons insisté sur l'importance de cet examen du L.C.R. pour le diagnostic différentiel entre les migraines accompagnées du type essentiel, indemnes de toute réaction méningée, et celles qui sont symptomatiques d'une lésion cérébrale à ses débuts et qui se traduisent par une hypercytose ou une hyperalbuminose du L.C.R.

Dans un cas de migraine accompagnée évoluant chez un adolescent quelques semaines avant le déclenchement d'une méningite tuberculeuse, une réaction cytologique et albumineuse discrète du L.C.R. nous avait aguillé vers l'organicité.

Tout en accordant toujours une très grande valeur diagnostique et pronostique à l'existence des signes liquidiens, qui plaident en faveur d'une lésion méningo-corticale, le cas présent montre que cette règle peut souffrir de rarissimes exceptions et que l'absence de modifications du L.C.R. ne permet pas d'exclure définitivement la lésion organique.

Mais nous ne saurions trop insister en terminant sur la valeur diagnostique des symptômes intercalaires aux crises.

Peut-être faut-il attacher une certaine importance à l'existence chez notre malade, dans l'intervalle des crises, d'une différence entre les indices oscillométriques des deux humérales avec indice plus faible du côté malade : car ce petit symptôme ne doit pas se rencontrer dans les angiospasmes essentiels.

Mais surtout la persistance, dans notre cas, de petits signes d'hémiparésie dans l'intervalle des paroxysmes était un symptôme capital en faveur de l'organicité. Sans doute, il existe des cas où certaines crises de spasmes dits essentiels laissent pendant un jour ou deux de petits symptômes de déficit pyramidal, mais ces signes ne se prolongent pas davantage et motilité, réflectivité, sensibilité reviennent à la normale jusqu'à la prochaine crise. La persistance de ces symptômes intercalaires au delà de ces limites permet de conclure à une atteinte organique.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LE RÉGIME DANS L'ECZÉMA DU NOURRISSON[1]

Par M. L. BABONNEIX
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Il est indispensable de rappeler tout d'abord, avec M. Marfan, que l'eczéma du nourrisson reconnaît comme cause principale l'alimentation lactée, puisqu'il diminue et disparaît lorsque celle-ci fait place à un régime plus varié, avec M. Czerny, qu'il ne survient que chez des enfants tarés, qu'on invoque le neuro-arthritisme ou la diathèse exsudative, avec M. Ribadeau-Dumas et Max-Lévy, qu'il s'accompagne de troubles profonds du métabolisme : surhydratation et hypoprotéinémie.

Le petit malade est-il *au sein*, la première précaution à prendre est de régler les tétées, de veiller à ce qu'elles ne soient ni trop copieuses ni trop rapprochées. Se montre-t-elle insuffisante, on analysera le lait de la nourrice. S'il est trop riche en beurre, ce qui est fréquent (Barbier, Marfan et Turquéty), on conseillera à cette femme de prendre moins de farineux et de graisses, plus de légumes verts, de salades et de fruits, on lui interdira la charcuterie, les crustacés, les mollusques, les boissons alcooliques.

L'eczéma persiste-t-il, malgré ces restrictions, il faut recourir aux *mutations lactées* (G. Variot), c'est-à-dire substituer partiellement au lait de la nourrice un autre lait : naturel ; lait d'une autre femme, lait d'ânesse, ou modifié : babeurre, lait sec, lait homogénéisé, dont on donnera un ou deux biberons par jour.

Est-il nourri au *lait de vache*, mêmes recommandations générales concernant les quantités qu'il faudra administrer, l'espacement des repas, etc. On attachera une importance particulière au coupage. On procédera, si possible, à une enquête sur l'origine du lait, celui provenant de bêtes nourries avec des tourteaux étant volontiers eczématigène (G. Variot). Si l'analyse chimique montre qu'il est trop gras, on le changera.

Dans des cas malheureusement trop fréquents, bien que toutes les règles de l'alimentation soient observées, bien que les analyses soient satisfaisantes, l'eczéma n'en poursuit pas moins ses ravages, comme s'il existait, dans le lait, des substances eczématigènes que la chimie n'arrive pas à déceler (G. Variot). On recourra, ici encore, aux mutations lactées, et on s'adressera, comme précédemment, aux laits naturels : lait de femme, lait d'ânesse, ou modifiés : babeurre, lait sec, lait d'amandes de Moll : mélange à parties égales de petit-lait et d'une émulsion d'amandes douces, avec addition de 39 gr. de farine de riz et 50 gr. de sucre par litre.

A-t-on affaire à des enfants tout jeunes, on essaiera, selon les circonstances :

1° Les *farineux*, donnés à toutes petites doses et avec une extrême prudence ;

2° Les *régimes sans lait* : Larosan (Finkelstein), pudding de Moll ;

3° Les *farines de soja et de tournesol*, qui peuvent être prescrites dès le troisième mois (Ribadeau-Dumas).

Les enfants sont-ils plus âgés, il est classique de leur interdire les œufs, le poisson, la charcuterie et les viandes conservées (sauf le jambon), la cervelle, le ris de veau, les

(1) A.-B. MARFAN, *Traité de l'allaitement*. Paris, 1930, 4e édition, p. 903-907. — R. MATHIEU, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Section *Pédiatrie*, Paris 1934, in-4°, 4.047, p. 1-10. — G. VARIOT, *Le traitement de l'eczéma infantile par les mutations lactées*, *Bull. et mém. de la Société médicale des Hôpitaux*, n° 34, 13 décembre 1928.

fraises, même cuites, les brioches, les croissants, les gâteaux à la crème ou aux œufs. Si l'on veut se conformer aux idées modernes, on aura soin de leur constituer un régime :

Riche en protéides : régimes sans lait, jambon, viandes rouges et blanches, petit suisse ;

Pauvre en lipides et en glucides, et contenant une quantité suffisante des vitamines A, B, C et D.

SOCIETÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 6 décembre 1935)

Etude de la myélographie. — MM. Debré, Lamy et Sée. La ponction du sternum sur le vivant permet l'étude histologique de la moelle osseuse. Il y aurait 4 types de réaction du tissu médullaire : érythroblastique, myélocytique, lymphocytique et leucoblastique. La réaction érythroblastique s'observe surtout dans les anémies. La réaction myélocytique caractérise la leucémie myéloïde et les myéloses leucémiques. La réaction lymphocytique caractérise les lymphadénoses leucémiques et aleucémiques. La réaction leucoblastique caractérise la leucémie aiguë et les leucoses aiguës aleucémiques. La myélographie est capitale pour l'étude de l'hématopoïèse dans les états pathologiques, elle élargit les limites des leucémies, elle permet dans le groupe des agranulocytoses et des aleucies, d'identifier les myélotoxicoses et les leucoses. Enfin elle comporte encore comme applications la parasitoscopie et le diagnostic des tumeurs malignes de la moelle osseuse.

La médulloculture. — MM. Debré, Lamy, Bonnet, Broca. Etude de la culture de la moelle osseuse pour le diagnostic des maladies infectieuses. Dans 8 cas de fièvre typhoïde, la ponction sternale a permis chez tous d'obtenir une culture. La même technique a permis la culture du B. de Koch dans un cas de granulie. Cette méthode a une indication spéciale dans tous les cas où la ponction veineuse est impossible.

Cette étude est confirmées par les observations de MM. Lemierre, Carnot, Milian, Emile-Weil.

Asystolie basedowienne. Traitement chirurgical. — MM. Labbé, Boalin, Petit-Dutaillis, Uhry et Antonelli. Deux cas de maladie de Basedow ancienne guéris par thyroïdectomie. Il y a des cas de Basedow, avec arythmie, améliorés par l'intervention, et d'autres, plus rares, avec grande insuffisance cardiaque, avec troubles périphériques pulmonaires, hépatiques, etc..., chez lesquels l'intervention pratiquée en plusieurs temps a entraîné une gérison complète.

MM. Laubry, Laroche, Huber appuient ces conclusions et vantent les bienfaits de l'intervention chirurgicale ; MM. Haguenau, Ravina se montrent défenseurs du traitement radiothérapique judicieusement appliqué.

Hémi-réaction thoracique avec destruction de la broncho-souche mise en évidence par l'exploration radio-lipiodolée. Rôle de l'atélectasie pulmonaire. — MM. Flandin, Poumeau-Delille, Le Melletier. Observation de tuberculose pulmonaire avec hémi-rétraction thoracique gauche au sein de laquelle on décela une volumineuse caverne par son niveau liquide mobile. La persistance du niveau liquide pendant plusieurs semaines, sans expectoration, l'absence de pénétration du lipiodol dans les bronches de division militent en faveur d'une obstruction de la bronche-souche gauche. L'atélectasie aide à la production de l'hémi-réaction thoracique.

Pleuro-péritonite aiguë exsudative au cours d'une syphilis secondaire. Guérison par le traitement spécifique. — MM. Gaté, Dugois et Racouchot. Un cas de syndrome de Fernet-Boulland au cours d'une syphilis secondaire floride. Guérison rapide par traitement spécifique et tuberculisation du cobaye par le liquide pleural. D'où possibilité d'un complexe morbide, hybride syphilitique et tuberculeux.

Argyll-Robertson unilatéral consécutif à un zona ophtalmique. — M. Milian. Malade atteinte antérieurement d'un zona ophtalmique, présentant des douleurs internes dans la région atteinte, avec signe d'Argyll unilatéral du même côté. Une insuffisance aortique concomitante autorise à admettre un signe d'Argyll développé chez une syphilitique à l'occasion du zona.

Hyperazotémie aiguë et importance de l'azote résiduel momme signe d'insuffisance hépatique. — MM. Brodin et Grigaut insistent sur l'importance de l'azote résiduel comme signe d'insuffisance hépatique. Leurs recherches récentes montrent la fréquence des azotémies aiguës au cours des complications pulmonaires chez les vieillards sans lésion du rein. Pronostic très grave.

(Séance du 13 décembre 1935)

Purpura chronique héréditaire. Hémophilo-hémogénie. Splénectomie. Guérison. — MM. Cathala et Ducas. Enfant de 8 ans atteint de diathèse hémorragique, traversant une crise de purpura hémorragique type Werlhof rebelle. On tente une splénectomie qui donne un résultat satisfaisant. Ce cas est difficile à classer nosologiquement. L'origine constitutionnelle familiale est certaine, due sans doute à un déficit fonctionnel global de la moelle.

Diabète bronzé avec infantilisme. — MM. Labbé, Boulin, Nepveux et Uhry. Histologiquement, atteinte certaine des glandes endocrines. Hypophyse dégénérée, atrophie thyroïdienne, raréfaction des cellules interstitielles du testicule ; arrêt de la spermatogénèse, surcharge sidérosique du foie, de la thyroïde et de la rate. Cuivre 8 fois plus élevé dans le foie qu'à l'état normal. Les auteurs signalent le contraste entre ce cas dans lequel coexistaient une atrophie hypophysaire et un diabète, et les conceptions modernes sur l'antagonisme entre le pancréas et l'hypophyse.

Etude anatomo-clinique et traitement chirurgical de la maladie de Hanot. — MM. Carnot, Benard, Caroli, Mlle Tissier, M. Petroru. Observation typique de la maladie de Hanot. C'est à une dyskinésie de l'appareil biliaire externe que purent être attribuées les poussées douloureuses. L'intolérance vésiculaire disparut par abouchement de la vésicule à la peau. Une biopsie du foie permit de retrouver l'hépatite parenchymateuse signalée par Fiessinger et Albeaux. Sur la rate extraite chirurgicalement, on constata qu'elle était transformée en un véritable organe glandulaire formé aux dépens des sinus dilatés dont l'épithélium était tuméfié. On constata en outre la transformation collagène des fibres sus-endothéliales des sinus et des fibres annelées avec sclérose au début des corpuscules de Malpighi. Du point de vue chirurgical, *le drainage biliaire* a déterminé la suppression des douleurs et l'atténuation de la fièvre. L'ictère a persisté. La splénectomie a semblé provoquer une crise de diurèse avec disparition presque complète de l'ictère. Amélioration seulement passagère.

Obésité rebelle avec hypoménorrhée traitée avec succès par la radiothérapie hypophysaire. Transformation scléro-kystique consécutive de l'ovaire. Action favorable de l'insuline sur la douleur. — MM. May et Layani. Obésité rebelle

soumise à la radiothérapie hypophysaire à dose stimulante. Résultats favorables. Retour à la régularité des règles. Les douleurs persistantes sur un ovaire cédèrent à l'insuline.

Arythmie complète juvénile. — MM. COUVELLE, ANDRIEU et HENRION. Deux cas d'arythmie complète juvénile par fibrillation auriculaire, bien tolérée. Etiologiquement on peut soupçonner seulement la maladie rhumatismale méconnue.

Troubles cutanés à type de pachydermie plicaturée et troubles osseux des extrémités. — M. RIST, Mlle BLANCHY et M. REYT. Malade présentant un aspect caractéristique de pachydermie plicaturée de la face, de la paume des mains et de la plante des pieds. Association chez lui d'hypértrophie osseuse des extrémités des membres sans pachypériostose.

Syndrome infectieux ictéro-polynévritique à étiologie méconnue. — MM. LELONG et BERNARD. Enfant de 14 ans convalescente d'une polynévrite presque généralisée, survenue au décours d'un ictère infectieux à rechute. Ictère ayant duré pendant plusieurs semaines et ayant présenté une rechute non fébrile, laquelle coïncida avec une quadriplégie flasque avec amyotrophie intense. Etiologie demeurant imprécise mais affection sans rapport avec la spirochétose de Mède et Ido.

Complications nerveuses des oreillons. — M. LAMACHE. 3 cas d'oreillons compliqués de syndromes neurologiques rarement décrits.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1935)

Un cas de sporotrichose rénale. — MM. MILHIT et André MARTIN présentent un enfant de 30 mois opéré depuis un an d'une affection rénale que l'examen anatomo-pathologique a montré de nature sporotrichosique, et qui depuis l'opération est en parfait état de santé.

Deux cas de kyste du foie, dont un avec rupture. — MM. FÈVRE et PETIT rapportent deux cas de kyste hydatique observés chez l'enfant. L'un d'entre eux ne présentait aucune particularité, mais le second s'est rompu brusquement à l'occasion d'un mouvement violent. La symptomatologie fut celle d'une appendicite atypique avec énorme plastron abdominal, et ce n'est qu'au cours de l'intervention que fut reconnue la véritable nature des accidents observés. On put extirper le kyste et combler avec des mèches la cavité ainsi formée. Les suites opératoires furent simples, et deux ans plus tard l'enfant n'avait aucune récidive abdominale.

Faux syndrome du trou déchiré postérieur par névrite diphtérique. — MM. HUBER, FLORAND et THIEFFRY rapportent l'histoire d'un enfant qui fit après une angine diphtérique une paralysie vélo-palatine accompagnée de paralysie unilatérale des constricteurs du pharynx, de paralysie du trapèze et du sterno-mastoïdien, d'hémiparalysie linguale avec atrophie, à laquelle se surajoutèrent des troubles du goût. La guérison survint rapidement par simple usage de la strychnine sans reprise de la sérothérapie.

Tétanos céphalique avec paralysie faciale partielle. — MM. WEILL-HALLÉ, AUBERT et RAMBERT ont vu apparaître brusquement chez une fillette de 6 ans du trismus et une paralysie faciale n'intéressant que le facial inférieur et semblant d'origine périphétique. Il n'y eut à aucun moment de contractures. Ce tétanos céphalique guérit très rapidement sous l'influence de la sérothérapie. Il semble que dans le cas particulier la porte d'entrée de l'infection ait été une carie dentaire.

Grand abcès staphylococcique primitif du foie. — MM. WEILL-HALLÉ, AUBERT et RAMBERT rapportent l'observation d'une fillette de 7 ans chez laquelle évolua pendant deux mois une hépatomégalie fébrile sans aucun autre symptôme ; il n'y avait en particulier aucune douleur spontanée ou provoquée. L'apparition au bout de ce temps d'un œdème de la paroi thoracique fit faire une ponction exploratrice qui ramena du pus. Une intervention chirurgicale immédiate amena la guérison.

Abcès corticaux miliaires du rein droit. — MM. LEVEUF et GODARD ont observé chez une enfant de 13 ans, à la suite d'un épisode infectieux, un gros rein droit douloureux, sans pyurie mais avec hyperleucocytose sanguine. Il s'agissait d'abcès corticaux multiples du rein, et la décapsulation rénale amena rapidement la guérison. Ultérieurement, une urétéro-pyélographie permit de déceler un rétrécissement urétéral droit, cause localisatrice de l'infection.

Déshydratation et œdème dans un cas de méningo-encéphalite basale aiguë. — MM. RIBADEAU-DUMAS et LE MELLETIER ont observé chez un nourrisson, au décours d'un érysipèle, un syndrome de déshydratation aiguë sans troubles digestifs importants. Ils purent constater à l'autopsie une lésion très discrète de l'hypothalamus pouvant expliquer ces accidents.

Pneumothorax à début insidieux fixé depuis 5 ans chez un enfant de 12 ans. Calcifications pleurales. — M. DEGLOS a suivi depuis sa naissance un enfant qui fut en contact avec sa mère tuberculeuse. Il fit en 1928, après une coqueluche grave, une tuberculose pulmonaire et partit à ce moment à la montagne. En 1930, on constata fortuitement sur une radiographie l'existence d'un pneumothorax partiel apparu insidieusement. Cinq ans plus tard, l'image reste la même. Il existe en outre une volumineuse calcification de la base droite.

L'insuffisance des tables de croissance. Importance du périmètre thoracique et de l'amplitude respiratoire. Les diamètres du thorax normal et du thorax en entonnoir. — Mme NAGEOTTE-WILBOUCHEVITCH critique les tables de croissance, dont les moyennes sont en général insuffisantes pour les enfants normaux.

Elle présente d'autre part une table des diamètres du thorax normal ou en entonnoir aux différents âges de la vie, qui rendra de grands services aux pédiatres, et montre que la capacité pulmonaire ne dépend pas uniquement des dimensions du thorax, mais de ses possibilités d'expansion pendant les mouvements respiratoires, d'où l'utilité d'exercer par une gymnastique appropriée les thorax déficients.

Leucémie aiguë à type osseux chez l'enfant. — M. E. TERRIEN rapporte un cas de cette affection qui rappelait assez bien par ses manifestations le syndrome de Schüller-Christian. Cependant l'existence de la leucémie ne faisait aucun doute en raison des constatations hématologiques.

Au cours de l'évolution on vit successivement apparaître une localisation osseuse sur l'ischion évoquant l'idée d'une ostéomyélite, une exophtalmie bilatérale bientôt suivie de cécité et une rétention aiguë d'urine de cause mécanique ayant nécessité de nombreux sondages.

Deux cas d'encéphalite pneumonique. — MM. GRENET, ISAAC-GEORGES et MESMARQUET rapportent deux observations d'encéphalite, cas survenus l'un au début et l'autre au décours d'une pneumonie.

Dans le premier cas, une fillette de 7 ans fut prise d'une hyperthermie brutale bientôt suivie de troubles nerveux, somnolence invincible, paralysie flasque des membres inférieurs, crise convulsive, liquide céphalo-rachidien normal. Les signes respiratoires n'apparurent qu'au cinquième jour de l'évolution ; la guérison apparut le 10e jour et il ne persiste comme séquelle qu'un certain degré d'obésité.

Le second cas concerne un garçon de 7 mois, qui fit trois semaines environ après la fin d'une pneumonie une hémiplégie droite accompagnée de secousses cloniques continues avec légère réaction méningée. Il persiste actuellement (quatre ans après le début des accidents) à titre de séquelles une légère hypertonie du membre inférieur droit et un signe de Babinski.

Surdité labyrinthique consécutive à une coqueluche. — MM. Grenet et André Bloch rapportent l'observation d'un garçon de 4 ans qui eut une coqueluche très fébrile au cours de laquelle apparut comme seule complication une surdité totale, sans otite préalable, sans aucun trouble nerveux, sans manifestations psychiques. Il semble s'agir d'une surdité labyrinthique sans doute liée à une encéphalite coquelucheuse. Il s'agit là d'un fait très exceptionnel.

Réticulo-sarcome embryonnaire diffus de la moelle osseuse. Sarcome d'Ewing à forme grave ? — M. R. Clément et Mlle Delon rapportent l'observation clinique et l'étude radiologique et anatomique d'un cas de réticulo-sarcome diffus de la moelle osseuse survenu chez une enfant de 8 ans. Les premiers signes, torticolis et gène des mouvements du cou, firent penser d'abord à un mal de Pott cervical ; puis apparurent des douleurs sciatiques, une paraplégie et enfin une cachexie progressive. Il n'y eut jamais d'anomalie sanguine. L'évolution fut fatale en 4 mois.

Tous les os étaient profondément infiltrés par un tissu de néo-formation, sans qu'il soit possible de déceler un foyer initial. La biopsie montra un aspect uniforme constitué d'éléments cellulaires à cytoplasme peu développé et réunis en une masse syncitiale réalisant l'image d'un réticulo-sarcome indifférencié de type embryonnaire.

Petite épidémie parisienne de myalgie épidémique. — M. Vuillet.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 12 décembre 1935)

Troubles trophiques sévères et prolongés au cours de l'évolution d'une méningo-radiculo-myélite infectieuse aiguë. — MM. Fribourg, Blanc, Lassalle et Passa présentent un malade de 22 ans. Trois semaines après une rhino-pharyngite d'apparence banale, s'est manifestée brusquement, une rétention d'urine qui a persisté pendant vingt-huit jours. Successivement sont apparus : un état fébrile important, un syndrome méningé, des signes de spasticité avec douleurs intenses des quatre membres et de nombreux et graves troubles trophiques. Actuellement, sept mois après le début, le malade présente de multiples cicatrices chéloïdiennes d'escarres, dont certaines sont encore en évolution, une limitation de l'extension des jambes par rétractions tendineuses, de l'amyotrophie d'un membre inférieur et des signes pyramidaux diffus.

Un cas de lithiase salivaire ayant donné lieu à l'extraction d'un énorme calcul. — MM. Labarthe et Nardin ont extrait d'une glande sous-maxillaire enflammée, considérée comme une sous-maxillite ourlienne, un calcul ayant la forme et le volume d'une grosse olive, pesant 4 grammes.

Encéphalite morbilleuse à forme suraiguë. — MM. Badie, Cicile et Lequement rapportent l'observation d'un sujet qui, au septième jour d'une rougeole bénigne, fit une encéphalite rapidement mortelle à début épileptiforme.

Furoncles de la lèvre supérieure et radiothérapie. — M. Didiée, à propos de 7 cas traités avec succès, souligne l'intérêt de la méthode et en préconise l'emploi systématique, au prix, s'il le faut, d'une évacuation sur un centre spécialisé. Les résultats obtenus sont remarquablement constants même dans les cas les plus graves. Les doses à administrer doivent être faibles (50 à 100 gr. au maximum) et généralement en une seule séance, l'effet favorable étant le plus souvent obtenu d'emblée.

Deux cas de myélite ascendante à forme suraiguë. — MM. M. Troude, L. Ferrabouc et P. Moutier ont observé à deux reprises l'évolution, en moins de trois jours, d'un pareil syndrome. Le type anatomo-clinique était celui d'une poliomyélite antérieure. Dans un des deux cas rapportés, l'affection avait été précédée d'un traumatisme.

Abcès du foie autochtone d'apparence primitive. — Se basant sur des considérations d'ordre épidémiologique (malade séjournant depuis plus de deux ans dans un milieu de marins et de coloniaux) et d'ordre thérapeutique (action favorable de l'émétine), sur l'aspect et la stérilité du pus, MM. Bonnet, Hugonot, Gorsse et Parnet admettent l'origine amibienne, malgré l'absence du parasite dans le pus hépatique et dans les selles. Ils insistent sur la valeur de la ponction exploratrice dans de tels cas où l'association du caractère autochtone et de l'apparence primitive prive le diagnostic de ses éléments habituels.

A propos d'un petit foyer de syphilis. — MM. L. Jame, Mauvais et Thuron ont observé trois sujets contaminés par la même femme et présentant des lésions primaires d'aspect clinique identique (chancres nains, herpétiformes, multiples, avec adénopathie discrète). Les auteurs discutent l'hypothèse de la variété des races de tréponème.

Une observation de fièvre boutonneuse à début oculaire conjonctivite d'inoculation.— M. Montel rappelle que dans certains cas, la conjonctivite peut être la porte d'entrée du virus contenu dans la tique du chien.

Diagnostic rétrospectif de deux cas probables de typhus endémique bénin, observés chez des soldats. — M. Montel rapporte les observations de deux soldats coloniaux, qui, en 1928, à leur débarquement à Marseille, présentèrent une fièvre exanthématique avec réaction de Weil-Félix tardivement positive non identifiée à l'époque. A la lueur des travaux récents, elle semble bien devoir être rattachée rétrospectivement au typhus endémique bénin.

Sur les différentes formes de fièvre typho-exanthématiques que l'on peut rencontrer sur le littoral méditerranéen dans le milieu militaire, étude clinique. — M. Montel.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(Séance du 9 novembre 1935)

Sur la classification de certaines souches dites « lisses » de bacilles acido-résistants. — M. W. Schaefer a étudié les caractères culturaux et sérologiques de souches lisses (variantes dites S) obtenues par culture du sang de cobaye inoculés par voie ganglionnaire avec des bacilles humains et bovins virulents de la variante R. Parmi elles, certaines sont très voisines du bacille aviaire, les autres se rattachant au nouveau type de bacilles acido-résistants dont l'au-

teur a donné récemment la description et qui doit être considéré comme un parasite du cobaye.

Sur deux souches de bacilles de type bovin isolées dans des cas de méningite tuberculeuse de l'enfant. — MM. R. Laporte et J. Maupetit ont isolé deux souches de bacille bovin du liquide céphalo-rachidien d'enfants atteints de méningite. Dans 1 cas, il s'agissait d'un enfant de 18 mois ayant vécu dans un milieu totalement indemne de tuberculose et la contagion paraissait devoir être rapportée à la consommation de lait de vache contaminée.

Dans 25 cas de tuberculose infantile, des souches de bacille tuberculeux ont pu être isolées par culture directe, 23 souches se sont rangées dans le type humain classique, le bacille bovin n'a été en cause que dans deux cas, où les souches appartenaient à la variété dysgonique lisse habituelle au bacille bovin au moment de l'isolement.

Sérodiagnostic, par agglutination de la spirochétose ictérohémorragique. Technique et interprétation. — Mlle Berthe Erber. Depuis 1917, le sérodiagnostic par agglutination de la spirochétose ictérohémorragique est effectué au laboratoire avec les échantillons de sérum envoyés par les hôpitaux.

L'auteur expose la méthode usitée pour effectuer les sérodiagnostics en pratique courante et préciser la réponse de la réaction dans les cas où le diagnostic est particulièrement difficile à établir.

L'agglutination du spirochète est recherchée pour trois dilutions de sérum (1/10, 1/100, 1/1000). Dans certains cas, un résultat positif ayant été obtenu, il peut être intéressant de connaître le taux limite de l'agglutination. La réaction est alors effectuée avec un grand nombre de dilutions, plus ou moins rapprochées, variant d'un malade à l'autre d'après le résultat de la première réaction ; il s'agit alors d'un titrage.

La réaction apparaît quand les signes cliniques de l'infection se précisent, son étendue est proportionnelle à la limite de l'agglutination, elle régresse à mesure que le taux des agglutinines diminue et elle finit par disparaître.

Le glutathion dans les tissus du chien hypophyso-prive. Nouvelles preuves en faveur d'une association hypophyso-thyroïdienne et hypophyso-testiculaire. — MM. L. Binet, L. Kepinov et G. Weller ont dosé le glutathion dans le sang et dans les organes de chiens hypophysectomisés ; ils ont retrouvé, pour le sang, la diminution déjà signalée par d'autres expérimentateurs, mais ont pu préciser que cette diminution porte surtout sur le glutathion réduit. En ce qui concerne les organes, alors que la surrénale, la rate, le pancréas, le cœur donnent les mêmes valeurs que chez le chien normal, le foie, le muscle, la thyroïde et le testicule fournissent au contraire des chiffres nettement abaissés. Cette constatation présente un intérêt tout spécial dans le cas de la thyroïde et des testicules, organes toujours atteints d'atrophie après l'hypophysectomie ; il y a là une preuve biochimique des liens qui unissent l'hypophyse à la thyroïde et au testicule.

Recherche du bacille de Koch par culture dans les matières fécales de 16 cas de tuberculose pulmonaire. Choix d'une technique de culture et d'inoculation. — MM. P. Carnot, H. Lavergne, A. Fiehrer. 1° Pour déceler le bacille de Koch, les coprocultures présentent une supériorité incontestable sur l'examen direct par leur sensibilité et par leur sûreté, mettant à l'abri des acido-résistants non tuberculeux.

Elles sont d'ailleurs assez simples et méritent d'entrer dans la pratique bactériologique courante.

2° Nous proposons d'appliquer la méthode à la trypaflavine pour l'inoculation des matières fécales au cobaye. Elle se montre excellente, évitant les infections associées et même les abcès au point d'inoculation presque inévitables avec les autres méthodes.

Autre avantage : la même manipulation servira pour préparer l'inoculation au cobaye et la culture si l'on désire faire les deux simultanément.

Expérience sur la dispersion des bacilles tuberculeux introduits par voie intestinale chez un chien porteur d'une anse de Thiry-Vella. — MM. P. Carnot, H. Lavergne, A. Fiehrer. 1° Cette expérience s'ajoute à celles déjà nombreuses qui ont prouvé la perméabilité de la muqueuse intestinale au bacille tuberculeux chez l'animal adulte.

2° Elle met à l'abri des critiques qui ont invoqué une origine unique amygdalo-pharyngée ou trachéale dans les bacillémies par voie digestive.

3° C'est par la culture et l'ensemencement du foie et de la rate que, dans notre cas, nous avons pu démontrer une légère bacillémie tuberculeuse ; les cobayes, cependant plus sensibles que les milieux de culture et inoculés avec le sang, n'ont pas présenté de lésions tuberculeuses macroscopiques.

Ration diabétogène de l'antéhypophyse. — MM. Bernard, A. Houssay et Loir rapportent les expériences poursuivies sur le crapaud sud-américain et sur le chien, concernant l'action diabétogène des extraits d'antéhypophyse. Cette action ne saurait être due à une intervention des glandes surrénales : car la suppression anatomique ou *fonctionnelle* de ces glandes montre la persistance des effets de l'extrait antéhypophysaire sur la glyco-régulation. Il faut donc aujourd'hui faire un rôle indiscutable à l'antéhypophyse sur le métabolisme des glucides.

Réactions des animaux carençables à des doses croissantes d'acide ascorbique. — MM. A. Giroud, R. Ratsimamange, M. Baritte et F. Sylva. Les animaux soumis à des régimes de plus en plus riches en acide ascorbique examinés au point de vue anatomoclinique, présentent de moins en moins de lésions rattachables au scorbut. Des doses moyennes suffisent pour supprimer les lésions sanguines et dentaires, mais il semble qu'il faille atteindre de fortes doses pour voir disparaître les lésions vasculaires.

Réalisation du taux normal de l'acide ascorbique chez l'organisme carençable. — MM. A. Giroud, C.-P. Leblond, R. Ratsimamanga et M. Babinowicz essayent une série de régimes de plus en plus riches en acide ascorbique, de façon à obtenir chez le cobaye un taux d'acide ascorbique correspondant à ceux que l'on rencontre dans l'ensemble des animaux. Il faut des doses très importantes pour l'obtenir, il faut déjà plus de 30 mg. pour dépasser le taux de 1 mg. dans la surrénale.

Sur l'intervention d'un processus neuro-humoral histaminique dans la pathogénie des infarctus pulmonaires. — MM. G. Ungar, A. Grossiord et J. Brincourt ont montré que les embolies pulmonaires sont suivies d'une libération de substances histaminiques. Ils ont constaté d'autre part que l'excitation du nerf phrénique, s'accompagnant également d'une mise en liberté d'histamine, pouvait déterminer des lésions pulmonaires infarctoïdes. Ils en ont conclu à la possibilité d'un mécanisme neuro-humoral local à la base de la pathogénie des infarctus.

(Séance du 16 novembre 1935)

L'index tyrosine des polypeptides sériques chez le lapin au cours de l'infection tuberculeuse du type Yersin. — M. E. S. Panayotopoulo, au cours de l'infection tuberculeuse du type Yersin, trouve une augmentation notable et progressive de l'index tyrosine des polypeptides dans le

sang des lapins, et qui pourrait constituer un nouveau signe de l'insuffisance hépatique.

Mesure de la fatigue des centres réflexes médullaires. — MM. H. Fischgold et J. Bernard. Une excitation électrique isolée ou itérative peut déclencher le réflexe crémastérien ; on peut donc déterminer le voltage nécessaire pour produire le réflexe au seuil. En répétant les excitations à intervalles réguliers et suffisamment rapprochés, on voit qu'il faut augmenter le voltage liminaire, cette augmentation mesurant la fatigabilité des centres réflexes médullaires, qui tend rapidement vers une limite à partir de laquelle le voltage liminaire reste constant. D'où une allure très particulière de la courbe de fatigabilité médullaire chez le sujet sain, mesurée à l'aide de deux paramètres : le voltage et le temps de repos séparant les excitations. Ce temps de repos paraît le facteur essentiel : la fatigue apparaît nettement s'il est inférieur à 30 secondes chez l'adolescent, à 1 minute chez l'adulte.

Radio-hémolyse et cholestérine. — MM. B.-S. Levin et C. Piffault. Le sang des cobayes, ayant reçu de la cholestérine par injection ou par ingestion, présente une augmentation de sa résistance à la radiohémolyse *in vitro*.

Ainsi, une seule injection de l'huile cholestérinisée à 4 pour 100 doublait pendant trois semaines la dose roentgenienne nécessaire pour obtenir la lyse du sang du cobaye.

Azotémie et élévation de la réserve alcaline au cours de l'anurie. — MM. René Huguenin, R. Truhaut et C. Sannie ont poursuivi, à l'occasion d'un cas clinique d'anurie complète, des recherches physio-pathologiques qui leur semblent prendre la valeur de véritables faits expérimentaux, qui semblent confirmer les constatations effectuées par Léon Binet chez l'animal.

La réserve alcaline est montée jusqu'à 94,4 vol. de CO^2 après ingestion et injection de bicarbonate de soude. Cet accroissement considérable de la réserve alcaline n'a sans doute pas empêché une ascension du taux de l'urée, mais cette ascension fut lente et n'atteignit jamais un taux très élevé (3 gr. 80 au 20e jour).

Au point de vue physio-pathologique, les auteurs soulignent la survie vraiment inaccoutumée de 20 jours d'un sujet atteint d'anurie absolue, et chez qui ils ont vu diminuer les grands signes d'azotémie, apparus dès les premiers jours, à partir du moment où la réserve alcaline devint très élevée.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(Séance du 26 octobre 1935)

Signe de Kérangal, dans l'appendicite rétro-cœcale. — M. G. Pascalis rappelle que de Kérangal a montré qu'en faisant coucher le sujet sur le côté gauche, le cœcum et l'appendice se trouvent dégagés de la masse grêle et par conséquent aisément accessibles à la palpation. Il expose que ce signe est d'une constance remarquable et ne l'a jamais trompé.

Traitement chirurgical du prolapsus utéro-vaginal total des vieilles femmes. — M. G. Pascalis montre que le prolapsus utéro-vaginal total des vieilles femmes peut être guéri radicalement et sans risque par deux opérations d'exécution facile et rapide. Ainsi peut-on rendre quelque activité à de véritables infirmes.

La lympho-vaccination. — M. Dhenin préconise la vaccination lymphatique, introduction de vaccin au niveau de l'amygdale, organe le plus accessible de notre système de défense. Elle peut être pratiquée, soit avec des auto-vaccins, soit avec des stock-vaccins spécialement adaptés. Son action est rapide, indolore, et ne provoque pas de choc. Elle s'adresse à toutes les infections aiguës ou chroniques, aux manifestations de l'intoxication, telles l'asthme, les dermatoses, les entéro-colites, etc... La micro-lympho-séro-thérapie est l'injection de sérum antitoxique dans l'amygdale à doses minimes. Elle s'adresse à la diphtérie, et aux autres intoxications, et peut, dans certains cas, remplacer les injections massives de sérum.

Tumeur maligne de l'ovaire et puerpéralité. — M. Pierre Le Gac rapporte l'histoire d'une malade accouchée à terme d'un enfant de 2 kg. 500, — le ventre reste volumineux, — elle fait une occlusion du grêle, due à la coudure de l'intestin sur une bride unissant au mésentère la face postérieure d'une tumeur ovarienne droite, pesant 3 kg. 500 — qui est enlevée avec fistulisation du grêle. Guérison sans incident. L'auteur insiste sur la latence de ces tumeurs malignes et sur la conduite à tenir pendant la grossesse (tout dépend de l'âge du fœtus), et à la suite de l'accouchement.

Hypercholestérolémie : modifications notables, chimiques et cliniques, après applications de courants exponentiels de haute fréquence. — M. Aubourg, en examinant systématiquement le chimisme sanguin de 100 malades entrant, pour les affections les plus variées, au service d'électrologie de Beaujon-Clichy, a trouvé, chez 63 d'entre eux (soit une proportion des deux tiers), une fréquence inattendue d'exagération du cholestérol sanguin, variant entre 2 et 6 grammes. Après quelques jours de traitement par les courants exponentiels de basse fréquence, le taux élevé du cholestérol était en régression notable. Cette modification s'est accompagnée, cliniquement, d'une augmentation de la diurèse et des évacuations intestinales, et d'une amélioration de l'état général, avec la symptomatologie d'une cure de désintoxication.

La surveillance des donneurs de sang. — M. Stillmunkes rappelle les différentes épreuves qui doivent présider à la surveillance des donneurs et préconise l'épreuve de la sédimentation globulaire. Non seulement, celle-ci représente un test assez fidèle de l'état de santé habituel, mais elle est aussi de nature à réglementer les donnages qui, jusqu'ici, étaient soumis à une règle uniforme et dont l'empirisme s'accorde mal des réactions individuelles. Correctement effectuée, cette épreuve est un moyen de sélectionner les donneurs, de réglementer leur capacité de donnage et de fixer les limites au-delà desquelles la saignée peut entraîner des inconvénients de nature à faire cesser leur collaboration à l'œuvre de la transfusion et à celle des sérums de convalescents.

PRATIQUE MÉDICALE

LA PHYSIOTHÉRAPIE RÉFLEXOGÈNE CHEZ LES CARDIAQUES

Notre collaborateur et ami le Dr Louis Alquier revient sur cette importante question dans un article très documenté des *Archives des Maladies du Cœur* (sept. 1935). Des excitations appropriées, mettant en jeu la vaso-motricité, peuvent, on le sait, dans certaines circonstances, régulariser la circulation sanguine périphérique. De même, il est possible à la physiothérapie réflexogène de détendre les crispations tissulaires, d'assouplir les enraidissements chroniques et, par ce moyen, d'apaiser ces troubles irritatifs que Laubry désigne, si justement, sous le nom de troubles neurotoniques.

Par quelques exemples, l'auteur montre ce qu'on peut attendre de la mise en jeu des réactions vaso-motrices et conjonctivo-lymphatiques dans les cardiopathies mitrales

et aortiques et dans les troubles divers, angine de poitrine, arythmie, que peuvent engendrer des causes multiples.

Après avoir publié quelques observations probantes, il arrive aux conclusions suivantes : la physiothérapie réflexogène ajoute aux thérapeutiques classiques des cardiopathies, un mode de traitement des troubles d'ordre neurotonique et vaso-moteur ; la mise en jeu des réactions vaso-motrices et conjonctivo-lymphatiques modifie ces troubles d'une façon immédiate s'adaptant aux variations incessantes des perturbations fonctionnelles auxquelles s'adresse la réflexothérapie. L.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LUXATION RÉCIDIVANTE DE L'ÉPAULE

Plus fréquente qu'au niveau de toute autre articulation — du fait de l'extrême mobilité de l'article et de la laxité habituelle de la capsule — la luxation récidivante de l'épaule est caractérisée par la survenue de luxations à répétition *à l'occasion de traumatismes minimes ou de simples mouvements habituels du bras.* Bien qu'elle ne s'accompagne en général d'aucune complication, elle arrive à constituer, par sa répétition, une *véritable infirmité* relevant d'une *thérapeutique chirurgicale.*

ETIOLOGIE. — Surtout rencontrée chez l'homme adulte et l'adolescent.

Il faut insister sur le **caractère atténué à l'extrême du traumatisme** ou du mouvement qui a déclanché la luxation : choc sur le moignon de l'épaule, mouvements d'élévation-abduction.

Sa **fréquence** est très variable et *tend souvent à augmenter avec l'ancienneté de l'affection*, le malade se luxant l'épaule à l'occasion du moindre mouvement. On peut noter ainsi jusqu'à 50 accidents et davantage chez un même sujet.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — a) **Lésions capsulaires et péri-capsulaires.** — *Distension parfois considérable de la capsule*, surtout à sa partie antérieure très amincie, relâchement ligamenteux, étirement du tendon du sous-scapulaire. Parfois désinsertion partielle de la capsule ou arrachement du bourrelet glénoïdien.

Surtout rôle important du **décollement sous-capsulo-périosté** ; au cours d'une luxation antérieure, la capsule ne s'est pas rompue. Intimement adhérente au périoste elle l'a désinséré du rebord glénoïdien, d'où formation d'une cavité nouvelle, prolongeant la cavité articulaire, dans laquelle la tête viendra se loger à chaque luxation nouvelle.

b) **Lésions osseuses.** — **La Glène :** lésions rares et d'intérêt secondaire. Arrachement d'un fragment osseux, fracture du rebord antérieur, érosion progressive de ce rebord par des luxations répétées. Exceptionnellement cavité glénoïde anormalement peu profonde, à rebord effacé.

La tête humérale : deux lésions qui, quand elles existent, seraient la cause prédisposante essentielle d'une luxation récidivante :

Déformation en hachette ou en maillet. Tête hypertrophiée et déformée portée par un véritable col huméral formant avec la diaphyse un angle voisin de 90°. Ovale cartilagineux allongé et aminci : d'où diminution du contact des surfaces articulaires et glissement facile.

Encoche postéro-externe de la tête, petite dépression ou véritable vallée osseuse à parois lisses. S'engrenant presque constamment avec le rebord glénoïdien antérieur, elle maintient la tête en position de demi-luxation, d'où la facilité de luxations à rechutes.

PATHOGENIE. — *Ces diverses lésions, souvent associées, sont de valeur et de signification longtemps discutées.* On admet à présent qu'à côté de *malformations essentielles*, congénitales ou acquises : tête en hachette, encoche postérieure, capsule flottante, il est des *lésions traumatiques*, décollement capsulo-périostique, lésions du bourrelet et du sourcil, brèche capsulaire, lésions du surtout péri-articulaire, qui peuvent expliquer des luxations récidivantes. D'où l'importance à accorder à la première luxation dans la survenue des autres.

CLINIQUE. — La luxation récidivante ne possède guère d'individualité clinique sinon par sa répétition et les conditions dans lesquelles elle survient.

Elle se produit en effet *sans grande douleur à l'occasion d'un traumatisme minime*, d'un mouvement habituel du bras, voire d'une simple contraction musculaire.

L'interrogatoire révèle l'existence d'accidents antérieurs et les conditions dans lesquelles ils sont survenus.

Le tableau clinique est celui d'une luxation banale, souvent fruste et traduisant une *luxation extra-coracoïdienne* ordinairement rencontrée alors que les luxations graves récidivantes ne se voient presque jamais.

Il n'existe en règle aucune complication.

Par un examen radiologique minutieux, on cherchera à mettre en évidence les lésions. Deux clichés : un de face, l'autre le malade en décubitus ventral, la main sur la hanche, l'ampoule en oblique pour bien voir l'encoche postérieure.

La réduction ordinairement extrêmement aisée — le malade réduisant souvent lui-même sa luxation — sera parfois étonnamment laborieuse alors même que les accidents précédents avaient toujours permis une réduction très facile.

Le pronostic est sévère, la répétition des accidents arrivant à créer une véritable infirmité, entretenant et aggravant les lésions d'autre part. On devra intervenir avant que ne se soit installé un syndrome de périarthrite scapulo-humérale dont l'existence grèverait lourdement le pronostic post-opératoire.

LE DIAGNOSTIC ne se pose guère habituellement du fait de la répétition des accidents selon le même type. En l'absence d'antécédents, toute luxation de l'épaule survenue sans traumatisme net est suspecte et commande un examen radiologique particulièrement minutieux.

LE TRAITEMENT est essentiellement chirurgical.

La luxation sera immédiatement réduite en restreignant au minimum le traumatisme au cours des manœuvres.

Les classiques moyens prophylactiques (épingle de Nélaton, entraves brachio-thoraciques, manche cousue) sont insuffisants.

Il faut intervenir.

La capsulorraphie avec exploration articulaire était l'intervention la plus courante jusqu'à ces dernières années. Elle peut donner seule d'excellents résultats quand les lésions capsulaires ou péricapsulaires sont au premier plan.

La plupart des chirurgiens ont recours actuellement à une **butée osseuse préarticulaire** formant tampon en avant de la tête humérale et en empêchant la luxation (selon les auteurs : *allongement de la coracoïde* par dédoublement ou mise en place d'un greffon tibial, butée isolée ou associée à une capsulorraphie avec raccourcissement du sous-scapulaire). En dehors des cas rares de pseudarthrose ou de fracture du greffon, les résultats en sont dans l'ensemble très favorables.

CHRISTIAN PIERRA.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


LABORATOIRES CARTERET
Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation
DIURÈNE
"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS
CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES
LIQUIDE
PILULES
Posologie : 2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour.
CONTIENT TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ADONIS VERNALIS
Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
Adopté par :
L'Assistance-Publique
Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

N° 8. — SAMEDI 25 JANVIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

LE DEUIL DE L'ANGLETERRE

Le deuil qui frappe l'Angleterre est très vivement ressenti en France. Personne, de ce côté-ci du détroit, n'oublie que le roi George V fut un ami constant et loyal de notre pays pendant les bons comme les mauvais jours.

Très sincèrement, nous nous associons à la tristesse de nos confrères anglais, et nous les assurons de notre sympathie la plus profonde.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 20 janvier 1936. — Questions données : « Les phlegmons du plancher de la bouche. — Symptômes et diagnostic des abcès du poumon. »

Mlle Mage, 20,2 ; MM. Guillemin, 22,8 ; Azoulay, 20,5 ; Jamain, 22,9 ; Robey, 23,7 ; Verrières, 19,4 ; Temime, 19 ; Lesieur, 18 ; Raynaud, 15 ; Mlle Juster, 18,8.

— CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — *Médecine.* — Mémoires : MM. Bargeton, 16 ; Bernard, 18 ; Delamare, 16 ; Eck, 19 ; Facquet, 18 ; Mahoudeau, 20 ; Netter et Robert, 18.

Epreuve théorique anonyme. — Questions données : « Le rôle du chlorure de sodium dans l'organisme humain. — Les infantilismes. »

Chirurgie et accouchement. — MM. Mialaret, 20 + 26 + 19 = 65 ; Boudreaux, 19 + 27 + 16 = 62 ; Lance, 18 + 23 + 19 = 60 ; Viala, 20 + 22 + 18 = 60 ; Aboulker, 19 + 25 + 15 = 59.

Médaille d'or : M. Mialaret ; médaille d'argent : M. Boudreaux ; accessit : M. Pierre Lance.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. — La commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne donne avis de l'ouverture à l'hôpital Edouard Herriot de Lyon, le lundi 25 mai 1936, à 8 h. 30, d'un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la commission administrative ; il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue Michelet, 37 *bis*, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscription sera clos le vendredi 15 mai, à 18 h.

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE ET DE L'ART DENTAIRE AUX COLONIES. — Un décret en date du 18 janvier 1936 (*J. O.*, 22 janv.) rend applicables aux colonies les dispositions de la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et prescrit la vérification et l'authentification des titres et diplômes de tous les médecins et dentistes exerçant aux colonies.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Desgrez, directeur scientifique de l'Institut d'hydrologie de Paris ; M. Siredey, ancien président de l'Académie de médecine.

Au grade d'officier. — MM. Bory, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis ; Jouffray, chirurgien en chef de l'hôpital

de Cannes; Louis Le Sourd, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris; Sébillotte, à Paris.

Au grade de chevalier. — MM. Leclainche, à Paris; Bordier, à Guéret; Jourda de Chabanolles, à Chamonix; Meugé, à Neuilly-sur-Seine; Perpère, au Mont-Dore; Verdeaux, à Lyon.

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — M. Chatelot, à Villersexel.

Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. Chaussé, à Paris.

[La rédaction de la *Gazette des hôpitaux* est heureuse d'adresser ses félicitations très affectueuses à l'un de ses membres, le docteur Louis Le Sourd, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, qui vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur. Depuis 35 ans, Louis Le Sourd est le fidèle assistant de son frère, notre directeur.]

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.). — L'assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M. aura lieu le mardi 28 janvier, à 17 h., à la Faculté de médecine, salle du Conseil, sous la présidence de M. Marx, directeur des Œuvres françaises à l'étranger.

Conférences préparatoires au concours d'admission a l'École du service de santé militaire (candidats à 4 inscriptions de médecine). — Une série de conférences d'anatomie, d'histologie et physiologie, destinées exclusivement à la préparation du concours d'admission à l'École du Service de santé militaire en 1936, est organisée au Val-de-Grâce, à partir du 3 février prochain.

Les auditeurs seront exercés à faire des compositions écrites et à subir des interrogations orales.

Les inscriptions sont gratuites. Elles seront reçues au début de la première séance qui aura lieu au Val-de-Grâce (petit amphithéâtre de l'Ecole d'application) le lundi 3 février, à 20 h. 30.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Ernest Gasne, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris; Albert Haslé (de Fougères), Oursel, maire d'Evreux; Naz, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Croisière médicale en Amérique. — La Compagnie Générale transatlantique organise avec le concours de l'U.M. F.I.A., pour les vacances de Pâques 1936, une croisière en Amérique du Nord. Les membres du corps médical bénéficieront pour cette croisière de conditions matérielles très avantageuses. Elle aura lieu sur les plus confortables unités de la flotte transatlantique.

Trois itinéraires ont été prévus :

1° Paris-New-York-Paris (3 journées de séjour à New-York) ;

2° Paris-New-York-Boston-Washington-Montréal-Québec-Paris (21 jours tout compris) ;

3° Paris-New-York-Washington-La Havane-Montréal-Québec-Paris.

Un communiqué ultérieur donnera sur les conditions de la participation à ces Croisières et sur leur programme, des renseignements plus détaillés.

On peut dès maintenant écrire pour plus amples informations, à M. le Président de l'U.M.F.I.A., 81, rue de la Pompe, Paris (16e).

9e croisière médicale française (Pâques 1936 (5 avril-20 avril). — La croisière aura lieu à bord du réputé et luxueux s/s *Champlain*, de la Compagnie Générale Transatlantique, qui partira du Havre le 5 avril 1936 et y reviendra le 20 avril après avoir touché à Lisbonne, Malaga, Casablanca, Ténériffe, Madère, Ponta-Delgada (Açores). Prix très réduits pour les médecins, bourses de voyages pour les élèves des hôpitaux.

S'adresser sans retard aux *Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot, Paris* (5e).

XXIe Congrès de médecine légale et de médecine sociale de langue française. — Ce congrès se tiendra à Paris en 1937 sous la présidence de M. Crouzon. Il n'y aura pas de congrès en 1936.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE LA GRÈVE DES ÉTUDIANTS

L'Association corporative des étudiants en médecine, que préside M. Dromart, interne des hôpitaux, et dont le délégué permanent est M. Mordagne, nous prie de préciser la position qu'elle a adoptée :

« 1° La Corpo de Médecine est décidée à appuyer le mouvement corporatif organisé par la Corpo du Droit, en dehors de ce que peuvent décider les groupements politiques ;

2° Elle est décidée à participer à ce mouvement, que les protestations soient manifestées par tracts, ordres du jour, communiqués, meetings et, si c'est nécessaire, par une grève.

« La Corpo de Médecine, pour la première fois peut-être depuis qu'elle existe, pourrait paraître se mêler d'une affaire politique. Or, elle déclare formellement ne pas faire de politique en agissant ainsi ; si elle est décidée à s'associer aux protestations actuelles, c'est précisément parce que la politique lui répugne. Elle estime que nos professeurs ont autre chose à faire que s'associer ostensiblement à des affaires politiques, comme l'a fait M. Jèze : il n'est pas question d'empêcher un professeur d'user de ses droits de citoyen, mais il est inadmissible qu'un professeur de faculté en exercice soutienne à une tribune officielle internationale les intérêts d'une nation autre que la sienne, sans être mandaté par le gouvernement de son pays ».

RENSEIGNEMENTS

A vendre ou a louer. — Ardèche. Belle maison de maître, genre castel, avec dépendances, sise près des bords de la rivière du Chassezac et du bois de Païolive. Bonne exposition et panorama. Bois de pins, situation climatique et touristique. Conviendrait parfaitement à l'installation d'un préventorium-colonie de vacances. Maison de repos pour intellectuels. Pays de pêche et de chasse. — S'adresser, pour traiter, à M. Vielfaure, notaire, Les Vans (Ardèche).

REVUE GENERALE

TRAITEMENT DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

LES POSSIBILITÉS ET LES ESSAIS THERAPEUTIQUES

Par M. JACQUES VIÉ,

Médecin directeur de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château.

Travail du service de Mlle PASCAL *(Asile de Maison-Blanche) et de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château.*

« Si une maladie mentale offre des perspectives de guérison et d'amélioration, c'est bien la schizophrénie. » Le bel optimisme qu'exprimait ainsi Répond (1) au Congrès de Barcelone 1929, anime les médecins qui, sans se décourager, multiplient les essais thérapeutiques fondés sur les bases les plus diverses. Peu de maladies mentales ont suscité autant de tentatives, autant d'espoirs. Toutes les méthodes employées ont donné entre les mains de leurs promoteurs, des résultats isolés, mais aucune d'entre elles n'a pu être généralisée à l'ensemble des cas, ce qui semblerait en définitive, justifier les critiques d'auteurs qui se cantonnent dans le scepticisme.

Considérations sur les fondements rationnels d'un traitement de la démence précoce. — Nous voudrions souligner quelques raisons de cette variabilité dans les effets de procédés identiques, et par là même déterminer les conditions permettant d'obtenir des résultats au moins comparables entre eux.

La première cause d'erreur vient de l'imprécision et de la diversité des limites assignées par les psychiatres à la démence précoce (2). La schizophrénie élargie au point de n'être plus qu'une modalité réactionnelle ou un syndrome comporte autour du noyau de la démence précoce hébéphréno-catatonique, affection organique, toute une auréole d'états fonctionnels, de rêveries morbides, d'obsessions plus ou moins atypiques. La psychothérapie s'assure dans ces derniers cas des succès légitimes, elle ne peut évidemment prétendre aux mêmes résultats en face d'une démence primitive et rapide.

De même la Schizophrénie a accaparé toute la série des encéphalites toxi-infectieuses ou des insuffisances glandulaires qui présentent avec la Démence précoce ou avec l'un de ses éléments symptomatiques — catalepsie, stupeur, asthénie, excitation onirique — des analogies plus ou moins lointaines. La réussite complète, physique et mentale, alors obtenue par les médications antisyphilitiques, antituberculeuses, anticolibacillaires, anti-infectieuses générales, par les extraits de glandes endocrines, etc., a pu faire escompter pour la Démence précoce vraie des améliorations qui ne se sont pas réalisées ou ne sont demeurées que très partielles. L'étiologie demeure incertaine. Le terrain se résume dans un cumul de tares, où la tuberculose souvent s'allie à la syphilis héréditaire, mais il n'existe pas de formule constante et parfois l'enquête la plus minutieuse ne parvient à rien déceler (1). La thérapeutique institue une contre-épreuve fatale à la plupart des hypothèses pathogéniques, et l'on demeure encore en pratique dans une ère de tâtonnements ; tandis que les théories constitutionnistes orientent avant tout vers les procédés de défense et de prophylaxie sociale, les théories de la démence précoce maladie acquise autorisent aux procédés d'attaque visant à limiter et à corriger l'action des facteurs actuels.

Un nouveau point de vue s'ouvre avec la détermination des domaines réciproques de la psychogénèse et de la physiogénèse. Pour les partisans de la nature psychologique du trouble fondamental, la psychothérapie seule devrait se montrer efficace comme l'espéraient certains disciples de Freud et de Bleuler, à l'exclusion de la « polypragmasie d'injections » (H. W. Maier) ; les organicistes d'autrefois étaient portés à la négliger au profit des méthodes de la médecine somatique. Bleuler a montré la voie du progrès en distinguant les phénomènes primaires ou physiogénétiques, qui expriment l'atteinte basale, et les phénomènes secondaires qui traduisent la réaction du psychisme aux modifications imposées par les premières à la personnalité (2). Mais il a insisté avec prédilection sur l'importance de cette superstructure, et s'il a eu le mérite incontestable de remettre en valeur les effets appréciables de la psychothérapie, il semble avoir négligé le traitement de la base physiopathologique.

Cette base, Mlle Pascal s'est attachée depuis de nombreuses années, à la découvrir dans un syndrome d'hypovitalité qui joint à l'asthénie psycho-neuromusculaire de Sérieux et Masselon, la dystonie vagosympathique et l'anergie, véritable négativisme humoral.

Comment s'attaquer à ce syndrome ? Dans quelle mesure peut-on espérer le réduire ? La pratique des tests pharmacodynamiques (C. Pascal et A. Deschamps) permet de concevoir dans les phénomènes morbides une couche essentiellement mobile et régressive souvent bruyante et colorée, qui recouvre un fonds démentiel stable actuellement inaccessible à nos procédés de libération.

Les notions évolutives que l'on possède aujourd'hui doivent guider ici l'action thérapeutique.

La Démence précoce se déroule par poussées de troubles dynamiques sujets à régression seulement partielle, puisqu'ils laissent après eux des séquelles définitives. Chaque poussée nouvelle laisse persister des séquelles plus graves. La détermination clinique des phénomènes d'activité et des phénomènes résiduels fait le point dans la marche générale de la maladie ; l'exploration pharmacodynamique indique le coefficient de réductibilité du tableau morbide et

(1) RÉPOND. Issue des cas de schizophrénie traités à Malévoz (1919 à 1928). Congrès des Aliénistes, 1929.

(2) Mlle PASCAL. *La démence précoce*. 1911. — Mlle PASCAL et J. VIÉ. *La démence précoce* (à paraître en 1936).

(1) Mlle PASCAL et J. VIÉ. *Hébéphrénie et terrain*, mémoire pour la Commission de l'hébéphrénie, 1929 ; — Etude critique des morphogrammes schizoïdes de Kretschmer, *Soc. méd. psychol.*, 27 janvier 1930 ; — Démence précoce et schizophrénie de Kretschmer, *Encéphale*, avril 1931.

(2) BLEULER. La schizophrénie, rapport au *Congrès des Aliénistes*, 1926.

par là l'efficacité possible d'une action curative. Il est bien évident que l'échec d'une méthode appliquée chez de vieux chroniques ne présage en rien de ses résultats au cours des poussées initiales. Hyvert, Stœrr et Colin viennent de le démontrer nettement à propos de la chrysothérapie. Inversement, on ne peut attribuer à tel ou tel procédé un cas de rémission, véritable guérison spontanée qui peut terminer une poussée, en l'absence de toute intervention médicale ; la fréquence supérieure des rémissions, la très faible importance des séquelles peuvent seules conclure à l'utilité réelle de la thérapeutique. Comme le souhaite C. Schneider, il faudrait pendant une dizaine d'années observer une série de 100 à 500 cas, dont on traiterait avec persévérance 1 cas sur 2 seulement, de manière à pouvoir, sur ce grand nombre, comparer les résultats. Sous toutes ces réserves, recherchons maintenant ce que l'on est en droit d'attendre, aux diverses phases de la maladie, de la *prophylaxie*, des *techniques médicales d'attaque* et des *méthodes conservatrices*.

I. **Prophylaxie de la démence précoce.** — Les méthodes prophylactiques peuvent se ranger en deux groupes suivant qu'elles tendent à éviter la naissance de sujets fatalement voués à la psychose, ou à protéger les prédisposés des influences néfastes susceptibles de déclencher le processus évolutif. Les premières ont pris un intérêt puissant depuis qu'est entrée en vigueur, dans plusieurs pays, la grave mesure eugénique de stérilisation des aliénés, à laquelle la génétique, dans le cas particulier de la démence précoce, ne fournit aucune base légitime. Les autres n'apportent aucun procédé spécifique et mettent seulement en œuvre les règles d'hygiène classiques de la névropathie.

A. MESURES EUGÉNIQUES. — La connaissance des lois de l'hérédité précisées depuis les travaux de Grégor Mandel n'apporte aucune démonstration de la transmission de la Démence Précoce. La Schizoïdie de Kretschmer atteindrait une moitié de l'espèce humaine et perd tout contact avec la pathologie scientifique. Pour les partisans d'une Schizophrénie héréditaire, la gêne morbifique ne serait pas du type dominant, comme pour la psychose maniaque dépressive, ni même du type récessif simple, mais nécessiterait pour l'éclosion de la maladie, la rencontre de deux gênes différentes. L'hérédité est donc discontinue, elle peut sauter des générations avant de se révéler, enfin elle reste absolument imprévisible. Elle ne peut fournir de base, comme le montrait récemment Mme Minkowska (1), pour une action pratique.

Les auteurs qui formulent des conclusions précises font eux-mêmes place aux déterminants acquis (Boven) et insistent sur les difficultés d'application à la clinique humaine (Rudin). Nous avons assez insisté sur l'interprétation biologique du terrain, sur le rôle des toxi-infections acquises pour n'avoir qu'à souligner ici toute l'incertitude des données de la génétique ; elles n'aboutissent qu'à des approximations vagues, à des indications plutôt qu'à des directives.

Mariage et Démence précoce. — Une série de questions se posent au sujet du mariage des collatéraux et des enfants des malades eux-mêmes.

Pour les collatéraux, une grande prudence s'impose, il faut se baser sur l'étendue des *tares psychonévropathiques*, rechercher si la maladie a déjà frappé plusieurs membres d'une génération précédente. La notion de récessivité engage à interdire tout *mariage consanguin* et à déconseiller le mariage des sujets orientés vers la rêverie, la concentration intérieure, le détachement de la réalité. Pour les collatéraux directs (frères et sœurs du malade), nous avons souvent noté que les premiers-nés sont atteints plus fréquemment et plus tôt que les suivants, ceux-ci ont plus de chances d'échapper à la psychose, mais il faut attendre qu'ils aient un âge plus avancé pour prendre une décision. Et l'existence des cas de démence précoce familiale est là pour contraindre à une circonspection extrême et pour dissuader les frères et sœurs d'un malade de tout projet matrimonial prématuré.

La descendance des déments précoces, peu nombreuse, se réduit très rapidement. Elle est exceptionnelle chez les hommes ; quant aux femmes, la mortalité précoce de leurs enfants relève souvent des soins insuffisants qu'elles leur donnent ; ils sont de plus d'une constitution peu robuste. Qu'allons-nous conseiller à ceux qui atteignent l'âge adulte sans manifester de tares physiques ni mentales ? Il serait évidemment mieux qu'ils demeurent célibataires ; mais peut-on leur interdire formellement le mariage avec un partenaire absolument normal, issu d'une famille saine ? Nous ne le croyons pas. Par contre le devoir élémentaire du médecin sera de décider l'intéressé à avertir son futur partenaire de la situation familiale.

Il est un dernier point sur lequel le médecin doit se montrer formel : c'est *l'interdiction absolue* du mariage d'un jeune homme ou d'une jeune fille qui a présenté une atteinte « schizophrénique » antérieure certaine et qui, au moment de l'examen, montre encore des symptômes de petite catatonie, si minimes soient-ils. Parfois des parents imbus de préjugés traditionnels rénovés à la source freudienne pensent trouver dans le mariage un dérivatif indispensable à la nervosité ou à l'apathie de leur enfant. Leur erreur est profonde, et nous avons cité l'exemple de ces malades qui créent un foyer avec l'espoir d'y trouver le milieu de sympathie qui leur manque, ils vont à l'échec certain que réserve l'introduction, avec eux-mêmes, de la psychose dans ce dernier refuge.

Stérilisation des Déments précoces. — On pourrait ainsi concevoir l'intérêt pratique de la stérilisation pour certains déments précoces. Les Eugénistes l'ont voulue générale et légale. Sous l'influence d'un mouvement d'idées qui, il faut bien le dire, n'a pas été toujours inspiré par la science objective et impartiale, la stérilisation des aliénés (1) est entrée en pratique dans 23 états américains (en Californie depuis 1907), en Suisse (canton de Vaud 1929), au Danemark

(1) Mme MINKOWSKA, Critique de la loi de stérilisation au point de vue généalogique. *Soc. méd. psychol.*, 25 mars 1935.

(1) Articles de WANNER, de R. PENEL, etc., dans le numéro de *L'Hygiène mentale*, juillet-août 1930.

et enfin en Allemagne où elle est appliquée avec une rigueur jusqu'ici inconnue.

Le but poursuivi a été soit eugénique, soit thérapeutique, soit simplement économique. Les déments précoces ont toujours été inscrits parmi les aliénés stérilisables. La « Schizophrénie » est visée par la loi allemande à côté de l'imbécillité congénitale, de la folie cyclique, de l'épilepsie essentielle, de la chorée de Huntington, de la surdité, de la cécité, des malformations graves héréditaires, de l'alcoolisme grave. Le malade ou son tuteur, les médecins d'établissements spécialisés, adressent leur demande devant le « tribunal de santé héréditaire » qui statue sur chaque cas. Les Français éprouvent une répulsion foncière pour des pratiques aussi brutalement attentatoires à la dignité humaine. M. Mignot (1) a fait, dès 1911, une critique pénétrante et spirituelle du principe même de la stérilisation, qu'a reprise Frantz Adam en groupant de nombreux arguments d'ordre moral et d'ordre clinique.

Néanmoins, en présence du fait réalisé, il faut bien en évaluer les résultats particuliers. En fait, l'utilité pratique de la méthode se montre extrêmement réduite, sur 5.820 aliénés stérilisés en Californie, de 1909 à 1928, 60 % des hommes, 29 % des femmes, appartenaient à la Démence précoce et à la paranoïa. 39 % des malades opérés durent rester à l'asile ; le résultat thérapeutique était limité. Depuis lors on s'est borné à rendre impropres à la reproduction les déments précoces que l'on pouvait remettre en liberté sur parole et le nombre des opérations a beaucoup diminué.

La véritable indication se poserait dans les premières années de la maladie, lorsque les rémissions sont assez complètes pour permettre des sorties au moins temporaires ; c'est dans cet esprit que la méthode a été appliquée dans le canton de Vaud, et Warmer a rapporté deux cas de schizophrénie érotiques qui ont pu quitter l'asile sans être exposées à des grossesses. Tel est aussi l'avis de Mayer-Gross (2) qui préconise la *stérilisation avant la sortie* pour les cas de schizophrénie bien établie par une observation prolongée.

En ce sens, il est certain que la stérilisation rendrait des services dans des cas exceptionnels, sur la demande expresse des intéressés, et il est regrettable qu'une publicité intempestive ait transporté cette question délicate du domaine de la technicité pure dans l'atmosphère sentimentale de l'opinion.

B. Hygiène des prédisposés. — Comment définir la prédisposition à la Démence précoce si l'on rejette avec nous la constitution schizoïde ? Nous y rangerons les enfants et petits-enfants, les frères et sœurs des déments précoces, les sujets qui joignent à des tares névropathiques l'hérédo-syphilis et la tuberculose. Enfin, nous appliquerons avec plus de rigueur ces directives aux sujets qui ont présenté dans leur jeunesse des épisodes nerveux et mentaux donnant à penser à une poussée initiale de la maladie.

Ces sujets devraient être l'objet d'une surveillance

(1) R. Mignot, *Ann. méd. psychol.*, janvier 1911, p. 167.
(2) Mayer Gross, dans le *Traité de Bumke*, tome IX, p. 605.

médicale active que réaliseraient les *dispensaires d'Hygiène Mentale.*

Les principes à appliquer n'ont en l'état de nos connaissances, rien de spécifique ; ce sont les grandes règles d'hygiène classique des névropathes que l'on trouve déjà dans le « De Anima Brutorum » de Willis ; dans *Morel* (1), au paragraphe consacré à l' « Hygiène, prophylaxie et éducation spéciale des enfants nés dans des conditions d'hérédité de mauvaise nature » ; dans Calmeil, à qui il les avait empruntées.

Calmeil (2) recommande d'éviter les émotions vives et répétées, les irritations, les frayeurs, la jalousie. A l'âge scolaire, il indique la nécessité d'une *collaboration médico-pédagogique* qui développe l'intelligence sans fatiguer, qui retienne plutôt qu'elle ne stimule, qui fasse exercer le système musculaire et fuir l'isolement. Calmeil avait prévu le rôle du médecin dans l'*orientation professionnelle,* il détourne les prédisposés « des carrières qui exposent aux luttes de l'ambition, aux vicissitudes et aux déceptions de la fortune », de celles qui « réclament une activité incessante de l'intelligence », de celles où l'imagination est dans un état continuel d'exaltation. Ajoutons-y, avec Dide et Guiraud (3), les professions demandant de l'initiative et une grande responsabilité. Aux jeunes gens qui ont présenté des accès symptomatiques de début, on épargnera évidemment l'épreuve du service militaire qui, chez les déments précoces, donne lieu aux plus grands déboires, ainsi qu'aux méprises les plus irréparables.

Bouyer et Martin-Sisteron (4) recommandent avec Hesnard de combattre l'hypertrophie de la vie intérieure chez les jeunes schizoïdes, « l'abus des lectures et spectacles romanesques, d'une mystique tout affective, de l'introspection voluptueuse, du symbolisme dans les perceptions et les images. Il faut intéresser ces enfants au monde extérieur, les mettre en confiance, éviter qu'ils se replient sur eux-mêmes, faire un grand effort pour les comprendre.

On ne négligera pas le *développement physique,* notamment à la période pubérale. Les médications endocriniennes (thyroïdiennes, hypophysaires, ovariennes, testiculaires, hépatiques) auront leurs indications ainsi que l'arsenic et le fer préconisés par Deny (5), les cures antisyphilitiques, en particulier le sulfarsénol méthodiquement continué. Enfin, il faudra dépister et traiter avec soin la tuberculose dans toutes ses manifestations souvent latentes, dans les poussées fébriles trop vite considérées comme cryptogénétiques. La tuberculose joue un rôle trop important chez les déments précoces pour qu'on ne place pas la *vaccination par le B.C.G.* à la base des mesures prophylactiques de la psychose.

II. Les techniques médicales dans les périodes évolutives. — La thérapeutique de la démence précoce

(1) Morel. *Traité*, p. 639.
(2) Calmeil. *Traité des maladies inflammatoires du Cerveau*, t. II, p. 650.
(3) Dide et Guiraud. *Psychiatrie du médecin praticien*, 2e édition, p. 266. 1929.
(4) Bouyer et Martin Sisteron. *Hygiène mentale individuelle*, 1926.
(5) Deny. *Traité de Sergent*, Psychiatrie, t. II, p. 235.

a traversé depuis les travaux de Kraepelin une période de « résignation » (Mayer-Gross) abstentionniste et stérile. La conception dynamique de Bleuler a eu le mérite incontestable de ranimer l'effort curateur, en plein développement actuel sous toutes ses modalités. Nous étudierons successivement la psychothérapie qui est loin de se limiter à la psychanalyse, puis les médications physiogéniques et les médications de choc, qui tentent de remédier à l'hypovitalité hébéphrénique en brisant le blocage fonctionnel ou en suppléant à ses déficiences, les médications étiologiques et pathogéniques qui visent des facteurs très variés.

A. Psychothérapie de la Démence précoce. — Elle est née, il faut le reconnaître, sous l'égide de Freud. L'intervention psychanalytique de la superstructure psychogène de la Démence précoce avait fait naître, chez les disciples de Bleuler, Jung, Ricklin, Maeder, etc., l'immense espoir de briser la barrière, d'effondrer le mur derrière lequel, selon l'expression de Kretschmer, devait se dérouler tout un monde d'enchantement, de féeries, de « fêtes et de banquets » dans le domaine mystérieux du subconscient.

Ceci appartient au passé (1) et nous ne nous appesantirons pas dans la critique de tentatives louables, mais sur l'échec desquelles l'unanimité est aujourd'hui acquise. Dans la Démence précoce, maladie organique, la psychanalyse ne peut avoir aucune action. Pour Freud (2), son application à la Démence précoce constitue une faute de technique. Bleuler reconnaît l'inutilité de la psychothérapie « là où les symptômes organiques prédominent ». Il serait d'ailleurs bien difficile, comme le remarquait Sollier, d'appliquer à des sujets dénués d'attention, d'intérêt, d'abandon et de docilité, la patiente méthode psychanalytique, qui exige de si longues séances de recueillement. Ne serait-ce pas encore, dit H. W. Maier, développer l'autisme des malades et les écarter encore plus de la réalité ? Approfondir, dit Speer, le processus de dissociation mentale ? Et Kretschmer n'ignore pas le danger, sous l'influence directe de l'analyse, « d'explosions des mécanismes catatoniques profonds », bien qu'au début de la maladie il cherche encore à mettre en évidence et à vaincre « la phase de protestation pubérale » ou encore quelque complexe d'attachement parental.

Psychothérapie affective de la superstructure psychogénétique. — La psychanalyse n'est donc d'aucun secours et se montrerait même nocive dans la Démence précoce vraie. Cela ne condamne nullement toute la psychothérapie dont les ressources sont bien plus étendues.

Il demeure évident qu'elle a d'autant plus de prise que l'élément démentiel, organique, définitif demeure restreint et que la superstructure psychogène est plus développée (3). Dans ces cas, dit Bleuler, « le pronostic dépend en majeure partie du traitement ». Le succès s'obtient surtout dans les états d'excitation anxieuse ou confusionnelle, dans les états crépusculaires, dans les bouffées délirantes, les syndromes aigus ou chroniques à caractère hystérique, neurasthénique ou hypochondriaque. Par contre, ajoute Répond, le traitement sera inopérant dans les cas où le psychisme est, dès le début, torpide et inactif.

Comment en pratique agir sur ces états ? Max Muller (1) a décrit sous le nom de « *mécanismes de guérison de la schizophrénie* » des processus spontanés d'évolution favorable qu'il interprète suivant les théories freudiennes. Il étudie d'abord le rôle des relations affectives avec l'ambiance, transfert affectif sur le médecin et les autres personnes de l'entourage, thérapeutique par le travail qui pour lui brise l'autisme. Puis il fait place aux transformations des données psychosiques et du monde délirant, enfin aux mécanismes de refoulement du délire. Le travail de Max Muller, pour intéressant qu'il soit, souligne plus des modes d'évolution spontanée qu'il n'apporte de directives pour l'action médicale, il s'applique aux bouffées délirantes aiguës ou aux psychoses hallucinatoires chroniques, bien plus qu'à la démence précoce vraie.

Répond, tout en conservant le vocabulaire freudien a pénétré beaucoup plus intimement les possibilités d'action psychologique (2). Au lieu de la psychanalyse classique, il pratique chez les schizophrènes une méthode d'attaque brusquée qu'il qualifie volontiers de « torpillage ». En une ou deux séances, il cherche « à contraindre le malade à se raconter, à se vider pour ainsi dire, de ses préoccupations, qui sont d'ailleurs principalement d'ordre sexuel ». Une sédation presque immédiate de l'agitation et de l'angoisse serait suivie au bout de quelques jours d'une amélioration générale des symptômes et permettrait une sortie précoce.

Cette énucléation brusquée échoue parfois et l'auteur ne précise pas dans quels types de cas elle réussit. Mais par ailleurs les psychiatres suisses Bleuler, Maeder, Répond, H. Maier (3) insistent longuement sur la nécessité de rétablir le contact affectif entre le dément précoce et son milieu. Il faut ramener le médecin et le personnel infirmier vers ce malade difficile, le Dément précoce doit cesser d'être le sujet que l'on croit incurable et inexorablement énigmatique. Trop souvent son isolement est celui dans lequel on le laisse. Il faudrait plus peut-être que pour d'autres sujets, pouvoir faire une psychothérapie individuelle bien adaptée à chaque cas particulier, réveiller ce qui reste d'affectivité, l'orienter toujours vers la reprise de contact avec le milieu familial, avec la vie extérieure au lieu de laisser s'accomplir la cristallisation asilaire. L'influence de la personnalité physique et morale du médecin joue ici un rôle de premier plan.

Psychothérapie préventive. — Malheureusement le nombre croissant des malades dans les services des asiles y interdit cette pratique réellement individuelle;

(1) Voir les discussions du *Congrès des Aliénistes*, Besançon, 1923.
(2) Mayer-Gross. *Traité de Bumke*, t. IX, p. 601.
(3) Bleuler. La Schizophrénie. Rapport au *Congrès de Genève*, 1926.

(1) Max Müller. *Heilungmechanismen in der Schizophrenie.*
(2) Répond. Traitement psychothérapique des maladies mentales. *Ann. Méd. Psychol.*, mars 1933.
(3) H. Maier. Le Concept de Schizophrénie et ses conséquences thérapeutiques. *Congrès de Genève*, 1926.

on doit se borner à faire naître entre les malades, le personnel et soi-même une atmosphère de confiance et de sympathie générale qui n'est d'ailleurs pas sans action.

On évitera en particulier tous les incidents, les froissements, les maladresses capables de susciter chez ces dystoniques affectifs, pseudo-timides, pseudo-suggestibles, des manifestations morbides. S'il existe un traitement des troubles psychogéniques, il y en a aussi une prophylaxie. La psychothérapie préventive est, dans l'état actuel de l'assistance aux malades mentaux, plus facile à mettre en œuvre que la psychothérapie curative.

Dans l'interrogatoire des malades, le médecin ne saurait opérer avec trop de circonspection, il doit aborder avec prudence et tact les points douloureux, ce qui ne veut pas dire les laisser dans l'ombre, mais une fois qu'ils ont été élucidés à fond, il doit être entendu par un accord tacite que l'on n'y reviendra jamais. Le chirurgien qui a palpé le membre fracturé, qui a repéré les points d'élection de la douleur, qui a déterminé la situation respective des fragments, n'a pas à les mobiliser davantage, ni à rechercher des craquements intempestifs. L'examen complet étant terminé, tout l'effort doit être consacré au processus de réparation.

Il y a déjà longtemps que Chaslin (1) donnait le sage conseil de laisser tranquilles certains malades au risque de les aggraver. « Le dément précoce *aime la paix*, écrivait-il, et il défend cette paix comme il peut, par la parole, par les actes aussi bien que par le mutisme et les attitudes. » Le fond du négativisme, disait-il encore, est toujours de ne pas aimer être ennuyé. Pour Bowen (2), l'autisme aussi serait une attitude de défense. Lorsqu'il n'est pas possible au médecin faute de temps de pénétrer plus avant l'étude individuelle du malade, au moins faut-il éviter, par l'action du milieu, l'apparition des réactions psychogènes d'excitation, de négativisme, de malpropreté, de moins en moins fréquentes dans les établissements modernes et que fait naître tout ce qui paraît au dément précoce une provocation, un défi, une allusion indiscrète ou une raillerie.

En étudiant les *influences pathoplastiques*, K. Birnbaum a attiré l'attention sur la genèse des thèmes délirants. Sur le fonds d'instabilité et d'incertitude, d'incoordination des représentations qui caractérise le dément précoce, les idées délirantes naissent vite, elles ne s'étendent pas en systèmes, mais risquent de donner lieu à des réactions épisodiques violentes et regrettables. On évitera comme un devoir fondamental de fournir aux malades des éléments d'interprétations fausses, on leur épargnera la suggestion par l'interpsychologie de symptômes et d'attitudes réactionnelles apportées par l'ambiance hospitalière (3).

La lutte contre le délire et les méthodes de refoulement. — Un pas de plus est franchi par les psychiâtres qui s'attaquent au délire ou tout au moins à son expression. H. Simon (1) interdit aux malades de s'abandonner à des travaux délirants, dessins ou écrits qui fixent leurs idées et leur activité dans la stéréotypie ou l'erreur, les détournent de la réalité. Dans sa *cure d'exercice compensateur*, Stransky (2) démontrait logiquement au malade l'inanité de son délire, renforçait les doutes qui pouvaient exister en lui à ce sujet ainsi que la conscience de l'état morbide, le ramenait aux nécessités de la vie pratique. Kogerer apprenait aux malades à se rendre maîtres des symptômes capables de nécessiter l'internement et même à ne pas les manifester ; c'est, dit Mayer-Gross, l'éducation du schizophrène à la dissimulation. Klaesi conseille de renforcer chez certains malades les tendances au refoulement.

Ainsi l'on aboutit, après un long détour, à une attitude diamétralement opposée à celle des psychanalystes, et un siècle après Leuret, malgré la différence du vocabulaire, on en revient à démontrer aux aliénés eux-mêmes qu'ils sont des « hommes qui se trompent ». Quelle peut être la sincérité des résultats obtenus ? Il est sans doute encore préférable en évitant les événements qui pourraient raviver les anciennes blessures, et en offrant à l'activité résiduelle des dérivatifs nécessaires, de laisser s'accomplir avec les processus spontanés de défense, de refoulement et de détachement (Max Muller) l'œuvre apaisante du temps.

Le rôle de la psychothérapie dans la démence précoce est donc condamné à rester modeste, ce qui ne l'empêche pas d'être indispensable même au cours des processus évolutifs ; elle n'en arrête pas la marche, mais elle tempère certaines manifestations. Psychothérapie préventive, elle protège le malade de l'agressivité de l'ambiance et des suggestions néfastes et permet la limitation spontanée des dégâts psychiques ; psychothérapie active, elle lui assure la sympathie agissante du médecin et de l'entourage. Mais la psychothérapie seule ne peut prétendre à la rupture du barrage catatonique ; symptôme physiogénétique, il nécessite des moyens d'attaque physiologiques, qui ouvriront peut-être le chemin à une « psychothérapie armée ».

***

B. Médications physiogéniques (*L'action sur le système nerveux central et périphérique. L'organothérapie. Les procédés de choc*). — Les moyens employés pour lever ce barrage et libérer les fonctions inhibées s'adressent soit au système nerveux seul, soit à l'ensemble de l'organisme. Les uns visent à suspendre les actions néfastes pour tenter une reprise du jeu physiologique normal, les autres à susciter dans l'intimité du milieu humoral, à la faveur d'un ébranlement massif, des réactions salutaires.

1° *Action sur le système nerveux central : l'attaque du barrage.* — Sans nous attarder au « torpillage » électrique d'efficacité nulle ou seulement apparente et transitoire dans les cas de démence précoce vraie, nous passerons en revue la valeur thérapeutique

(1) Chaslin. *Séméiologie*, p. 56.
(2) Bowen. La complexion des schizophrènes, *Congrès de Genève*, 1926.
(3) V. en particulier H. Simon, La psychothérapie à l'asile, *Hygiène mentale*, janvier 1933.

(1) Simon. *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt.*
(2) Voir Mayer-Gross, *Traité de Bumke*, t. IX, Thérapie.

des épreuves pharmacodynamiques, l'action de divers médicaments touchant le tronc cérébral et les noyaux sous-corticaux, l'hypnose obtenue avec diverses drogues et prolongée selon le procédé de Klaesi.

Tests pharmacodynamiques (cocaïne, caféine, strychnine). — Mlle Pascal et Mlle Deschamps (1) ont montré l'intérêt considérable que présentent ces expériences pour la discrimination des troubles réversibles et des lésions déficitaires. La régression de la séméiologie catatonique, surtout du négativisme et du mutisme, de la discordance et de la dissociation dans des cas moins profonds permettait d'espérer une reviviscence plus ou moins durable des fonctions psychiques paralysées. En fait les malades sont retombées rapidement dans leur état d'apparence démentielle. La libération ou la stimulation, suivant les drogues employées, ne pouvait avoir qu'une influence toute transitoire. L'antagonisme de la *cocaïne* avec la bulbocapnine, poison catatonisant expérimental, la désigne comme le médicament de choix, ce qui coïncide entièrement avec les résultats des épreuves. La caféine et la strychnine apportent un élément de stimulation tonique du système nerveux. Quatre fois seulement, on a noté, dans les jours qui ont suivi l'épreuve, la persistance d'une sociabilité plus grande qu'à l'ordinaire, une tendance à s'occuper (lecture) dans un cas ; chez une autre malade, la sitiophobie qui existait depuis quelques jours disparut et l'alimentation normale fut reprise.

L'emploi de doses progressives de cocaïne, en prises de trois, six milligrammes, etc..., jusqu'à un centigramme et demi, renforcées par les injections de strychnine (un milligr.) et de caféine (0,25 cg.), la répétition des épreuves en six cures successives viennent d'aboutir à la guérison d'une malade de Mlle Pascal qui tendait à s'immobiliser dans des stéréotypies motrices. D'aussi heureux effets sont loin d'être constants, ils supposent une zone dynamique riche et susceptible de réintégrations étendues, ils n'en sont pas moins encourageants.

L'Hypnose prolongée (méthode de Klaesi). — Le maintien du système nerveux sous l'action continue d'un médicament calmant a été réalisé par la cure de sommeil prolongé de Klaesi (2). Cet auteur emploie le somnifène en injections intra-musculaires et intra-veineuses. Sa méthode est entrée aujourd'hui dans la pratique psychiatrique courante bien qu'elle ne soit pas exempte d'inconvénients. Le malade est maintenu de 8 à 15 jours dans un état de somnolence assez profonde entretenue par des injections biquotidiennes et quotidiennes, dont la dose varie avec chaque sujet ; la posologie moyenne est de 2 injections intra-musculaires de 2 cc. par jour ; l'alimentation liquide se pratique lors des périodes de demi-éveil qui précèdent le moment des injections.

Klaesi, par ce procédé, se rend maître des troubles psychogènes et en profite pour exercer une psychothérapie active. Van der Scheer (1) influence favorablement les états d'excitation. Crouzon et Lemaire (2), Schneider (3) en limitent l'usage aux grandes agitations qu'il est utile de juguler pour qu'elles ne s'éternisent pas. Par contre, Segerath et Wember (4) obtiennent des résultats heureux mais inconstants, dans les états de dépression schizophrénique.

La méthode ne va pas sans dangers : des cas de mort ont été observés en Suisse, les congestions pulmonaires surtout sont à craindre. Crouzon signale les principales contre-indications : artériosclérose, sénilité, insuffisance hépatique et rénale ; Van der Scheer y ajoute la tuberculose pulmonaire avancée. Dans tous les cas une surveillance active est à observer pendant toute la durée du traitement.

Beaucoup de médecins continuent d'ailleurs en France et en Allemagne à préférer au somnifène intramusculaire et intra-veineux d'une efficacité pourtant absolue les hypnotiques classiques : la scopolamine (un milligramme) et surtout la paraldéhyde employée en lavements 6 à 10 grammes qui lui est souvent associée. La génoscopolamine n'agit qu'à fortes doses. Des essais ont été tentés avec des substances qui agissent sur les noyaux centraux, notamment l'harmine (K. Friedmann) qui donnerait des succès dans des cas de stupeur catatonique profonde (5).

Signalons enfin l'inhalation de mélanges d'anhydride carbonique et d'oxygène pratiqués en Amérique (Solomon, d'Elseaux et Kaufmann, Harold Kelman, Langenstrass), procédé très brutal, basé sur les expériences de catatonie asphyxique : les auteurs (6) obtiendraient de courts intervalles lucides chez des catatoniques négativistes, mais ils seraient surtout teintés d'anxiété, au lieu de s'accompagner comme dans les essais cocaïniques d'une amélioration fondamentale de la cénesthésie.

Toutes ces tentatives sont à leur début. Retenons-en l'intérêt considérable de ne pas laisser s'installer dès les premières poussées, des signes psychogéniques surajoutés d'excitation, de négativisme, etc., que limite le somnifène et que suspendent toute une série de médicaments du système nerveux central. Soulignons l'action de la cocaïne sur la catatonie et sur la tonalité de la cénesthésie : c'est là un facteur de premier ordre dont il y aura lieu d'approfondir l'étude.

2° *Action sur le système nerveux végétatif.* — Mlle Pascal avec Doussinet (7) a essayé depuis 1932, l'action des drogues modificatrices du sympathique et du vague. Dans quelle mesure pouvait être influencé le blocage de ce département périphérique du système nerveux, qui joue un rôle si important dans l'anergie du dément précoce ? Les résultats, d'apparence paradoxale, montrent la complexité des interactions sym-

(1) Mlle Pascal et Mlle Deschamps. Exploration pharmacod. de la motricité chez les D. P., *Encéphale*, janv. 1932. — Mlle Pascal, Le Dynamisme dans la D. P., *Presse méd.*, 13 avril 1932. — Mlle Deschamps, *Thèse Paris*, 1932.

(2) Klaesi. Uber die therapeutische Anwendung der Dauernarkose mittels Somnifens bei Schizophrenie. *Z. Neurol.* 74, 1922.

(1) Van der Scheer. Traitement des psychoses par le Somnifène. *Congrès de Blois*, 1927.

(2) Crouzon et Lemaire. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 12 décembre 1934.

(3) C. Schneider. *Psychologie der Schizophrenen*, 1930.

(4) Segerath et Wember. *Deutsche med. Woch.*, juillet 1931.

(5) K. Friedmann. *Psych. neur. Wochenschrift*, 1932, p. 508.

(6) Harold Kelman. *Psych. quart.*, 1932, n° 6.

(7) Pascal et Doussinet. *Recherches sur les possibilités de guérison de la D. P.*, Mémoire pour la Fondation de l'hébéphrénie, 1933.

pathiques. Seule l'association pilocarpine-adrénaline a exercé une action favorable assez constante. Ces drogues ont été administrées par voie buccale : la solution de nitrate de pilocarpine (XX gouttes=0,05 mg.) à des doses de 0,012 à 0,015 mg. par jour, la solution d'adrénaline au 1/1000 à raison de L à LX gouttes par jour, pendant plusieurs semaines. On a assisté à des retours de vitalité beaucoup plus nets qu'avec tous les médicaments stimulants ; les phénomènes catatoniques ont été très atténués, de vieilles malades immobilisées ont repris une activité mécanique ; chez des malades récentes, le traitement a paru contribuer à la guérison. Rappelons également la disparition de l'anxiété chez une démente précoce à début mélancolique obtenue par Desruelles, avec Léculier, M. et Mme Gardien au moyen de la vagotonine de Santenoise (1).

3° *Organothérapie. Organothérapie cérébrale* (2). — Depuis les découvertes de Brown-Sequard et les essais de « transfusion nerveuse » de Constantin Paul 1903, quelques auteurs ont tenté l'emploi dans la démence précoce d'extraits de cerveau soit avec l'intention de stimuler son fonctionnement, soit d'apporter à l'organe déficient les substances qui lui manquent. Les premiers se sont adressés aux neurotoxines avec le professeur Weinberg 1903 ; les autres à la suite du professeur Rémond (de Metz) et de son élève Guiraud 1907 ont utilisé les lipocérébrines. Le professeur Choroschko (3) qui depuis 20 ans a repris l'étude de ces méthodes, les combine avec des résultats moyens mais souvent satisfaisants. La cérébrotoxine réalise l'irritation du tissu nerveux (injections sous-cutanées pendant 1 à 4 jours de suite) ; la lipocérébrine est injectée à la dose de 2 cc. chaque jour pendant 2 à 3 mois ; la lipotesticuline complète le traitement. Ces essais en cours demandent à être continués.

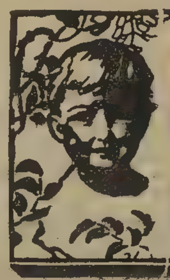
Marinesco et Kreindler se basant sur les travaux de Von Monakow et Kitabayaski, relatifs à l'atrophie des plexus choroïdes chez certains schizophrènes, essaient l'extrait de plexus choroïde de bœuf dont les propriétés fortement vagotropes transforment l'agitation des malades (1).

Organothérapie endocrinienne. — Les hypothèses étiologiques ont suscité de nombreuses tentatives ; à quelque glande que l'on s'adresse : thyroïde, parathyroïde, glandes génitales, surrénales, épi ou hypophyse, on n'a obtenu aucun résultat concluant, mais seulement des améliorations symptomatiques isolées, souvent transitoires, qui n'ont pas suffi à confirmer les données théoriques sur lesquelles elles s'appuyaient.

Hoskins et Sleeper 1929 (2) ont méthodiquement examiné 80 déments précoces et soumis 53 d'entre eux à l'opothérapie. La moitié environ furent améliorés au point de vue psychique, surtout les catatoniques, chez qui prédominait l'hypothyroïdie. Les insuffisants hypophysaires, surtout des paranoïdes, ne comptèrent que 2 améliorations sur 12 cas. Les extraits prostatiques et testiculaires restèrent inefficaces. L'opothérapie uniglandulaire, ou mieux pluriglandulaire, con-

(1) Desruelles, Léculier et M. et Mme Gardien. *Annales méd. psychol.*, janvier 1934, p. 113, et mars 1934, p. 347.
(2) Mouzon. Fondements physiologiques de l'opothérapie cérébrale. *Presse méd.*, 30 mars 1930.
(3) Choroschko. *Encéphale*, mai 1934.

(1) Marinesco et Kreindler, *Bucaresti med.*, 31 mars 1933.
(2) Hoskins et Sleeper. Recherches endocriniennes dans la D. P., *Endocrynology*, mai-juin 1929.



serve donc une certaine valeur dans de nombreux cas particuliers.

Les injections de sang placentaire ont été tentées avec quelques résultats favorables par Susman-Galant (1).

L'insuline prônée par Sackel et tout récemment par Andersen qui ne craint pas d'atteindre le coma hypoglycémique (2) s'est montrée dangereuse par l'intensité des chocs et la sensibilité extrême de certains malades à son égal (Berze) (3). Mlle Pascal l'a essayée, elle a constaté sa nocivité pour les tuberculoses torpides, auxquelles elle est susceptible d'imprimer un coup de fouet. L'insuline excite ou déprime. Elle provoque *des crises d'angoisse,* le réveil des impulsions et des poussées de catatonie.

Les greffes glandulaires constituent la modalité la plus active de l'organothérapie. Toulouse, R. Bloch et Schiff (4) avaient obtenu de bons résultats, grâce à la greffe ovarienne dans les démences précoces à « forme aménorrhéique ». X. et P. Abely, avec Couléon et Passek (5) ont pratiqué chez 3 malades, des greffes multiples (hypophyse, thymus, thyroïde, surrénale, glande génitale et pancréas). *Sur l'état mental, le résultat a été nul.* Par contre, les auteurs ont noté une amélioration générale très sensible (augmentation de la tonicité vasculaire, de l'appétit, de la diurèse...) qui a disparu au bout de 15 jours à 1 mois, parallèlement à l'atrophie et à la résorption des greffons. Le phénomène le plus intéressant peut-être a été la forte toxicité des urines pendant ces périodes de reprise de la vitalité. Il y eut une véritable *décharge de neurotoxines,* contrôlée expérimentalement, alors qu'en temps habituel, l'urine des D.P. n'a qu'une toxicité minime. L'effet le plus net des greffes a donc été de lever la rétention des neurotoxines, et cette indication demeure précieuse en vue de nouvelles recherches.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1936)

Obtention d'un chimiovaccin permettant de créer chez le lapin une immunité très manifeste vis-à-vis de l'infection tuberculeuse. — MM. Michel MACHEBEUF et Joseph DIÉRYCK.

A propos de la perméabilité de la cellule mammaire. — M. Maurice PIETTRE.

Immunité antidiphtérique par l'anatoxine et dystrophie irréversible par déséquilibre alimentaire (avitaminose C.). — MM. Georges MOURIQUAND, Paul SÉDAILLAN et André CŒUR.

Longue persistance de l'immunité conférée par la vaccination de la fièvre jaune. — MM. J. LAIGRET et E. BONNEAU apportent des observations de leurs vaccinés qui montrent que leur immunité reste inchangée après quatre ans d'observation.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1936)

La dermatologie après le Congrès de Budapest. — M. J. DARIER constate le succès éclatant qu'a remporté le IXe Congrès international de dermatologie, qui s'est réuni à Budapest en septembre dernier, sous la présidence du professeur Nékam. A cette occasion et à celle de la publication du volume de dermatologie générale, dont il est l'auteur avec MM. Civatte, Tzanck et Flandin, formant le tome 1er de la Nouvelle Pratique Dermatologique, éditée par MM. Masson et Cie, il expose l'état actuel de la dermatologie ; il en envisage les principes, les progrès, les tendances modernes et montre son rôle en pathologie générale.

Dans l'historique qui lui avait été demandé pour le Congrès, il a fait ressortir que ses acquisitions et ses progrès dérivent de trois points de vue : du *morphologisme* clinique et histologique, qui a déterminé les types morbides, mais leur catalogue ne constitue pas une science ; de *l'étiologisme* auquel la bactériologie due au génie de Pasteur a apporté des bases expérimentales solides, mais qui ne peut pas servir tout uniquement à une classification satisfaisante. Une cause peut en effet avoir des résultats différents selon le sujet et les conditions (anaphylaxie, allergie, réactions d'intolérance) et un même aspect peut résulter de causes diverses. Cette antinomie prouve l'intervention du terrain en pathologie, c'est-à-dire le rôle de l'organisme vivant. Celui-ci peut être intolérant (par idiosyncrasie innée ou par sensibilisation acquise) vis-à-vis d'un agent toléré par l'immense majorité des sujets de même espèce. Ces considérations ont imposé le point de vue du *biologisme* moderne.

L'intolérance, ainsi que M. Tzanck, le collaborateur de M. Darier, l'a mis en lumière depuis plus de quinze ans, diffère fondamentalement de l'intoxication, laquelle est imposée, subie et dont les effets sont proportionnels à la dose ou à l'intensité du poison ; elle est au contraire individuelle ou collective, et ses réactions ne correspondent pas strictement à la dose ou à la nature de l'agent « réactogène » ; ses réactions représentent un phénomène essentiellement vital.

Il est irrationnel qu'en dermatologie, et d'ailleurs dans la pathologie tout entière, on ne tienne pas compte assez de la vie de l'organisme, et par conséquent du phénomène de l'intolérance qui en est la manifestation la plus significative.

Pour l'intelligence et la classification des types morbides, la morphologie anatomo-clinique ne suffit pas, mais elle a sa place, particulièrement apparente à la peau. La notion de la cause est parfois décisive (étiologie), mais souvent la cause apparente ne joue que le rôle d'occasion ou d'agent de déclenchement. Selon les auteurs de la récente Dermatologie générale, on doit considérer que les « apparences ou syndromes résultent, soit : a) de lésions imposées *ou accidents,* soit b) de *réactions* d'intolérance, soit enfin c) consistent en *dystrophies* paraissant indépendantes de toute cause nocive actuelle. Souvent, ces trois mécanismes interviennent concurremment. Il y a importance à en faire la discrimination par un diagnostic analytique, tant pour la nosographie qu'en vue de la thérapeutique.

Cette conception ou manière de voir que par abréviation, on peut appeler « doctrine biologique », est valable non pour la dermatologie seulement, mais pour la pathologie dans son ensemble. La dermatologie peut donc être fière

(1) S. GALANT, *Münch. med. Woch.*, n° 20, 1934.
(2) ANDERSEN. L'insulinothérapie dans la D. P. *Congrès des aliénistes*, Bruxelles, juillet 1935.
(3) BERZE. Traitement de la Sch. par le choc insulinique, *Wiener med. Woch.*, 2 déc. 1933.
(4) Quelques essais de greffe ovarienne dans les psychoses. *Encéphale*, novembre 1926.
(5) Greffes pluriglandulaires dans la D. P. *Ann. méd. psychol.*, octobre 1932.



EUPHORYL
DERMATOSES
PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES
CUTANEES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA" 18, AV. DAUMESNIL. P
Euphoryl infantile
(GRANULE SOLUBLE)
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillerée à café par année d'âge.
LABORATOIRES "ANA" 18, AV. DAUMESNIL. PARIS
ANA
18, AVUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe
Hirudinase
(DRAGÉES)
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES.- SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues.
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA
COEFFICIENT DE FIXATION du Salicylate ANA sur la fibre cardiaque : 170 %
Salicylate de Na
Salicylate ANA
150
100
50
0
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
SALICYLATE DE SODIUM
en combinaison
CALCO-MAGNÉSIENNE
THIOSULFATÉE
24 gr.
SALICYLATE de NA SURACTIVÉ
15 fr.
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
AMPOULES
(INTRAVEINEUSES)
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HÉPATIQUES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL . PARIS . XIIe

d'avoir par son orientation biologique, conduit à reconstituer l'ancienne unité de la médecine que les spécialisations nombreuses tendaient à morceler.

Les déplacements et déformations de la pupille après l'extraction totale de la cataracte. — M. DE SAINT-MARTIN (Toulouse). (Note présentée par M. F. DE LAPERSONNE). Ces déplacements et déformations de la pupille ne constituent pas, comme certains l'ont prétendu, une complication spéciale à cette méthode opératoire. Ils sont la conséquence d'accidents survenus, soit en cours d'opération, soit lors des suites opératoires. L'auteur, qui en a fait une description détaillée dans un récent rapport à la *Société Française d'Ophtalmologie*, leur attribue deux causes principales : la rupture de la membrane hyaloïde, avec issue du vitré hors de l'œil ou seulement dans la chambre antérieure et les retards de cicatrisation de la plaie. Dans le premier cas, la déformation pupillaire est presque fatale, si la pupille a été laissée ronde, très fréquente si une iridectomie totale a été pratiquée. Dans le second cas, le processus résulte d'adhérences contractées entre la face antérieure de l'iris et la face postérieure de la cornée restées trop longtemps au contact l'une de l'autre.

La prophylaxie consiste dans l'exécution très correcte de tous les temps opératoires, rendue elle-même plus facile par la mise en œuvre des procédés « de sécurité » préconisés ces dernières années : paralysie de l'orbiculaire, hypotonie et immobilité oculaires obtenues par injection rétro-bulbaire de novocaïne adrénaline, paralysie du droit supérieur, suppression du pansement remplacé par un masque métallique.

Ils doivent donc devenir d'observation de plus en plus rare et ne sauraient diminuer les mérites de la nouvelle opération.

Méningite à streptocoques hémolytiques d'origine otitique, traitée par le sérum de H. Vincent. Guérison. — MM. HAMON et BOLZINGER. « Il a été publié jusqu'ici un certain nombre d'observations de méningite aiguë ou de méningo-encéphalite à streptocoques, guéries par la sérothérapie. Le malade que nous avons observé paraît être le huitième cas connu de guérison semblable.

A la suite d'une otite suppurée droite, est apparu un syndrome de méningite aiguë d'une extrême gravité. D'abord négatives, les réactions cytologiques, chimiques, bactériologiques et biologiques du liquide céphalo-rachidien sont devenues rapidement positives avec polynucléose, forte proportion d'albumine (1 gr. 70), abaissement du glucose, présence abondante du streptocoque hémolytique.

L'état du malade paraît désespéré : nuque « soudée », fièvre élevée, coma, délire, incontinence des matières, langue rôtie, etc. Le malade a été traité par les injections simultanées de sérum dans la cavité rachidienne et dans la veine.

Au cinquième jour du traitement méningé, le coma a disparu et le liquide céphalo-rachidien était devenu stérile.

Une mastoïdite aiguë apparue au cours de la méningite, a guéri rapidement par la mastoïdectomie et la sérothérapie intraveineuse.

Il nous paraît que, dans les méningites à streptocoques, le sérum doit être injecté simultanément dans la cavité rachidienne et dans la veine. »

Streptococcémie post-morbilleuse compliquée de congestion pulmonaire bilatérale, de phlébite et d'oto-mastoïdite aiguë. Guérison rapide par le sérum antistreptococcique de H. Vincent. — M. R. SOHIER. Il s'agit d'un malade qui, au cours d'une rougeole sévère, a présenté des symptômes septicémiques accompagnés de congestion pulmonaire double (matité, souffle tubaire, râles sous-crépitants, etc...) avec céphalée violente, agitation, délire, puis phlébite importante du membre inférieur droit. Otite moyenne suppurée gauche, mastoïdite. Prostration profonde, température élevée, polypnée, cyanose persistante, oligurie, légère raideur de la nuque. Le chirurgien consulté refuse d'opérer la mastoïdite, tant est grave l'état du malade ; il craint de voir celui-ci succomber sur la table d'opération. La marche des symptômes infectieux a été extrêmement rapide.

Une première hémoculture faite au début de la maladie, ainsi qu'un examen du liquide rachidien, d'abord négatifs, sont renouvelés le lendemain. L'hémoculture révèle, cette fois, la présence du *streptocoque hémolytique*.

La sérothérapie est commencée aussitôt, amenant une rémission de la fièvre, puis la cessation du délire et de l'adynamie. Les jours suivants, on note une diurèse abondante, la disparition des complications pulmonaires, la chute de la fièvre. L'état de l'oreille et de la mastoïdite s'amende simultanément.

Au quatrième jour du traitement sérothérapique, le malade commençait à s'alimenter normalement.

La guérison de cette septicémie très grave a été rapide et complète. Le malade a conservé pendant quelque temps un peu de lourdeur du membre, consécutive à sa phlébite.

Téléroentgenthérapie à doses faibles et prolongées des cancers généralisés. — M. LUCIEN MALLET. Le traitement des généralisations cancéreuses par les rayons X était considéré jusqu'ici comme difficile à exécuter, par suite des accidents généraux et sanguins.

Depuis quelques années, la pratique de la téléroentgenthérapie totale de tout l'organisme pour des affections telles que les leucémies et la lymphogranulomatose, a montré à l'auteur qu'avec des doses très faibles, on obtenait souvent des régressions et des améliorations surprenantes.

Averti de ces notions, l'auteur a essayé de traiter des cancers généralisés, dont la radio-résistance est considérée comme beaucoup plus grande. Il a donc entrepris le traitement des malades qui présentaient soit des cancers avec adénopathies multiples ou infiltrations viscérales, soit des propagations aux poumons et surtout au système osseux, à l'aide de champs d'irradiation extrêmement larges.

Ces irradiations pratiquées à grande distance (1 à 2 mètres) en radiothérapie profonde 200 kilowolts, tous les jours, plusieurs heures par jour et pendant des mois, chaque dose journalière se trouvant extrêmement petite, grâce à la distance, ont permis à l'auteur d'améliorer dans des conditions non rencontrées jusqu'ici, des malades qui jusqu'alors étaient considérées comme vouées à une fin rapide et au traitement palliatif purement médical, et d'envisager dès maintenant le traitement par cette méthode, de certains cancers à leur phase de début, difficilement traitables par la chirurgie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mercredi 29 janvier. — Jury : MM. Strohl, président ; Tanon, Dognon, Joannon. — M. MONNIER. La radiographie pulmonaire sans écrans renforçateurs. — M. MORIN. Statistique de la mortalité infantile et ses causes. — M. VELT. Brûlures par le brome dans l'industrie et leur traitement.

Jeudi 30 janvier. — Jury : MM. Carnot, président ; Lereboullet, Gastinel, Huguenin. — M. BARDON. Etude du cancer primitif du poumon chez l'enfant. — Mlle HOLLIER-LAROUSSE. Les dyspnées chez le nouveau-né. — M. BERIOT-VELT. L'école de puériculture de la Faculté de médecine de Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Nº 9. — MERCREDI 29 JANVIER 1936. 109e ANNEE Le Nº 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45** fr.

Etudiants : **25** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.

Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION. — Le gouvernement de la République française cite à l'ordre de la nation :

« M. Taubmann (Jean), docteur en médecine, naturalisé français après avoir combattu pour la France pendant la guerre ; a toujours fait preuve du plus grand dévouement et de la plus haute conscience dans l'exercice de sa profession.

A été tué alors qu'il accomplissait son devoir de médecin, le 13 janvier 1936. »

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX (admissibilité). — Jury : MM. Mouchet, Wiard, Capette, Desplas, Petit-Dutaillis, Robert Monod, Leveuf.

Censeurs : MM. Soupault, Huet, Redon, Funck.

Lecteurs : MM. Ameline, Sénèque, Blondin, Meillère, Welti, Leibovici, Banzet, Oberlin.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 22 janvier. 1936. — Questions données : « Signes et diagnostic des néphrites au cours de la scarlatine. — Diagnostic et traitement des fractures bi-malléolaires (type Dupuytren). »

MM. Debost, 18,4 ; Milliez, 22,2 ; Adam, 16,2 ; Boulenger (P.), 26,8 ; Sayons, 19,3 ; Robert (J.-P.), 18,3 ; Netter (R.-F.), 20 ; Schapira, 24 ; Bonduelle, 19,9 ; Allilaire, 23.

Séance du 24 janvier. — Questions données : « Signes et diagnostic des paralysies diphtériques. — Signes, évolution et diagnostic des perforations des ulcères duodénaux. »

MM. Debeyre (J.), 21,3 ; Livory (M.), 13,5 ; Eudel, 22,1 ; Bancaud, 18,1 ; Rougé, 22,3 ; Schaefer, 20,9 ; Verstraete, 19,7 ; Mozziconacci, 26,7 ; Mlle Eyraud, 20,5 ; M. Le Sueur (Guy), 21,2.

— CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — *Médecine.* — MM. Facquet, 18 + 28 + 19 = 65 ; Mahoudeau, 20 + 26 + 19 = 65 ; Netter, 18 + 28 + 19 = 65 ; Bernard, 18 + 27 + 19 = 64.

Epreuve supplémentaire. — MM. Netter, 19 ; Mahoudeau, 18 ; Facquet, 17.

Médaille d'or : M. Netter ; médaille d'argent : M. Mahoudeau ; accessit : M. Facquet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Session de réparation de février 1936.* — Les convocations pour l'écrit d'anatomie seront distribuées au secrétariat le samedi 1er février, de midi à 15 h., au guichet nº 2.

Les autres écrits auront lieu aux laboratoires.

Aucune convocation ne sera distribuée.

Voir les affichages le 29 janvier.

— TOULOUSE. — Mlle Condat, professeur de thérapeutique, est transférée, à compter du 1er janvier 1936, dans la chaire de clinique médicale infantile et puériculture à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

La chaire de thérapeutique (dernier titulaire : Mlle Condat) de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est transformée en chaire de clinique des maladies des voies urinaires.

M. Miginiac, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er janvier 1936, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

— Strasbourg. — *Attribution du fonds Déjerine de Strasbourg.* — Au début de janvier, les collaborateurs du professeur Barré, à la Clinique neurologique, réunis autour de leur maître, et sous la présidence effective de M. le doyen Forster, ont fêté l'attribution au docteur Abel Charbonnel du « Fonds » institué par Mme Déjerine pour encourager les recherches anatomiques et physio pathologiques dans le domaine de la neurologie.

Les lettres de Mme Sorrel-Déjerine et du professeur Sorrel, acceptant la proposition venue de Strasbourg, furent lues en séance.

Le docteur Charbonnel avait accompli une série de recherches anatomo-cliniques sur les relations vestibulo-cérébelleuses, et contribué à la connaissance du signe de la « dysharmonie vestibulaire ».

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Education nationale. — *Au grade de chevalier.* — M Le Moniet, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes; M. Georges Weill, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Santé publique. — *Au grade d'officier.* — M. Michel, à Saint-Eloi-les-Mines.

Au grade de chevalier. — MM. Ardouin, à Cherbourg; Cauvin, à Nice; Chanoz, à Lyon; Diard, à Tonnerre; Duchein, à Sedan; Ely, à Poitiers; Eschbach, à Bourges; Gomot, à Melun; Guilluy, Jouffray, Leblan, à Paris; Macheras, à Fours; Muller, à Alger; Mme Poli, née Garnier, à Alger; MM. Tarneaud, à Paris; Werner, à Metz; Marion (Albert-Marie), à Ermont-Eaubonne.

(A titre posthume.) M. Taubmann, à Paris, cité à l'ordre de la nation.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'or a été décernée à M. le docteur Guran, chirurgien de l'hôpital de Beauvais, pour maladie très grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Inauguration de l'Académie de chirurgie. — En raison de la mort du roi d'Angleterre et du deuil national de quinze jours observé par la France à cette occasion, la séance solennelle d'inauguration de l'Académie de chirurgie, qui devait avoir lieu le mardi 4 février, est reportée au mercredi 5 février, à 21 h. 30, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, pour permettre au président de la République d'assister à cette cérémonie.

Association amicale des anciens médecins des corps combattants. — Au cours de l'assemblée générale extraordinaire du 11 janvier 1936, l'Association s'est opposée formellement à toute modification concernant l'article 4 des statuts qui a été maintenu intégralement. Les autres modifications proposées par le Comité concernant l'administration et la trésorie ont été adoptées.

Ronde de nuit. — Depuis qu'on a nettoyé le chef-d'œuvre de Rembrandt et constaté que la prise d'armes est en plein jour, Amsterdam n'a plus de Ronde de nuit. Mais, grâce à M. le ministre de la Santé publique, Paris a eu sa ronde de nuit.

M. E. Lafont a voulu constater « de visu », comme un gendarme de Courteline, comment les internes assuraient la garde pendant la nuit. Il a été étonné de voir que le service de garde fonctionnait normalement. M. le Directeur de l'Assistance publique a appris le lendemain par la Presse ce raid ministériel. Il a dû être flatté de cette marque de confiance.

Allons, Monsieur Mourier, un bon mouvement; mettez la nuit une sentinelle à la porte des hôpitaux pour crier : « Halte au falot! »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UN PEU DE LOGIQUE

Notre confrère Herpin nous communique un extrait de l'*Italia medica*, de Milan. Nous le publions avec plaisir, car il est conforme à l'esprit amical qui a présidé ces jours derniers à la formation d'un comité médical italien de l'association Italia-Francia. Il répond également aux déclarations faites par la Fédération de la presse médicale latine et publiées dans *Acta medica latina*.

Voici ce qu'écrit notre confrère italien :

« Quelques médecins, surtout de l'Italie méridionale, ont renoncé à leur abonnement aux journaux français de médecine, donnant aux confrères français l'impression de vouloir rompre les relations scientifiques et culturelles entre les deux nations.

Un ami français nous écrit que, dans leur presque totalité, les médecins français sont sincèrement et cordialement avec nous et ne méritent pas ce geste qui pourrait être considéré comme un affront.

Or, les Italiens doivent faire une distinction entre les gouvernements et leurs peuples, entre les relations commerciales et culturelles. Cette distinction doit être faite surtout vis-à-vis de la France. »

Rappelant les manifestations d'amitié qui n'ont pas manqué en France, et qui traduisent un sentiment profond, notre confrère ajoute :

« Cela est si vrai que notre gouvernement a cru devoir atténuer envers la France les sanctions sortant du cadre strictement économique.

Raison de plus pour que les médecins italiens suivent cette règle de conduite, la médecine étant au-dessus de toute controverse politique et n'ayant qu'une patrie : le monde.

Il ne serait pas raisonnable d'étendre notre juste et légitime rancœur contre les sanctions économiques, même si le gouvernement français en était co-responsable, en ne lisant plus les journaux médicaux français. » (L'*Italia medica*, 28 décembre 1935 ; via B. Marcello 1, Milano.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Samedi 1er février. — Jury : MM. Bezançon, président ; Claude, Mouquin, Philibert. — M. Fournier. Etude de la législation antituberculeuse française. — M. Gillot. Terrain asthmatique et tuberculose. — M. Lebreton. Etude de la pathogénie de l'hippocratisme digital. — M. Kern. Etude clinique et pathologique des délires spirites.

Jeudi 30 janvier (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. Tanon, président ; Lesbouyriès, Letard. — M. Leroy. Espèce bovine dans le département de la Somme. Ses produits.

Jury : MM. Gosset, président ; Bresson, Coquot. — M. Thomas. Entérotomie et entérectomie lors de corps étrangers intestinaux chez le chien.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR. PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

SEPTICO-PYOHÉMIE A FORME DE POLYARTHRITE SUPPURÉE COMPLIQUÉE TARDIVEMENT DE SEPTICO-PYOHÉMIE A COLIBACILLES

Par M. ROGER CATTAN,

Médecin assistant à l'hôpital Saint-Antoine.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment, dans le service de notre maître A. Cain, une septicémie à gonocoques compliquée d'une colibacillémie terminale. Le caractère vraiment exceptionnel de cette association et certains aspects assez rares que revêtit la gonohémie nous incitent à rapporter cette observation.

Madame Boy... 48 ans, cardeuse, entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Dr Cain, le 20 août 1935 pour un état fébrile datant de 8 jours environ, et pour des douleurs généralisées empêchant tout mouvement.

Elle est en proie à un délire qui rend difficile l'interrogatoire. Elle répond avec difficulté d'une voix éteinte et peu distincte. Sa température, le jour de l'entrée, est de 38°8. C'est une femme corpulente, au facies coloré, aux lèvres légèrement trémulantes. On note l'existence d'un bouquet d'*herpès* labial et péri-narinaire. La langue est sèche et fendillée.

Sur les membres inférieurs existe une éruption *purpurique*, faite de nombreuses taches, chacune de la dimension d'une demi-lentille environ. A la face externe du genou et de la jambe gauche, ces taches sont plus grandes et plusieurs d'entre elles sont centrées par une petite phlyctène. Quelques-unes de ces phlyctènes sont sèches, d'autres sont remplies par une sérosité épaisse dans laquelle nous n'avons trouvé que du staphylocoque.

Le purpura est localisé aux membres inférieurs. Il respecte l'abdomen, le thorax et les membres supérieurs.

Presque toutes les *articulations* sont atteintes si bien que la moindre mobilisation arrache des cris à la malade.

1° Les pieds sont en équinisme très prononcé. Les deux articulations *tibio-tarsiennes* sont rouges violacées. Un œdème important blanc rosé, gardant le godet, remonte jusqu'aux genoux.

2° Les *genoux* sont eux-mêmes intéressés. Si, en effet, on ne note pas à leur niveau de coloration particulière de la peau, cependant le volume de l'article est de chaque côté très augmenté. La jambe est immobilisée en demi-flexion.

On trouve le choc rotulien très nettement.

3° La *hanche gauche* est très douloureuse spontanément et ces douleurs sont exagérées par la palpation de la région ou le moindre mouvement. Par contre, la hanche droite ne paraît pas intéressée.

4° Les *mains* présentent un aspect très spécial. Elles sont tuméfiées, rougeâtres, recouvertes d'un œdème rosé, chaud, prenant le godet. Toutes les articulations des doigts sont augmentées de volume et immobilisées en demi-flexion. Au niveau des poignets eux-mêmes très touchés par le processus, la peau est d'un rouge violacé presque pourpre.

Par contre, les épaules et les coudes semblent intacts. De même les articulations temporo-maxillaires, sterno-costales et sterno-claviculaires.

En résumé, la polyarthrite aiguë dont est atteinte cette malade touche très exactement les vingt articulations suivantes :

Les deux tibio-tarsiennes ;
Les deux genoux ;
La hanche gauche ;
Les deux poignets.

A *la main droite :* les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index, du médius, de l'annulaire et les phalango-phalangininennes du pouce, de l'index et de l'auriculaire.

A *la main gauche :* les métacarpo-phalangiennes de l'index, du médius, de l'auriculaire et de l'annulaire et les phalango-phalangininennes du pouce, de l'annulaire et de l'auriculaire.

L'éruption purpurique et la polyarthrite sont les deux syndromes principaux sur lesquels l'attention est tout d'abord attirée. Mais il existe en outre un syndrome infectieux général, marqué par la température élevée, l'abattement, le subdélire, la langue rôtie et fendillée. En outre, le foie est gros, débordant largement les fausses côtes. Par contre, la rate n'est pas percutable.

Les urines sont rouges, peu abondantes et contiennent des traces peu importantes d'albumine.

Un certain *nombre d'examens* furent aussitôt mis en train.

1° *Examen de sang*, 2 août 1935 :
Globules rouges : 3.020.000 ;
Globules blancs : 19.400 ;
Hémogl. : 85 % ;
Valeur globulaire : 1,26 ;
Poly. neutrophiles : 92 % ;
Lymphocytes : 0,30 % ;
Moyens mononucléaires : 2,60 % ;
Moyens monocytes : 0,60 % ;
Moyens monocytes à grains azurophiles : 0,60 % ;
Grands mononucléaires : 2,60 ;
Grands monocytes à grains azurophiles : 1.

2° *Hémoculture :* 2 août. — Au bout de trois jours apparaissent des *diplocoques* en grains de café ne prenant pas le gram. Malheureusement, ce germe ne survit pas à nos repiquages et ne peut être identifié.

3° Les *urines* recueillies par sondage sont examinées le 5 août. Après centrifugation, on y trouve de nombreuses cellules épithéliales et des leucocytes isolés, de très rares cylindres granuleux et de nombreux globules rouges.

On a en outre la surprise d'y trouver de très nombreux bacilles ne prenant pas le gram, ayant l'aspect de *colibacilles*.

4° Un *dosage d'urée* sanguine nous fournit le 3 août le chiffre très élevé de 3 gr. 15 par litre. Cette azotémie suffisait à elle seule à expliquer l'état de prostration dans lequel se trouvait notre malade.

5° Enfin un examen bactériologique du mucus prélevé sur le col de l'utérus décela une flore microbienne très abondante. Malgré la présence d'une quantité très grande de germes ne prenant pas le gram, nous ne trouvâmes nulle part de groupements microbiens assez caractéristiques pour nous permettre d'affirmer la présence de gonocoques.

Evolution : 6 août. — Quoique la température se maintienne en plateau aux environs de 38°8, la malade va mieux. Elle n'a plus de délire. A la suite d'injections intraveineuses de salicylate de soude, les douleurs ont considérablement diminué. La langue s'est nettoyée.

Le purpura a presque entièrement disparu. Il persiste à peine quelques pétéchies disséminées. Par contre, on assiste à une véritable efflorescence de *vésico-pustules*, dont chacune atteint le volume d'une lentille. Entourées d'une auréole rosée, elles sont surtout localisées à la face externe du mollet. La sérosité louche qu'elles contiennent se montre riche en staphylocoque blanc.

Les articulations sont encore rouges, mais elles sont moins tuméfiées. Le choc rotulien persiste aux genoux.

On ponctionne le genou droit dans le but d'obtenir une culture microbienne, le germe de l'hémoculture ayant été perdu.

A notre grande surprise, la ponction ramène non une sérosité louche, mais du *pus franc*, épais, bien lié, dans lequel l'examen décèle de nombreux polynucléaires plus ou moins altérés. On y trouve aussi de nombreux groupes de diplocoques ne prenant pas le gram, dont la plupart sont intracellulaires.

L'étude que nous avons faite de ce germe dont on trouvera les détails plus loin, devait nous démontrer qu'il s'agissait de gonocoque.

Au tiers supérieur du mollet gauche, existe une *plaque* rouge, tendue, dure et chaude qui fait craindre l'apparition d'un abcès, mais qui disparaîtra d'elle-même, sous l'influence de quelques applications chaudes.

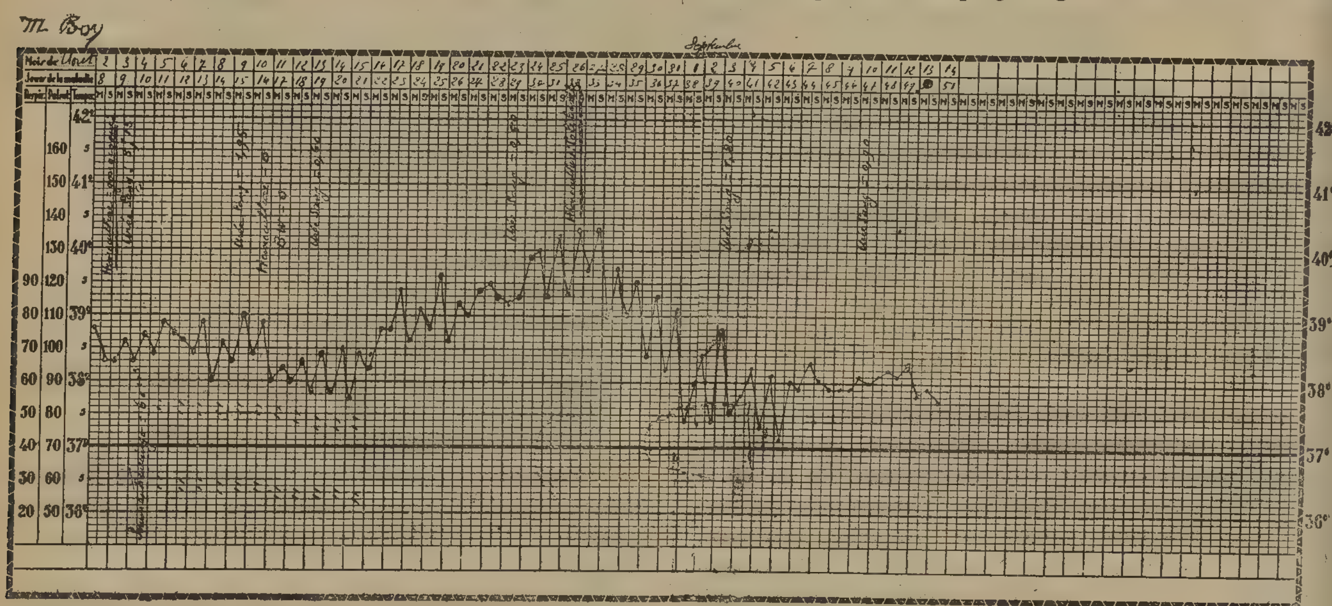
9 *août.* — La température se maintient en plateau irrégulier entre 38° et 39°, mais l'état général et l'état local sont nettement meilleurs. D'ailleurs l'azotémie décroît : 1 gr. 95 pour 1000.

10 *août.* — Même état. Nouvelle hémoculture qui sera négative.

11 *et* 12 *août.* — L'amélioration s'accentue. La température est aux environs de 38°. La malade est euphorique et demande à s'alimenter. Les éruptions ont complètement disparu. Les articulations ne sont plus douloureuses, la peau à leur niveau n'est plus rouge. Mais les arthropathies ont laissé d'importantes séquelles.

1° Les deux pieds sont en équinisme accentué à tel point qu'on juge nécessaire de mettre en place deux gouttières pour lutter contre cette position vicieuse.

2° Mais surtout, il s'est produit une déformation subite et très importante du poignet gauche. La main s'est brus-



quement inclinée en dedans et la malade est incapable de la redresser.

La *tête cubitale, mobile, en touche de piano* fait saillie, à la partie externe du poignet sous les téguments. La radiographie montre bien la subluxation du carpe en dehors. On y note également l'intégrité absolue des os. Il n'y a pas trace de décalcification. La survenue brutale d'une telle déformation ne peut s'expliquer que par la brusque rupture d'un ligament important.

13 *août.* — L'état général continue à s'améliorer. L'urée sanguine est de 0 gr. 60 p. 1000.

16 *août.* — Le poignet droit est atteint de la même déformation que le poignet gauche. On y note la même dislocation articulaire avec saillie de la tête cubitale en touche de piano.

On était en droit d'espérer la guérison, d'autant plus que les bruits du cœur étaient absolument normaux et que rien ne permettait de prévoir l'atteinte de l'endocarde.

Le 17 *août cependant, nous trouvons notre malade plus fatiguée.* — La température est remontée à 38°9. La langue est sèche et présente en outre à son extrémité une *ulcération* médiane de 4 centimètres de long sur 2 ou 3 de large, irrégulière, à bords découpés, mais nets et non décollés. Deux autres ulcérations se retrouvent sur les bords et empiètent sur la face inférieure de la langue. L'existence de ces ulcérations profondes est surprenante, car il n'existe aucune altération dentaire capable d'en provoquer l'apparition. Elles sont très douloureuses.

La reprise de la température ne s'accompagne d'aucune nouvelle atteinte articulaire, ni d'aucune éruption nouvelle.

L'examen physique ne décèle que quelques râles sous-crépitants disséminés aux deux bases.

Les jours suivants, la température s'éleva progressivement et régulièrement pour atteindre 40° le 29 août. A ce moment, l'aspect de notre malade était vraiment celui d'une typhique. Prostrée, indifférente à tout, gémissant doucement, elle éveillait l'idée d'une dothiénentérie très grave. Cependant la rate n'était pas augmentée de volume.

Le 23 août, l'azotémie est de 0,50, chiffre étonnant, si on le compare à celui de 3,15 noté au début de la maladie et si on le confronte avec la gravité de l'état général à l'époque même où il est constaté.

Le 27 *août*, une hémoculture est pratiquée. En 24 heures pousse très abondamment un bacille ne prenant pas le Gram, qui fut rapidement identifié comme étant un colibacille.

A partir de ce jour, la température descendit en oscillations décroissantes jusqu'aux environs de 38°. Mais cette défervescence ne correspond en aucune façon à une amélioration de l'état général. Le 3 *septembre*, l'urée sanguine est de 1 gr. 20, et bien que le 11, elle soit retombée à 0 gr. 90, la mort survient le 15 septembre. Des signes d'insuffisance cardiaque, tachycardie excessive, assourdissement des bruits du cœur, cyanose, torpeur progressive faisaient depuis quelques jours prévoir cette échéance.

Les *études bactériologiques* que nous avons pratiquées portèrent sur les deux germes isolés l'un par ponction du genou droit, l'autre par hémoculture le 26 août. (La première hémoculture du 2 août avait donné naissance à un diplocoque ne prenant pas le gram, mais qui ne put être repiqué avec succès).

1° *Germe retiré du liquide articulaire* le 6 août : diplocoque ne prenant pas le gram, difficile à faire pousser, puis

après repiquages multiples donnant sur gélose ascite de nombreuses colonies petites blanches, arrondies, s'émulsionnant mal. Ne pousse que sur les milieux au sang ou au liquide d'ascite. Ne fait fermenter ni lévulose, ni saccharose, ni maltose. Fait fermenter le glucose.

Ce germe n'est agglutiné ni par le sérum antiméningococcique A, ni par le B, ni par le C. Par contre, le sérum de la malade l'agglutine très fortement à 1/20.

2° *Germe de l'hémoculture du* 26. — Bacille mobile ne prenant pas le gram. Sur bouillon, colonies moirées *inodores*. Sur gélose colonies blanchâtres luxuriantes ; fait virer la gélose lactosée tournesolée ; noircit et fait éclater la gélose au plomb ; décolore sans donner de gaz la gélose glucosée rouge neutre ; coagule le lait ; donne peu d'indol.

Ce germe n'est agglutiné ni par un sérum agglutinant le bacille d'Eberth, ni par un sérum agglutinant le Para B. Par contre, le sérum agglutinant le Para A, l'agglutine au 100e plutôt faiblement.

Le *sérum* de la malade agglutine fortement au 100e le germe de l'hémoculture, mais il n'agglutine aucun des germes du groupe typho-paratyphique.

3° La *culture des urines* pratiquée dans les premiers jours du mois de septembre, permit d'isoler un germe en tous points semblable à celui de l'hémoculture du 26 août.

L'autopsie fut pratiquée le 16 septembre 1935.

Cœur : flasque, s'étale sur la table.

Péricarde normal.

Sur la grande valve de la mitrale existe une *végétation* unique du volume d'une lentille, assez friable sur une valvule par ailleurs souple.

Rien aux orifices aortiques, pulmonaires, tricuspidiens.

Poumons : normaux.

Foie : volume normal, jaune chamois, se laissant dissocier facilement.

Rate : volume sensiblement normal. A la coupe, on trouve deux *abcès* contenant un pus jaune verdâtre où se retrouve un bacille ne prenant pas le gram. L'un de ces abcès a le volume d'une lentille ; l'autre a des parois déchiquetées rugueuses et a le diamètre d'une pièce de un franc.

Reins : abcès multiples, la plupart à l'état de crudité.

L'un d'entre eux sur le rein droit contient du pus liquide. Ces abcès siègent en plein parenchyme. Les calices et les bassinets sont normaux.

Surrénales : normales.

Histologie. — *Reins :* Dans un parenchyme devenu méconnaissable, on distingue des plages d'infiltration suppurée diffuse ou nodulaire très étendues. En certains points, l'infiltration est plus discrète et donne lieu à des abcès nodulaires.

Sur les coupes colorées par la méthode appropriée, les bacilles ne prenant pas le gram abondent.

Rate. — Contrastant avec l'intégrité des corpuscules de Malpighi, la pulpe rouge est le siège d'un infiltrat très dense et homogène mêlé à une congestion intense.

On retrouve des restes hématiques et des dépôts pigmentaires libres ou englobés dans des hématophages.

L'infiltrat est constitué par des cellules lymphoïdes, plasmatiques, polynucléaires et par des cellules fixes, arrondies, dont beaucoup sont chargées de pigments. En certains endroits, les polynucléaires très altérés dominent.

Pas de sclérose appréciable.

Somme toute, rate hématophage et rate d'infection. Les colorations spéciales mettent en évidence une quantité considérable de bacilles ne prenant pas le gram.

Foie : gras. Hépatite dégénérative diffuse avec prédominance d'hépatite graisseuse, sans aucune réaction inflammatoire.

Valvule mitrale : végétation formée de lamelles homogènes, non nucléées, ne présentant pas les réactions colorantes du collagène. Pas d'inflammation récente. Absence d'infiltration cellulaire. Endothélium partout intact.

Cependant, par les méthodes usuelles, on peut mettre en évidence des amas peu nombreux, mais indiscutables de gonocoques, isolés, en dehors de toute réaction cellulaire, dans les interstices des trousseaux de substance ankyste.

En résumé, chez une femme de 48 ans nous avons vu évoluer une septicémie gonococcique qui s'est traduite cliniquement par une polyarthrite généralisée, un purpura aigu, une néphrite azotémique grave et qui fut identifiée tant par une hémoculture positive que grâce à l'examen bactériologique du pus retiré du genou droit.

Dans une seconde phase de la maladie, alors que la septicémie gonococcique paraissait éteinte, survint une infection pseudo-typhique au cours de laquelle un colibacille fut isolé du sang. Ce germe, qui était présent dans les urines dès le premier jour de la maladie, était agglutiné par le sérum de la malade.

L'autopsie décela :

1° D'une part, une endocardite mitrale dont les aspects histologiques semblaient indiquer qu'elle était en voie de guérison. Tout au moins l'infiltration leucocytaire y était-elle réduite au minimum. Cependant des gonocoques absolument caractéristiques se retrouvaient dans le réticulum fibrineux sur les coupes histologiques et l'on ne pouvait y déceler aucun autre microbe.

2° D'autre part, il existait des abcès de la rate et des reins. Ni l'examen bactériologique du pus ni l'étude histologique des parois de ces abcès ne permettaient d'incriminer le gonocoque. Par contre, le colibacille, en très grosse quantité, infiltrait les parenchymes rénaux et spléniques au voisinage des collections suppurées.

***

Cette observation suggère un certain nombre de réflexions.

Tout d'abord l'association du gonocoque et du colibacille (en tant qu'agents tous deux d'infections septicémiques) est des plus rares. Nous n'avons trouvé dans la littérature aucun cas comparable au nôtre. Seules peuvent en être rapprochées deux observations de Dieulafoy où l'on vit une fièvre typhoïde survenir au décours d'une septicémie à gonocoques.

Dans ces deux cas, les courbes fébriles dessinèrent des ondulations très comparables à celles que nous avons observées. La première des deux observations de Dieulafoy serait certes discutable n'était le résultat de l'hémoculture, car la gonococcémie y revêtait la forme véritablement exceptionnelle d'une septicémie pseudo-typhique pure. Par contre, dans la deuxième, la survenue d'arthrites blennorragiques indiscutables, les frissons quotidiens ne laissaient, même cliniquement, aucun doute sur la réalité de la gonohémie. Dans les deux cas est survenue, alors que l'infection initiale était en voie de guérison, une septicémie éberthienne prouvée ici par un séro-diagnostic et là par une hémoculture.

L'apparition de la fièvre typhoïde chez des malades hospitalisés depuis longtemps posait un problème pathogénique difficile et que Dieulafoy résolvait par l'hypothèse d'incubations particulièrement prolongées.

Il est plus facile de comprendre l'enchaînement des faits chez notre malade. La présence du colibacille dans les urines dès les premiers jours de la maladie permet de penser que cette femme était déjà une infectée des voies urinaires quoique à vrai dire les bassinets et les uretères se soient montrés, à l'autopsie, macroscopiquement intacts. On peut concevoir qu'à la faveur de l'infection gonococcique le colibacille ait diffusé dans le sang et qu'il ait retrouvé dans cet organisme affaibli une virulenec particulière. Nous reviendrons plus loin sur les caractères de la septicopyohémie qui en résulta.

***

L'infection gonococcique initiale était par elle-même étonnante par l'intensité et la diffusion des lésions articulaires. Il s'est agi en réalité d'une grande polyarthrite suppurée à gonocoques ayant abouti en trois semaines à la dislocation totale des articulations des poignets.

C'est là une forme relativement rare de rhumatisme gonococcique. En général, les gonohémies s'accompagnent de manifestations articulaires bien moins destructives et surtout infiniment moins nombreuses. Très vite, en tous cas, le gonocoque se localise sur une ou deux articulations et l'évolution locale est alors celle de la monoarthrite séro-fibrineuse habituelle.

Les observations du genre de celle que nous rapportons sont exceptionnelles. Citons celle de Nobécourt et Vitry qui est déjà ancienne et une observation de Wiener que rappelle Mondor où une septicémie gonococcique aboutit en trois semaines à la dislocation complète de l'articulation du genou.

Il est intéressant de noter sur les radiographies, même sur celle du poignet le plus malade, l'intégrité absolue des os. Les contours articulaires sont nets, l'opacité osseuse normale, les travées normalement visibles. On ne voit nulle part les lésions de décalcification, d'ostéoporose précoce, ou les productions anormales, pourtant si fréquentes au cours des arthrites blennorragiques (Mondor).

***

Un autre point curieux de notre observation est l'existence d'une néphrite azotémique qui guérit spontanément ou tout au moins s'améliora considérablement, en même temps que regressaient les lésions articulaires et cutanées. L'azotémie qui au début atteignait 3 gr. 15 était revenue à la normale lorsque survint la phase colibacillémique de la maladie.

Certes, les complications rénales sont fréquentes au cours des gonohémies. Le plus souvent, cependant, les auteurs se bornent à signaler une albuminurie plus ou moins importante et de la cylindrurie. Une observation remarquable d'Œttinger, P. L. Marie et Morhange a trait à la survenue au cours d'une gonohémie d'une néphrite œdémateuse avec ascite et hydrothorax bilatéral. Mais aucune mention n'y est faite de l'azotémie et nous n'avons trouvé dans aucun des cas publiés un taux d'urée aussi élevé que celui que nous avons observé chez notre malade.

Que faut-il penser enfin de l'endocardite qui constitua une surprise d'autopsie et dont l'examen histologique montra qu'elle était à tout le moins en voie de rétrocession, puisqu'on ne trouvait nulle part de lésion infectieuse en évolution ?

On peut se demander si cette lésion n'était pas destinée à guérir, malgré la présence dûment constatée de quelques rares nids microbiens. Il est avéré à l'heure actuelle qu'il existe des cas, rares à la vérité, d'endocardite plastique gonococcique. Nous-même, avec A. Cain, en rapportions récemment un cas démonstratif et, à cette occasion, nous rappelions les principaux exemples de ces faits antérieurs au nôtre.

***

Nous dirons peu de choses de la septicémie colibacillaire qui est survenue comme épisode terminal de la maladie. Elle a revêtu l'aspect pseudo-typhique classique, et s'est révélée à l'autopsie comme la cause d'abcès métastatiques des reins et de la rate.

Sans doute faut-il toujours être prudent lorsqu'il s'agit d'attribuer à un colibacille trouvé dans le sang les phénomènes septicémiques que l'on observe. Ce germe est celui qui mérite le plus souvent le nom de microbe de sortie au sens où l'entendait Maurice Nicolle. Mais chez notre malade, les réactions agglutinantes du sérum étaient déjà un argument précieux en faveur du caractère pathogène du germe et les lésions suppurées trouvées à l'autopsie constituaient à cet égard un argument décisif.

Hanot, Lenhartz, Widal et Lemierre ont rapporté des observations d'abcès miliaires du rein, hématogènes, à colibacilles où il n'était pas possible d'incriminer une infection ascendante des voies urinaires. Il s'agit donc là de faits connus sur lesquels nous n'insisterons pas.

De Lavergne rappelle que le colibacille est avant tout un microbe pyogène, mais qu'il n'est capable de faire du pus qu'à la faveur d'une autre infection ou de toute autre cause de déficience organique. Il semble lui dénier toute action septicémique primitive et n'accepter pour lui qu'un rôle d'agent secondaire.

Une telle conception cadre parfaitement avec notre observation. Sans la septicémie gonococcique qui lui a ouvert la voie le colibacille n'aurait sans doute pas été capable de provoquer chez notre malade les lésions suppurées profondes qui ont été la cause immédiate de la mort.

BIBLIOGRAPHIE

DIEULAFOY. Deux cas de septicémie gonococcique terminés par la guérison et aussitôt suivis de fièvre typhoïde, *Presse médicale*, 10 mai 1909, p. 365.

NOBÉCOURT et VITRY. Polyarthrite suppurée au cours de l'ophtalmie purulente du nouveau-né. Culture du gonocoque obtenue avec le pus conjonctival et articulaire, *Bull. Soc. Pédiatrie*, Paris, 1903, p. 302-307.

ŒTTINGER, P.-L. MARIE et MORHANGE. Septicémie gonococcique essentielle, compliquée d'endocardite et de néphrite, *Soc. méd. des Hôpitaux*, 13 fév. 1934.
A. CAIN et R. CATTAN. Septicémie gonococcique. Monoarthrite purulente. Méningite. Endocardite. Guérison, *Soc. méd. des Hôp.*, 12 juillet 1935.
MONDOR. *Les arthrites gonococciques*, Masson, édit.
Dr LAVERGNE. Rapport au *Congrès de Médecine*, 1927.

Xe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Le Caire, 31 décembre 1935-4 janvier 1936 (1).

Le 31 décembre s'est ouvert au Caire, dans la salle des fêtes de la nouvelle Université égyptienne, qui s'élève à Guizeh, et qui fut le témoin des récentes manifestations estudiantines, le Xe Congrès de la Société internationale de Chirurgie, qui groupe 46 nations. Malgré l'instabilité de la situation internationale, il a remporté un incontestable succès, réunissant plus de 500 délégués représentant trente-cinq pays.

La séance inaugurale était présidée par le ministre de l'Instruction publique ayant à ses côtés notamment le représentant du roi, les professeurs Jean Verhoogen (Bruxelles, président du Comité international ; Schœmaker (La Haye), président du Congrès ; le docteur Léopold Mayer (Bruxelles), secrétaire général ; le professeur Ali Ibrahim Pacha, doyen de la Faculté de médecine du Caire, et le professeur Khalil Bey, secrétaire du Congrès.

Les souhaits de bienvenue ayant été adressés à l'assistance par le ministre de l'Instruction publique, au nom du gouvernement, et par le doyen de la Faculté, au nom du Comité organisateur, le professeur Verhoogen remercia le gouvernement du roi et ses collègues égyptiens de l'accueil qu'ils avaient si largement reservé à leurs hôtes et rendit un suprême hommage aux membres de la Société décédés depuis la réunion de Madrid en 1932, parmi lesquels nos compatriotes Lejars et Proust.

Le professeur de Quervain (Berne), qui présidait le Congrès de Madrid, remercia au nom des congressistes étrangers. Puis le docteur L. Mayer, secrétaire général de la Société, dit toute sa satisfaction d'avoir pu, malgré les difficultés de l'heure, mener à bonne fin l'organisation de ce Congrès qui promet d'être si fertile en enseignements profitables. Il signale que le nombre des membres de la Société atteint à ce jour 1.298 et montre l'intérêt pour eux de la création du *Journal international de chirurgie* qui leur permettra de rester en relations scientifiques.

Le professeur Schœmaker enfin prononca le discours inaugural, faisant un heureux rapprochement entre les chirurgiens et les artistes.

Plus de cinquante médecins français, universitaires ou chirurgiens des hôpitaux, assistèrent à l'inauguration du Congrès, en suivirent les travaux ou prirent part aux discussions. Nous avons reconnu MM. Lenormant (Paris), Leriche (Strasbourg), Labey (Paris), Lambret (Lille), Lemaître (Paris), Wertheimer (Lyon), L. Binet (Paris), G. Cotte (Lyon), R. Fontaine (Strasbourg), Leveuf (Paris), Chalier (Lyon), Thalheimer (Paris), Weiss (Strasbourg), P. Veau (Paris), Tapie (Toulouse), Forey (Saint-Malo), H. Fruchaud (Angers), A.-P. Wallet (Paris), J. Haour (Lyon), Guerneau (Quimper), Delagenière (Le Mans), Pouliguen (Brest), Santy (Lyon), J. Braine (Paris), de Fourmestraux (Chartres), Saiget (Lorient), B. Fey (Paris), Fr. Cleret (Chambéry), Ricard (Lyon), Ravina (Paris), R. Soupault (Paris), Abadie (Oran), Dubois-Roquebert (Rabat), L. Bazy (Paris), Huet (Paris), Arnaud (Saint-Etienne), Laffitte (Niort), Nicaud, Vouaux, Malla, Dufourmentel (Paris), Chaperon (Caen), Philip (Vichy), Guibal (Béziers), Dillenseger (Vichy), Jousset (Paris), H. Walter (Vichy), L. Lamy (Paris), Baranger (Le Mans), Naudrot (Montargis), Darcissac (Paris).

Avant de résumer les rapports présentés à ce Congrès, qu'il nous soit permis de remercier le Comité de réception égyptien de l'accueil empressé qu'il réserva aux membres de la Société, de les féliciter aussi de l'admirable organisation qui présida aux séances scientifiques comme à la partie récréative conçue pour leurs hôtes : visite aux Pyramides et aux barrages du Nil, visite au prestigieux Musée, soirée offerte à l'Héliopolis Palace par le président et Mme Schœmaker, dîner offert par le président du Conseil, dîner offert par le ministre de l'Instruction publique, banquet de clôture offert par les chirurgiens égyptiens au Minna House, visite et déjeuner offerts par la municipalité d'Alexandrie.

PREMIÈRE QUESTION

Chirurgie des parathyroïdes

1. M. Léon BINET (Paris). — Explorées par les techniques physiologiques, c'est-à-dire par la méthode de l'ablation, par la pratique de la greffe, par l'analyse biologique des effets qu'engendrent les extraits purifiés, les glandes parathyroïdes apparaissent comme des formations endocriniennes présidant au métabolisme du calcium. Elles règlent le taux de la séro-calcémie, comme la glande pancréatique régit celui de la glycémie. Comme le pancréas endocrinien, le tissu parathyroïdien assure son rôle régulateur alors qu'il est très réduit anatomiquement. La sécrétion parathyroïdienne semble être commandée par le taux du calcium sanguin : l'hypocalcémie en est l'excitant.

L'analyse de l'hypo et de l'hyperparathyroïdisme a été particulièrement poussée ces dernières années. L'insuffisance de la parathyroïde est suivie de tétanie, caractérisée par une série de désordres fonctionnels, biochimiques et histologiques que nous nous sommes efforcés d'étudier : l'hypocalcémie est l'élément humoral majeur et sa correction — continue — arrête les méfaits de la parathyroprivation. D'autre part, l'hyperfonctionnement parathyroïdien, avec ses désordres humoraux et ses lésions osseuses, a été porté avec profit sur le terrain expérimental.

Toutes ces données physiologiques nous semblent aujourd'hui suffisamment solides pour constituer une base sérieuse à des conceptions médicales et à une thérapeutique chirurgicale.

2. M. K.-H. BAUER (Breslau). — En 1913 Guleke a écrit une monographie fondamentale sur la chirurgie des parathyroïdes ; si l'on envisage nos connaissances actuelles concernant le traitement de la tétanie post-opératoire, on peut affirmer que depuis lors des progrès notables ont été réalisés.

Il y a vingt-deux ans, Guleke déclarait que la médication parathyroïdienne avait complètement échoué dans la tétanie humaine ; aujourd'hui la parathormone constitue une thérapeutique hormonale efficace des troubles parathyroïdiens.

Tandis qu'en 1913 la greffe de parathyroïdes était conseillée comme traitement causal, aujourd'hui cette question est jugée non pas pour des raisons de principe rédhibitoires, mais parce que des moyens plus simples et plus efficaces sont à notre disposition.

Si en 1913 Guleke ne consacrait que quelques lignes à l'apport calcique dont il estimait ne pas encore apprécier la valeur, la calcithérapie est devenue à présent un bienfait indiscutable dans le traitement de la tétanie.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

En outre, d'après les données actuelles, il est permis d'espérer que le A. T. 10 amènera un nouveau progrès considérable dans la thérapeutique de la tétanie post-opératoire, du moins dans son stade chronique.

3. MM. Jean Braine et M. Chifoliau (Paris). — Il est actuellement un peu prématuré de tenter la synthèse d'une question de chirurgie physiologique encore en pleine évolution ; nous ne saurions formuler ici que des *conclusions d'attente*. Nous souhaitons seulement que notre travail puisse servir de base à des discussions ultérieures.

C'est dans le domaine des *recherches physiologiques, physico-chimiques* et *expérimentales* qu'il est indispensable de progresser pour asseoir nos tentatives chirurgicales sur des bases chaque jour plus solides.

Cette chirurgie parathyroïdienne, née d'hier, nous assure dès maintenant des *succès indiscutables dans les formes les plus caractéristiques de l'hyperparathyroïdisme*, en particulier dans l'*ostéite fibro-géodique de Recklinghausen*, et aussi dans *certaines hyperparathyroïdes aiguës*, diffuses, *lithiasiques pures*, avec décalcification massive du squelette : *l'ablation du ou des adénomes parathyroïdiens*, suivant le cas, *arrête l'évolution des accidents* (dans 80 p. 100 des cas) ; elle *peut amener la guérison*, à condition que l'opération ait été pratiquée *avant les phases ultimes de la maladie*.

L'ablation des glandes parathyroïdes anatomiquement normales donne des résultats plus discutables, beaucoup plus inconstants. Dans certaines formes diffuses de la *sclérodermie*, des améliorations encourageantes paraissent justifier des interventions chirurgicales qui associeront parfois à la parathyroïdectomie des opérations portant sur le sympathique. Par contre, dans les diverses formes d'*arthropathies rhumatismales*, dont l'étiologie demeure encore si confuse, *nous ne pensons pas qu'il y ait beaucoup à attendre des parathyroïdectomies* . il est aussi difficile de prévoir et d'expliquer les insuccès que certains résultats palliatifs heureux parfois obtenus ; pour ces derniers, il reste à faire la preuve qu'ils sont bien sous la dépendance de l'ablation de tissu endocrinien. Il en est souvent de même pour les *nombreuses autres affections, osseuses ou non*, pour lesquelles les parathyroïdectomies ont été tentées.

L'insuffisance parathyroïdienne ne paraît relever qu'exceptionnellement de la chirurgie : les greffes donnent des résultats inconstants aléatoires, alors que la thérapeutique médicale physiologique a fait de considérables progrès. Les tentatives intéressantes de *réactivation* parathyroïdienne sont de trop fraîche date pour qu'une conclusion valable puisse être encore émise à leur sujet.

Nous croyons à l'*avenir de la chirurgie physiologique*, malgré les difficultés importantes qui lui sont propres (suppléances, interdépendances glandulaires, corrélations sympathico-endocriniennes) : l'interprétation des résultats reste cependant encore souvent bien malaisée. D'une manière générale *il convient, très certainement, que nous pensions et que nous agissions plus en physiologistes que nous n'avons eu, jusqu'ici, l'habitude de le faire*. Toutefois, en ce qui concerne en particulier les *parathyroïdes*, il nous semble qu'on rencontrera toujours des *difficultés sérieuses, pour des raisons anatomiques qui leur sont propres :* nombre, irrégularité de répartition, anomalies, aberrances fréquentes.

Ce n'est certainement pas en enlevant « au petit bonheur », parce que ce n'est pas fort difficile, une ou plusieurs parathyroïdes normales dans des affections dont l'étiologie reste obscure, qu'on obtiendra des résultats valables : en ce faisant, on risque de discréditer une chirurgie jeune, intéressante et qui a déjà donné autre chose que des résultats imprécis ou des promesses sans lendemain.

Le problème se montre souvent plus complexe qu'on ne l'avait supposé tout d'abord ; ainsi l'hyperfonction parathyroïdienne peut être secondaire à un hyperfonctionnement hypophysaire qui paraît la tenir sous sa dépendance ; opération indirecte, symptomatique et palliative.

Le *rôle des facteurs locaux* reste très important dans la genèse et la localisation des lésions, même dans les affections qui semblent dépendre le plus typiquement du facteur général, humoral, qu'est l'hyperparathyroïdisme. Ainsi dans l'ostéite fibro-kystique, par exemple, des *conditions locales* (variations de régime circulatoire, asphyxie locale, réactions sympathiques, etc.) existent certainement qui favorisent l'apparition élective et l'évolution des lésions dystrophiques en certains points du squelette. Il en est de même pour la sclérodermie. C'est là, semble-t-il, une des causes essentielles de l'inégalité des succès après les parathyroïdectomies.

En règle générale, quand il y a *hyperparathyroïdisme vrai, déclaré*, il y a des *signes cliniques et humoraux évidents, actuellement bien connus*. Quand il y a discussion, c'est qu'il n'y a pas hyperparathyroïdisme fonctionnellement certain ; la parathyroïdectomie agit alors par un processus que nous ignorons, mais non par la suppression ou la régulation d'une sécrétion excessive d'hormones. Cette remarque est d'ailleurs valable pour toute l'endocrinologie, où on a trop souvent abusé des « petits syndromes ».

C'est dans la *recherche des tests* qu'il convient surtout, à notre avis, de progresser. A la phase terminale, cliniquement et radiologiquement avérée, de l'hyperparathyroïdisme, les succès thérapeutiques obtenus ne peuvent être bien brillants. Sans doute y a-t-il autre chose à rechercher que la calcémie, trop souvent seule interrogée, pour éclairer nos investigations ; les autres tests chimiques (phosphore, *phosphatase*, etc.), ou électriques (chronaxie), peuvent être d'un précieux secours ; il *conviendrait cependant, à notre sens, de pouvoir, avant tout, dépister chez un individu l'imminence d'un hyperparathyroïdisme latent*. La recherche systématique des réactions biologiques, des réponses déclenchées à la suite de l'administration de substances dont le métabolisme est troublé au cours de l'hyperparathyroïdisme (hormone parathyroïdienne, calcium, phosphore, phosphatase et même l'élément toxique la guanidine) nous paraîtrait des plus fructueuses à poursuivre : cette *méthode dite des tests* est d'ailleurs d'un usage général pour les endocrines, elle est comparable à la mise en évidence de la sympathicotonie par l'adrénaline.

Les progrès de cette chirurgie complexe et difficile nous paraissent dépendre beaucoup plus de *quelques cas bien étudiés, bien « fouillés » au point de vue biologique*, que de l'accumulation d'abondantes statistiques hétérogènes et disparates, plus fallacieuses ici que nulle part ailleurs.

4. M. Mario Donati (Milan). — A côté de l'hypoparathyroïdisme, il y a lieu de considérer aujourd'hui l'hyperparathyroïdisme et le dysparathyroïdisme dans lesquels le rôle des parathyroïdes est bien établi.

L'ancienne conception de l'adénome parathyroïdien doit céder la place à celle de l'hyperplasie parathyroïdienne (parastruma) généralement unique, avec symptômes d'hyperparathyroïdisme.

Les indications exactes de cette chirurgie nouvelle et le diagnostic précoce des affections où elle peut rendre service restent à préciser.

Dans l'hyperparathyroïdisme, comme dans l'hypoparathyroïdisme, les modifications du métabolisme minéral, et spécialement du Ca, du K, du P et des phosphatases, sont essentielles.

L'auteur précise les recherches qu'il a faites à ce sujet avec Fontana, et surtout insiste sur la valeur des échanges intermédiaires du Ca et du P.

La mortalité post-opératoire, heureusement peu importante avec les interventions sur les parathyroïdes, est due généralement à la tétanie.

Les relations des parathyroïdes avec l'hypophyse sont maintenant bien établies.

L'altération pathognomonique des parathyroïdes (parastruma) dans la maladie de Recklinghausen doit être admise ; il y a aussi des rapports entre les parathyroïdes et certains cas de maladie de Paget.

Une altération particulière des parathyroïdes est plus douteuse dans les arthropathies et la sclérodermie. Dans les artérites et les angiospasmes, les résultats des interventions parathyroïdiennes sont inconstants et passagers.

Cent dix-sept cas d'ostéo-dystrophie fibro-kystique avec signes d'hyperparathyroïdisme toxique ont été opérés avec un bon résultat qui, dans une vingtaine de cas, a été déjà constaté depuis longtemps.

L'hyperthyroïdisme peut se manifester par des symptômes rénaux et digestifs sans lésions osseuses, avec seulement des altérations des échanges minéraux.

En conclusion, les recherches les plus récentes, en élargissant et en améliorant nos connaissances sur l'hyperparathyroïdisme, ont limité les indications de l'intervention sur les parathyroïdes : elle doit se limiter presque exclusivement à l'ablation des adénomes parathyroïdiens dans l'hyperparathyroïdisme accompagné des altérations classiques du métabolisme qui constituent le syndrome humoral de la maladie.

(A suivre.) RENÉ BECKERS.

PRATIQUE MÉDICALE

LE SÉRUM DE JOUSSET
INDICATIONS. POSOLOGIE. RÉSULTATS (1)

Par M. Paul GUÉRIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Depuis un certain nombre d'années, un grand nombre d'auteurs ont insisté sur les heureux résultats obtenus par l'emploi du sérum *antibacillaire de Jousset* : encore faut-il admettre que, pour nombre de praticiens, les indications de cette méthode thérapeutique demeuraient quelque peu confuses... Le docteur P. Guérin, assistant pendant plusieurs années du professeur agrégé A. Jousset, a pensé que le moment était venu d'écrire une « revue générale » sur une question aussi controversée.

Une indication d'ensemble domine tout le débat : « Ne « demandez pas au sérum d'agir sur les tuberculoses organisées, sur les lésions constituées constructives ou destruc- « tives ; réservez-le pour les bacilloses *fluxionnaires*, les « processus *congestifs*, les *fièvres d'invasion bacillaire* », formes relativement rares, il est vrai, par rapport au nombre

(1) *La Médecine internationale*, juin-juillet-août 1935.

des infiltrés ou des cavitaires, mais facilement reconnaissables à leur tracé thermique *régulier, peu oscillant* et pseudotyphique, et particulièrement fréquentes dans les invasions *infantiles*.

La *Thyphobacillose* constitue de ce fait l'indication typique d'un emploi précoce et massif de la sérothérapie antibacillaire, qu'il s'agisse d'une réaction hilaire simple, d'une extension congestive périhilaire, d'une atteinte ganglio-pulmonaire, voire pleuro-pulmonaire ou pneumonique : treize observations de bacilloses infantiles ainsi traitées semblent démonstratives d'une efficacité doublement intéressante par son caractère immédiat et la prévention ainsi réalisée des complications ultérieures.

A la typhobacillose, l'auteur rattache à juste titre l'*Erythème noueux*, dont la radiologie nous montre qu'il est presque toujours une primo-infection bacillaire — hilite — accessoirement compliquée d'hyperallergie cutanée... Notion d'intérêt capital pour qui sait la fréquence des manifestations tuberculeuses ultérieures chez les convalescents d'érythème noueux.

Le *Fernet-Bouillaud* classique, avec sa fluxion séreuse pleuro-péritonéale, constitue, dans le début de son évolution, avant l'apparition des gâteaux, une indication optima de la sérothérapie... Il en est de même, cela va de soi, du lot immense des *pleurésies*, et l'auteur cite la curieuse observation d'une pleurésie gauche inquiétante remarquablement guérie sans séquelles chez un porteur de pneumothorax droit...

Fluxion sérieuse, également, la *polyarthrite bacillaire aiguë*, à type pseudo-Bouillaud, dont les cliniciens commencent à soupçonner l'étiologie et qui constitue un chapitre inédit où la sérothérapie se montre pleine de promesses...

Reste enfin la « *forme mixte* », la poussée congestive survenant chez le sujet porteur de « lésions organisées » : le type en est la poussée pneumonique hémoptysique et hyperfébrile qu'on voit survenir sur une infiltration torpide. En pareil cas, le « Sérum de Jousset, s'il n'agit point sur la « lésion préexistante, jugule la poussée fluxionnaire, éteint « la zone de feu périlésionnelle, arrête le saignement, limite « les dégâts et les diffusions » : arme de choix, puisque le pneumothorax n'est pas toujours praticable et qu'elle peut du moins permettre de le réaliser « *à froid* ».

Des observations plus rares : *granulie* traitée concurremment par le sérum et l'Allergine, *mastoïdite* tuberculeuse rapportée par le docteur Longchampt, de Toulon, complètent curieusement cet exposé.

En ce qui concerne la *posologie*, l'auteur reste fidèle à la *voie sous-cutanée :* frapper *vite* et *fort*, à raison de 3 cmc. par kilogr. de poids corporel, soit 160 à 200 cmc. chez l'adulte, 50 à 120 chez l'enfant ou le nourrisson. Injections massives et rapprochées de 60 à 80 cmc. chacune, à 24 ou 48 heures d'intervalle, la première étant pratiquée avec les précautions traditionnelles (Besredka), et l'efficacité du traitement devant même faire sa preuve dans le délai de 8 à 10 jours, avant même les réactions sériques tardives du onzième jour.

La *voie rectale*, récemment préconisée par Blechmann et le professeur Pierret, semble à l'auteur d'une efficacité inférieure ; il reproche au lavement sérique de n'amener parfois qu'une sédation incomplète et transitoire là où la voie sous-cutanée eût peut-être entraîné l'extinction définitive du processus. Il la réserve de ce fait aux nourrissons discrètement atteints, aux sujets fragiles porteurs de lésions sévères chez lesquels on n'attend du sérum qu'un effet accessoire décongestionnant, aux intolérants sériques déjà connus, et tout particulièrement aux *asthmatiques*, chez qui toute introduction sérique sous-cutanée est formellement contre-indiquée.

Les conclusions de l'auteur, appuyées par 34 observations, sont fort nettes : appliqué à bon escient, le sérum de Jousset arrête le *potentiel évolutif* de l'affection, évite ces convalescences traînantes et l'incessante possibilité des *réveils* évolutifs. Il réalise souvent des guérisons *stables*, quasi radicales, comme si la « révolution humorale » ainsi produite entraînait une sorte d'*immunisation*.

L'essentiel est d'en préciser avec soin les indications assez limitées, on le voit, et de l'appliquer au stade *fluxionnaire* et *toxi-infectieux* de la maladie, avant que ne soit amorcée l'organisation lésionnelle anatomique. « *Infection fraîche, forme jeune* sur un *organisme neuf* », ainsi se résument les conditions du succès.

LIVRES NOUVEAUX

Médicus 1936, Guide-Annuaire du Corps médical français (1).

Cet Annuaire, dont les éditions précédentes modifiées avaient prouvé la grande utilité, présente son édition 1936 établie, malgré les difficultés économiques actuelles, dans le même esprit et avec toutes les modifications qui étaient nécessaires.

Conservant la même disposition ainsi que les différents papiers de couleurs distinguant les chapitres, l'éditeur s'est attaché, surtout, à la révision des deux parties (Documentation et Annuaire), de façon à ce que les adresses de MM. les Praticiens soient complètement à jour.

Il espère ainsi que « Médicus 1936 » donnera pleine satisfaction à ses nombreux souscripteurs.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DIAGNOSTIC DES GROS GENOUX

Le diagnostic d'un gros genou se pose fréquemment en clinique ; le diagnostic positif en est relativement simple, et seule la recherche de l'étiologie peut dans certains cas être délicate.

Diagnostic positif. — L'*interrogatoire* a une grosse importance :

Il précisera le *mode de début ;* l'apparition de la déformation est-elle en rapport avec un traumatisme (faire la critique de l'importance du traumatisme très souvent invoqué hors de propos par le malade) ; le gros genou s'est-il constitué lentement ou rapidement, de façon spontanée ? tous éléments ayant une grosse importance quant à l'étiologie. L'interrogatoire permettra encore de rechercher l'état actuel des fonctions du genou : douleurs, gêne fonctionnelle.....

Signes physiques. — Le genou est le plus souvent *légèrement fléchi ;* il est volumineux, globuleux, avec disparitions des saillies et des méplats normaux ; très souvent, la rotule est surmontée sur son bord supérieur par une saillie à concavité inférieure, témoignant de la distension du cul-de-sac sous-quadricipital.

On palpera le genou malade en complet relâchement et en comparant avec le genou sain mis en *position semblable*.

La *chaleur locale* sera recherchée avec le dos de la main.

(1) In-8 raisin, relié pleine toile, 1.420 pages. — Prix : 30 fr.; France et colonies, 35 fr. — Paris, A. Legrand.

On passera en revue successivement tous les éléments articulaires :

Le contenu articulaire : dans certains cas, le *choc rotulien est franc*, dans d'autres, il est comme *ouaté*, ce qui indiquerait la présence de fongosités dans la synoviale.

La synoviale : on tentera d'apprécier son épaisseur sur les bords *latéraux de la rotule.*

Les ligaments latéraux, en recherchant l'existence de points douloureux sur leur *trajet* et à leurs *points d'insertion.*

Enfin *le squelette*, en palpant systématiquement les condyles fémoraux, la rotule et les plateaux tibiaux.

On examinera aussi la *zone méniscale*, située au niveau de l'interligne, entre les bords du ligament rotulien et les ligaments latéraux correspondants.

Des essais doux et prudents permettront de mettre en évidence l'existence, soit *d'une limitation des mouvements*, soit de *mouvements anormaux* (mouvement de tiroir ou de latéralité).

Le pincement en masse du quadriceps, la mensuration comparative du tour de cuisse rendront compte de l'*atrophie musculaire.*

La radio est naturellement indispensable ; il est parfois nécessaire d'adjoindre aux deux vues habituelles de face et de profil un cliché pris en position de Béclère.

Diagnostic différentiel. — Il est simple et consiste à éliminer les affections du *creux poplité*, anévrysmes, kystes synoviaux.

Etiologie. — Elle se pose dans trois conditions différentes :

1° Gros genou traumatique récent ;
2° Gros genou chronique ;
3° Gros genou aigu, fébrile.

Gros genou traumatique récent. — On est en présence d'une *hémarthrose ;* parfois, elle est tellement abondante qu'elle gêne le palper et qu'il est nécessaire de la ponctionner.

Certaines causes sont absolument évidentes, telles la fracture de l'*extrémité inférieure du fémur* (uni ou bi-condylienne, en T), *la fracture de l'extrémité supérieure du tibia*, les luxations de la rotule ou du tibia en arrière.

Une est relativement fréquente : la *fracture de la rotule*, dont le signe essentiel reste la *dépression interfragmentaire.*

D'autres sont bien plus rares : rupture du tendon quadricipital ou du tendon rotulien.

Enfin, certaines sont d'un diagnostic très délicat et pourraient passer inaperçues sans le secours de la radio : la *fissure du plateau tibial*, la *fracture en écuelle des tubérosités tibiales.*

A côté de ces lésions, il est une autre catégorie de causes qui entrent dans le cadre des *entorses du genou :*

Tout d'abord, les *déchirures ligamentaires* des ligaments latéraux ou des croisés ; l'existence de mouvements de tiroir ne permettant pas d'affirmer la lésion d'un de ces derniers.

Les *arrachements ostéo-ligamentaires :* fractures du tubercule de Gerdy, fractures parcellaires de la tubérosité cutanée des condyles, fractures des *épines tibiales* (position de Béclère nécessaire).

Enfin, les *lésions méniscales*, qui entraînent plus souvent une hydro-hémarthrose, soit fracture, soit luxations plus fréquentes sur le ménisque interne et donnant une symptomatologie de *blocage articulaire.*

Deux diagnostics peuvent encore se poser :

L'hématome de la bourse séreuse prérotulienne. Elle peut simuler une fracture de rotule.

La *contusion simple du genou.* Diagnostic fait sur l'absence de points douloureux précis et de mouvements anormaux ; très souvent, il s agit d'une lésion minime qui a passé inaperçue.

Gros genou chronique. — Bien souvent, le malade incrimine un traumatisme comme ayant marqué le début des accidents. Savoir en faire la critique.

Le genou est d'aspect fongueux.

On doit avant tout penser à la *tuberculose*, qui réalise soit une ostéo-arthrite d'emblée, soit la transformation d'une hydarthrose chronique. La claudication de fatigue, la douleur, la limitation des mouvements, l'importante atrophie du quadriceps, la présence de ganglions rétro-cruraux, plus accessoirement la radio, doivent faire le diagnostic au début.

A la période dite d'état, l'aspect est tellement typique qu'il ne peut y avoir de doute.

— Bien plus difficile est le diagnostic, quand on est en présence d'une *hydarthrose.*

Parfois, il s'agit d'un *épanchement traumatique*, traduisant une séquelle d'entorse, de lésions méniscales, ou la présence d'une souris articulaire.

Dans d'autres cas, un ganglion iliaque, un épaississement mollasse de la synoviale font suspecter la tuberculose ; l'examen du liquide prélevé par ponction peut avoir son importance.

Plus rarement, il s'agit d'une *hydarthrose spécifique*, dont l'indolence et la bilatéralité fréquente sont les caractères essentiels. Quant à l'*hydarthrose blennorragique*, qui s'accompagne d'une très grosse atrophie musculaire, il est souvent très difficile d'en faire la preuve (rechercher le pus urétral, examen du liquide articulaire).

L'arthrite hémophilique est un diagnostic d'exception, mais auquel il faut néanmoins penser sur l'évolution par brusques poussées, chez un jeune garçon.

Il existe enfin des arthrites sèches chroniques, des arthrites statiques et l'exceptionnelle *arthropathie tabétique*, où la dislocation du genou contraste avec l'indolence absolue.

Le genou peut être encore gros de par la présence d'un *hygroma* prérotulien (diagnostic facile).

Restent les *ostéosarcomes des épiphyses fémorales ou tibiales.* Ils sont douloureux, la tuméfaction osseuse peut présenter de la crépitation ; le plus souvent, l'interligne n'est pas touché.

Gros genou aigu, fébrile. — L'infection peut être péri-articulaire : c'est le cas de *l hygroma suppuré*, sous lequel l'articulation est libre.

C'est également le cas du *R. A. A.*, dans lequel les lésions sont à maximum périarticulaire, tendineux ; il est rare que l'atteinte du genou reste isolée.

Dans d'autres cas, le genou présente tous les signes d'une *arthrite aiguë*, avec son immobilité en légère flexion, sa douleur à la moindre tentative de mouvement.

Ce peut être une *arthrite à liquide clair*, comme le réalise la monoarthrite blennorragique dont l'évolution se fait presque fatalement vers l'ankylose.

La gonococcie peut également réaliser une *forme pseudo-phlegmoneuse.*

Ce peut être une arthrite *suppurée ou pyoarthrose.*

Le plus souvent *secondaire* (septicémie, grippe, scarlatine, infection puerpérale), et dont les indications thérapeutiques sont des plus délicates à poser.

Enfin, *l'ostéomyélite aiguë* peut, qu'elle siège soit sur le fémur, soit sur le tibia, retentir sur l'articulation ; parfois, c'est une simple réaction séreuse de pronostic toujours sérieux quant à l'ankylose, dans d'autres cas, c'est une véritable arthrite suppurée secondaire.

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,

4, Place des Vosges, PARIS

Echantillons médicaux sur demande.

AMIDAL

GÉNATROPINE

N° 10. — SAMEDI 1er FEVRIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). - Téleph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 27 janvier 1936. — Questions données : « Les panaris du pouce. — Symptômes et diagnostic des paraplégies par compression de la moelle dorsale. »

MM. Le Loch, 20,5; Frebet, 15; Bouvier, 19,8; Rozée Belle-Isle, 22,5; Vincent (Max), 20,8; Torre, 19,4; Petit (Camille), 20; Mlle Olivier, 25,7; M. Gaumé, 21; Mlle Sachnine, 24,2.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — *Fondation Chauveau.* — La Faculté de médecine de Lyon vient de décerner le prix annuel (2.000 fr.) de la Fondation Chauveau, qui était attribué en 1935 à la section de médecine, à M. le docteur Etienne Berthet, interne lauréat des hôpitaux de Grenoble, pour un excellent mémoire consacré à l'étude expérimentale et clinique du rôle des voies lymphatiques cervicales dans l'infection interstitielle du poumon (tramite et périlobulite).

Le prix Chauveau de 1936 aura un caractère social et de solidarité médicale. Il sera affecté à soulager une infortune (revers, maladie) d'un membre de la plus grande famille médicale (confrère, femme ou enfants de médecins, étudiants en médecine).

Les dossiers des postulants devront parvenir, sous pli recommandé, au secrétariat de la Faculté de médecine, 8, avenue Rockefeller, Lyon-Monplaisir, en double exemplaire, avant le 25 octobre 1936, date de la clôture rigoureuse du registre d'inscription.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* MM. Durand, à Tunis; Cerné, à Rouen.

Médaille de vermeil. — M. Villain, à Tunis.

Médaille d'argent. — M. Gatté et Mme Poggioli, à Saint-Germain-en-Laye; MM. Chaubet, à Ouezzane; Louis Martin, à Casablanca; Dupoux et Ruyer, à Tunis; Beydoun Wafic, à Beyrouth, Olleu, à Gap.

Médaille de bronze. — MM. Saint-Yves, à Chalamont; Esmenard et Prudhomme, à Marseille; Mlle Lacroix, à Langourian; MM. Faraggi, à la Bachellerie; Fournier et Larue de Tournemine, à Chateau-Picon; Dubourg, à Bordeaux; Peytard, à Corps; Bacou, à Perpignan; Lesobre, Stérin, Brouet, Frumusau, Pham-Hum-Chi, internes des hôpitaux de Paris; Eudel, Sicard, Orliac, Péquignot, Mlle Picard, externes des hôpitaux de Paris; MM. Corbeil, étudiant à Paris; Vignalou, à Niort; Bergé, à Ouezzane; Mme Monasterew, à Monastir.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. Foveau de Courmelles (de Paris), Panisset (de Sceaux).

Médaille d'argent. — MM. Aurientis (d'Aix), Collez (de Longwy), Saleur (de Nancy), Béthuel, André Lesure, Lenoir (de Paris).

Médaille de bronze. — MM. Aweng (de Jœuf), Arnoux (de Baccarat), Ducret (de Lunéville), Perron et Liégard (de Paris), Gounelle (de Strasbourg).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. le docteur Santenoise, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, inspecteur honoraire des services administratifs, directeur du laboratoire d'hydrologie de Nancy, conseiller technique sanitaire adjoint, est nommé conseiller technique sanitaire non rétribué au ministère de la Santé publique et de l'Education physique.

CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DU PROFESSEUR PORTMANN. (Hôpital clinique de la Glacière, 15, rue de la Glacière, Paris.) — *Cours sur les nerfs craniens.* — Le professeur Portmann commencera son cours, par une conférence sur le pneumogastrique, le mercredi 5 février 1936, à 21 h., dans l'amphithéâtre de la Glacière.

Il le poursuivra, chaque semaine, le mercredi soir, à la même heure et dans le même hôpital, en exposant successivement les différentes paires craniennes.

Ces cours comprennent, pour chaque nerf : l'anatomie, la physiologie, ainsi que les conséquences cliniques et thérapeutiques.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le médecin général inspecteur Mignon, du cadre de réserve, décédé à l'âge de 81 ans; M. le docteur Emile Renouard (de Paris).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DU SECRET PROFESSIONNEL

Comme on parle beaucoup du secret professionnel, qu'on le fait peut-être plus avec son sentiment qu'avec le sens exact des réalités et celui des prescriptions de l'article 378 du Code pénal, il n'est peut-être pas sans intérêt de rapporter le texte d'un jugement rendu par la première chambre de la Cour d'appel de Paris, le 1er mars 1935.

« Considérant que pour faire rapporter cette mesure, la dame P... invoque la nullité du testament pour cause d'insanité d'esprit ; qu'elle prétend, en effet, que X... était vis-à-vis de sa femme d'une jalousie maladive, délirante, confinant à la monomanie et à la démence, et que cette hantise a été la cause déterminante de sa décision, manifestée dans ses dernières dispositions, de ne laisser, en aucun cas, la tutelle de son enfant à la branche maternelle ; qu'elle produit, à l'appui de ses dires, de nombreux documents desquels résulterait manifestement cette insanité d'esprit ;

« Considérant que parmi ces documents, il convient d'écarter des débats, ainsi que l'ont fait les premiers juges, un certificat médical ou projet de certificat, délivré, prétend-il, à titre confidentiel à la dame P... par le docteur Y..., directeur et médecin traitant d'une maison de santé de Vevey (Suisse), où X... et sa femme avaient fait une ou plusieurs cures de repos ; que cette pièce qui donne de très nombreux détails sur l'état mental ou psychique de X..., *constitue incontestablement, au regard de la loi française, une violation du secret professionnel ; qu'il importe peu que la loi pénale du canton de Vaud n'érige pas en infraction une telle violation ou encore que les constatations ainsi faites sur un malade l'aient été à l'étranger et par un médecin étranger ; que fussent-elles licites en Suisse, elles ne sauraient être utilisées sur le territoire français, plus particulièrement lorsque leur production a pour but avéré de servir de fondement à une demande introduite devant les juridictions françaises ; qu'aussi bien la violation du secret professionnel ne se trouvant pratiquement réalisée que par la divulgation, la production,* CONTRAIRE A L'ORDRE PUBLIC FRANÇAIS, *d'une telle pièce ne peut être admise ; que cette pièce doit donc être rejetée des débats, sans qu'il puisse en être retenu la moindre mention.* »

Ces considérants sont intéressants à plus d'un titre : ainsi donc un certificat même délivré dans un pays étranger, où les médecins ne sont pas tenus au secret professionnel, ne peut être divulgué, en France, parce que cette divulgation serait illégale et contraire à l'ordre public.

Gardons-nous donc de toucher à un principe de notre charte si bien défendu par le Code pénal et une jurisprudence constante.

A. HERPIN.

CHRONIQUE

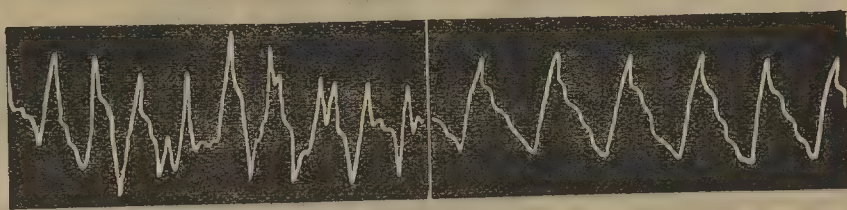
REMISE D'UNE MÉDAILLE A M. LE DOCTEUR MOUISSET ET A MADAME MOUISSET

C'est devant une assistance nombreuse de collègues, d'élèves et d'amis qu'une médaille, œuvre de l'artiste lyonnais J. Chorel, a été remise le dimanche 19 janvier, à M. le Docteur Mouisset, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, président du Comité départemental du Rhône pour la lutte contre la tuberculose, et à Mme Mouisset, administrateur des hospices civils de Lyon et organisatrice d'un centre d'enseignement d'infirmières visiteuses d'hygiène.

Cette cérémonie, présidée par M. Bollaert, préfet du Rhône, entouré de M. le professeur Paul Courmont, président du Comité de la Médaille, de M. le doyen Jean Lépine, membre de l'Institut ; de M. Delore, président du Conseil d'administration des hospices, de M. le représentant de M. le maire de Lyon, de M. le docteur Courcoux, médecin des hôpitaux de Paris, représentant le Comité national de la lutte contre la tuberculose, a réuni de nombreuses personnalités du corps médical hospitalier, de la Faculté de médecine, des organisations phtisiologiques et de l'hygiène sociale. Elle s'est déroulée dans une atmosphère de chaude sympathie et respectueuse admiration.

La médaille porte à l'avers la double effigie de M. le docteur Mouisset et de Mme Mouisset, consacrant ainsi leur étroite collaboration dans la création et le développement des organismes antituberculeux du département dont Lyon est le centre administratif et hygiénique. De nombreuses allocutions ont souligné leur dévouement, leurs rôles respectifs, ainsi que les précieux résultats prophylactiques et curatifs obtenus sous leur impulsion.

Une ronde d'enfants se déroule au revers, sous l'œil vigilant d'une infirmière, dans le paysage de Vaugneray, où le Docteur et Mme Mouisset ont fondé leur premier préventorium, « l'Aube rose ». A l'exergue, les mots « Pueris, Floribusque lumen Solis » soulignent l'action bienfaisante de la vie au grand air et du soleil, dont les rayons illuminent le bronze de l'œuvre.



REVUE GENERALE

TRAITEMENT DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

LES POSSIBILITÉS ET LES ESSAIS THÉRAPEUTIQUES [1]

Par M. JACQUES VIÉ,

Médecin directeur de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château

Travail du service de Mlle PASCAL *(Asile de Maison-Blanche) et de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château.*

4° *Médications de choc.* — Sous le nom de médications de choc, on réunit un ensemble de méthodes diverses dans leurs principes et leurs moyens, mais qui possèdent toutes un caractère commun, celui de déclencher par l'introduction parentérale d'une substance étrangère dans l'organisme, des modifications réactionnelles profondes, souvent même brutales.

Le type primitif en est réalisé par le *choc anaphylactique* que déterminent les substances protéiques hétérogènes, il s'accompagne d'hypotension artérielle, de leucopénie, d'inversion de la formule leucocytaire, de raréfaction des hématoblastes, d'hypercoagubilité sanguine. Widal et ses élèves ont rattaché le choc anaphylactique au phénomène plus général du *choc colloïdoclasique*, rupture de l'équilibre colloïdal du plasma tissulaire et sanguin lors de l'introduction brusque de certaines substances dans le milieu intérieur.

D'autres méthodes s'en rapprochent, mais semblent agir surtout par l'hyperthermie qu'elles provoquent, c'est le principe de la *pyrétothérapie ;* comme le disait au récent congrès de Québec 1934, Ch. Richet fils (2), « la physiologie de l'homme à 40° est différente de celle de l'homme à 37°, c'est la base physiologique de la pyrétothérapie ». Le système nerveux végétatif est profondément modifié, les échanges cellulaires puissamment intensifiés. On cherche ailleurs à stimuler la leucocytose de façon élective : la *leucothérapie* a son utilité dans les cas où l'organisme plus altéré ne pourrait faire les frais d'aussi intenses réactions.

Enfin *l'hémothérapie* ou thérapeutique par le sang (sang total du malade lui-même ou d'un sujet sain, sérum de convalescent) met en jeu des mécanismes complexes. Le choc n'est sans doute que l'une des composantes, et l'action régénérative de l'hémothérapie en fait sous certains aspects une véritable greffe sanguine, avec toutes les possibilités antitoxiques et antimicrobiennes d'un apport de substances phylactiques permettant des réactions de défense.

Depuis 1920, Mlle Pascal (3) avec J. Davesne s'est consacrée à la réalisation pratique du traitement des maladies mentales par les chocs. L'étude d'ensemble, 1926, basée sur plusieurs centaines de cas, démontrait l'innocuité de ces méthodes, pourvu que l'on emploie des techniques correctes et que l'on tienne un compte soigneux des indications de chaque procédé. L'action curative n'est pas *spécifique*, il s'agit d'une *désensibilisation* qui exige la répétition de chocs successifs. Elle n'est efficace que dans la mesure où il existe des *troubles dynamiques*, et où l'organisme est *capable de répondre* par des réactions humorales ; s'il est plongé dans une apathie définitive, aucun résultat n'est à espérer. Par contre, à la faveur de la reviviscence physiologique obtenue, certains traitements spécifiques, notamment le traitement antisyphilitique, agissent avec une efficacité bien plus grande. Souvent, Ravaut l'a montré, la colloïdoclasie se trouve liée à la syphilis héréditaire. Nous avons relevé chez nos déments précoces la fréquence de ces stigmates morphologiques, les stigmates humoraux leur sont parallèles et l'on conçoit que les deux thérapeutiques s'appuient mutuellement dans leurs résultats. Des tentatives semblables ont lié les traitements de choc avec les médicaments de la tuberculose (Claude et Dublineau). Mais souvent les actions s'intriquent, il est difficile de démêler la part du choc et celle de la spécificité anti-infectieuse.

On ne peut ici faire une revue encyclopédique de toutes les méthodes mises en œuvre. Nous grouperons celles qui ont donné des résultats appréciables autour des principaux mécanismes physiologiques qui les caractérisent, sans oublier qu'en réalité tous ces modes d'action se combinent intimement.

a) *Le choc anaphylactique typique : peptone, lait.* — L'injection intra-veineuse de peptone (10 cc. de solution aqueuse à 10 p. 100) a donné autrefois à Mlle Pascal 2 cas d'amélioration transitoire nette — rupture du barrage catatonique — mais au prix de phénomènes généraux impressionnants. La voie sous-cutanée (1 cc. de solution à 10 p. 100) réalise encore un choc très net sans ces inconvénients, elle a procuré chez une malade très agitée une longue période de calme.

Les vitamines injectables (Cunha Lopez) ; le lait bouilli (1), à la dose de 5 cc. la première fois, 8-10 cc. la seconde par voie intra-musculaire (Roncati) ont à leur actif des améliorations physiques et mentales appréciables dans des cas récents.

b) *La leucothérapie : abcès de fixation, nucléinates.* — Mlle Pascal et J. Davesne ont longuement étudié l'abcès de fixation et ses applications si remarquables dans les états d'agitation et d'anxiété (2).

On injecte lentement, avec une aiguille assez longue, 1 ou 2 cc. *d'essence de thérébentine* épaissie, oxygénée au contact de l'air, sous la peau de la face antéro-externe de la cuisse. La réaction inflammatoire (thermique et suppurative) varie énormément suivant les capacités vitales du sujet. Son développement acquiert à ce point de vue une certaine valeur pronostique. Il faut inciser à temps, ne pas laisser l'abcès s'ouvrir à la peau, par contre il vaut mieux ensuite que la suppuration ne se tarisse pas trop vite.

En 1926, la statistique de Mlle Pascal portant sur 103 abcès effectués chez des déments précoces accusait

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 8, p. 129.

(2) Ch. RICHET fils, Rapport au Congrès de Médecine 1934 : *La pyrétothérapie.*

(3) Mlle PASCAL et J. DAVESNE. *Traitement des maladies mentales par les chocs*, Masson, 1926.

(1) RONCATI. La thérapeutique de quelques maladies mentales. *Giorn. di Psichiatrica*, 1928, n° 2. — CUNHA LOPEZ, *Medicamenta*, nov. 1928, analysé dans la *Rev. neurol.*, avril 1930.

(2) PASCAL et DAVESNE. *Traitement des maladies mentales par les chocs.*

58 résultats favorables (disparition de l'agitation, des impulsions, du négativisme, de la sitiophobie, même des hallucinations) ; chez les 45 autres malades, l'effet demeurait nul ; 25 fois l'abcès ne s'était pas formé.

Actuellement, Mlle Pascal pratique des injections successives, d'abord très minimes, puis progressivement croissantes, d'essence de thérébentine ; à la réaction inflammatoire de l'abcès, on ajoute celle d'injections voisines de propidon. L'huile thérébentinée (2 cc. de mélange au 1/5, sous-cutanée) détermine une inflammation plus discrète sans collection purulente.

L'abcès de fixation combine au choc colloïdal, l'hyperthermie et surtout la stimulation leucopoiétique ; la thérébentine par elle-même (Jouin) exercerait une action hyperoxydante. Son indication majeure réside dans *les grandes agitations des phases évolutives*. Parfois, l'abcès de fixation fait disparaître la camisole de force. Les résultats malheureusement n'ont souvent qu'une durée limitée.

Les nucléinates sont employés dans la démence précoce depuis 1907 (Lépine, Donath). Le nucléinate de soude en injections à doses croissantes (0,50 à 5 gr. en solution à 10 p. 100) faites tous les 5 à 7 jours et le nucléinate de lithium (6 à 12 injections, une tous les deux jours), donnent quelques résultats favorables (Vagnerova Hatrikova 1929) (1) ; en général ils sont très inconstants, les réactions se font en des sens très différents (grosse hyper ou hypothermie) et peu prévisibles. Claude, Schiff et Dimolesco ont constaté une rénovation hématique profonde, mais pas de modifications psychiques (2).

C. PYRÉTOTHÉRAPIE : HUILE SOUFRÉE, VACCINS ET SÉRUMS, MALARIA. — L'introduction récente de l'*huile soufrée* dans la thérapeutique psychiatrique (Schroeder 1930) a suscité une pléiade de travaux intéressants. La méthode initiale (3) consistait dans l'injection intra-musculaire de sulfosine à doses croissantes (1/2 cc. à 10 cc.) tous les 3 jours par séries de 10 injections. Chaque injection détermine un accès fébrile qui atteint 40°. Les Italiens Gino Nutini, Canor, Vanelli, Ceroni ont obtenu ainsi que Marcuse et Kahlbaum, Salinger, Schreiber, Drueu, Insabato, Armenise, Minski, Mc Cartan, etc., quelques guérisons et d'assez nombreuses améliorations dans des cas aigus, de rares rémissions chez les chroniques. Mlle Pascal (4) avec la sulfosine, le soufre colloïdal n'arrive pas à une conclusion ferme. Le monosulfure de sodium lui donne de meilleurs résultats, mais au prix d'escarres. Lajournade, Triolet, Donnadieu et Loo (5) signalent des cas favorables chez des sujets de constitution normale, lorsque l'intervention est précoce.

(1) VAGNEROVA HATRIKOVA. *Revue neurol. tchèque*, 1929, nos 4 et 6.

(2) CLAUDE, SCHIFF, DIMOLESCO. Modifications leucocytaires dans la D. P. après injections massives de nucléinate de soude. *Soc. de Biol.*, 15 juin 1929.

(3) SCHROEDER, Traitement par le soufre (Sulfosine), *Ann. méd. psychol.*, octobre 1930.

(4) PASCAL et DOUSSINET, *Recherches sur les possibilités de guérison de la D. P.*, 1933.

(5) LAJOURNADE. Traitement de la D. P. par les injections d'huile soufrée, *Th. de Bordeaux*, 1933. — TRIOLET, Pyrétothérapie dans les psychoses non syphilitiques, *Th. de Lyon*, 1933-1934. — DONNADIEU et LOO, *Ann. méd. psychol.*, mai 1934.

Hamel et ses collaborateurs (1) insistent sur les modifications sanguines, leucopénie immédiate suivie d'hyperleucocytose durable, mais aussi destruction assez considérable des hématies, qui contre-indique la méthode chez les anémiques, et rend utile l'extrait de foie pour limiter la perte globulaire. Mlle Pascal signale la nécessité, au cours de tous les traitements de choc, de suivre les hémogrammes des malades.

L'Ecole de Sainte-Anne a surtout *combiné l'huile soufrée au traitement anti-tuberculeux*. Claude et Dublineau (2) (1933-1934) injectent tous les 5 ou 6 jours des doses croissantes (1 à 10 cc. d'huile soufrée), et au décours de l'accès de fièvre pratiquent l'injection de sel d'or à doses également croissantes de façon à atteindre une dose totale de 0,50 à 0,60 cg. de métal, rarement plus (1 gr. à 1 gr. 10). Ils ont obtenu, pour 34 cas, 13 guérisons apparentes, 7 rémissions plus ou moins durables, 14 échecs. Les améliorations concernaient des *cas récents* chez des *sujets jeunes*, les échecs des cas anciens.

Claude et Dublineau ont pratiqué une étude biologique approfondie du traitement. Les réactions générales peuvent être importantes (amaigrissement, réveils tuberculeux). Leur absence, ainsi que celle des réactions locales, est comme pour l'abcès de fixation, d'un pronostic fâcheux. La leucocytose (voisine de 19.000 éléments le lendemain de l'injection), surtout à neutrocytes, paraît sans rapport avec le résultat. La réaction de floculation de Vernes à la résorcine s'élève et semble atteindre entre le 20e et le 40e jour, un maximum surtout dans les cas favorables. La sédimentation globulaire subit des variations sensiblement parallèles. La cutiréaction peut redevenir passagèrement positive traduisant, ainsi que l'apparition de foyers tuberculeux, la réviviscence allergique d'une infection latente.

A Bordeaux, Fournier (3) a fait suivre le traitement soufré d'une série de stovarsol et obtient des résultats cliniques comparables.

A côté de l'huile soufrée, une autre méthode de pyrétothérapie compte à son actif de bons résultats, c'est la *vaccinothérapie* surtout à l'aide du *vaccin antityphique*. C'est celui qui s'est montré le plus efficace, le vaccin antichancrelleux (4) a été également employé (Vuillien et Baré, Larrivé et Mestrallet) ; l'action neurotrope du vaccin anti-rabique a été tentée par Cruveillier et Barbé (Ann. méd. psychol., octobre 1933).

Au cours d'une vaccination antityphique faite dans un but prophylactique, nous avons observé (5) avec Mlle Pascal et Agasse la guérison rapide et complète d'une influencée catatonique, démente paranoïde net-

(1) HAMEL, CHAVARD, DUMONT, LALANNE, Modifications sanguines au cours de la pyrétothérapie soufrée, *Soc. méd. psychol.*, 28 janvier 1935.

(2) CLAUDE et DUBLINEAU, *Ann. méd. psychol.*, décembre 1933. — *Th. de Kerfridin*, 1934. — Résultats de la pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or, *Ann. méd. psychol.*, avril 1935 (article fondamental).

(3) FOURNIER, *Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 15-22 octobre 1933.

(4) VUILLIEN-BARÉ, *Soc. méd. chir. Lille*, 17 juin 1929. — LARRIVÉ, MESTRALLET, *Lyon méd.*, 22 avril 1934.

(5) PASCAL, J. VIÉ, AGASSE, *Soc. de psychiatrie*, 15 novembre 1928.

te, après une vive réaction pyrétique. Les autres déments précoces n'avaient pas réagi et n'ont pas été modifiées. Lourival de Queiroz (1929), Torilio Joson (1931) signalent aussi des résultats favorables.

Menninger-Lerchenthal (1) a opéré sur une grande échelle, par séries de 10 injections intra-veineuses de vaccin de Besredka. Sur 68 cas, il compte 21 rémissions, 22 améliorations durables, 11 aggravations. Il adjoint à l'occasion le traitement anti-syphilitique ou opothérapique. Ce procédé est très facile à régler et à employer, même dans des installations sommaires.

Nous serons plus brefs en ce qui concerne la malariathérapie de la démence précoce (2), malgré les nombreux essais récents, depuis Fribourg-Blanc, (1926) ; Verstraeten 1928, ainsi que sur la récurrentothérapie (Mas de Ayala, Claude et Coste) (3). Elles n'ont d'intérêt que chez les syphilitiques, marquant ici encore leur valeur spécifique ; elles n'agissent comme tous les moyens de choc, que dans les cas récents et aigus ; mais elles atteignent trop profondément l'état général pour que même à résultats égaux, on ne leur préfère pas, comme le dit H. Roger (de Marseille) des agents pyrétogènes présentant moins de dangers.

Eu résumé, la pyrétothérapie offre des méthodes utiles : huile soufrée, vaccin antityphique et antichancrelleux, qui *doivent* être tentées dans les périodes aiguës du début de la démence précoce. Les *contre-indications* (Ch. Richet fils) sont les infections suraiguës, les états ataxo-adynamiques, les cardiopathies mal compensées, la tuberculose évolutive, la cachexie, le grand âge, les hémorragies gastro-intestinales. Sur les formes déficitaires simples, torpides et chroniques, elles n'ont aucune prise.

d) *Hémothérapie.* — L'hémothérapie occupe à côté des médications de choc proprement dites, une place toute spéciale par la complexité de son mécanisme et de ses résultats. Mlle Pascal depuis 1920 l'a pratiquée (4) d'abord avec Davesne qui a exposé dans sa thèse (1927) l'homohémothérapie de la démence précoce ; puis à Maison-Blanche avec Doussinet grâce aux donneurs de sang qui ont permis la pratique de l'hétéro-hémothérapie. On a pu comparer ainsi les diverses modalités de la méthode.

1. Le sérum de cheval en injections intra-musculaires ne donne aucun résultat. Il aurait, par voie intra-rachidienne (Caroll), une action sédative nette sur l'agitation après une réaction brutale.

2. *L'auto-hémothérapie*, injections intra-musculaires du propre sang du malade n'a donné (Pascal et Davesne, Desruelles et Chiarli 1931, Colucci 1931) aucun résultat.

3. Par contre, *l'injection de sang de déments précoces, en rémission nette*, a provoqué sur 5 cas, 3 guérisons complètes de poussées aiguës pendant la première année d'internement, une amélioration chez une catatonique agitée et sitiophobe, un échec chez une femme internée depuis 5 ans.

Le sang prélevé dans la veine du donneur est aussitôt injecté dans le muscle fessier du réceveur à la dose de 20 cc. par injection, on en fait 2 par semaine, on s'assure au préalable qu'il n'existe pas d'incompatibilité sanguine entre les deux sujets.

J. Davesne a aussi utilisé le sang d'une périodique en rémission (1 amélioration physique et mentale, 1 amélioration physique, 1 résultat nul) et celui de la mère d'une jeune malade, laquelle présenta une amélioration physique nette.

4. Ces résultats encourageaient à tenter la *transfusion sanguine vraie*, que M. Capgras, Mlle Pascal ont pu réaliser depuis 1932 (1).

Les donneurs de sang doivent être choisis avec les précautions d'usage (détermination du groupe sanguin, sujets exempts de syphilis et de tuberculose, bonne santé générale). La quantité de sang transfusé est relativement faible, de 20 à 100 cc., il est préférable, lorsqu'on le peut, de pratiquer des transfusions minimes et répétées (2 à 3 par semaine) ; le receveur doit être à jeun et maintenu à jeun 2 heures après la transfusion.

Les résultats obtenus avec le sang de convalescents se retrouvent à la suite de la transfusion. Certes, le trouble mental n'est amélioré que dans la mesure où il est conditionné par l'anémie (Capgras). Mais la cénesthésie s'améliore et la capacité vitale s'accroît. La nutrition est stimulée, les malades s'alimentent mieux, la courbe de poids s'élève, les règles réapparaissent, l'activité physique et mentale augmente, souvent les malades sortent de leur torpeur et se mettent à s'occuper. Surtout ils sont en état de supporter les traitements de choc et les traitements spécifiques. La « greffe sanguine » répétée réalise une désensibilisation lente et progressive en même temps qu'une stimulation des fonctions vitales. Cette méthode mériterait d'être généralisée. Elle présente l'avantage de s'appliquer en dehors des cas aigus aux états dépressifs, neurasthéniques et mélancoliques, confusionnels et torpides pourvu qu'ils soient de date assez récente.

Demay, Mlle Jacob et Doussinet (2) ont utilisé le sérum sanguin de l'homme normal en injections intraveineuses de 10 à 20 cc. L'action est nette sur la diurèse, la menstruation, l'appétit, le poids, et au point de vue mental, sur l'agitation, la confusion, le gâtisme.

Il semble bien toutefois que le rôle des globules ne puisse être négligé, et qu'il y a bénéfice à utiliser le sang total.

Dans leur ensemble, on le voit, les procédés de choc, si variés, agissent sur les *troubles dynamiques*, qui accompagnent les *poussées évolutives*, et ils ont d'autant plus de chances d'être efficaces que *la mala-*

(1) MENNINGER LERCHENTHAL. Traitement de la D. P., *Münch. med. Woch.*, 28 juin 1929.

(2) FRIBOURG-BLANC. Traitement par le paludisme de psychoses autres que la P. G. *Congrès de Genève*, 1926. — *Verstraeten, Congrès d'Anvers*, 1928.

(3) CLAUDE et COSTE, Récurrentothérapie dans les syphilis nerveuses et les psychoses, *Acad. de méd.*, 3 nov. 1931.

(4) PASCAL et DAVESNE. La thérapeutique sanguine dans les psychoses. *Presse Méd.*, 22 août 1925. — DAVESNE. Homohémothérapie dans la D. P., *Th. de Paris*, 1927.

(1) PASCAL et DOUSSINET. Mémoire pour la commission de l'Hébéphrénie. *Recherches sur les possibilités de guérison de la D. P.* 1933. — CAPGRAS et TAQUET. Traitement d'états dépresifs par la transfusion sanguine. *Soc. médico-psychologique*, 11 février 1932.

(2) DEMAY, E. JACOB et DOUSSINET, Données cliniques sur la valeur thérapeutique du sérum humain normal, *Soc. méd. psychol.*, 11 janvier 1934.

die est plus récente. Ce sont bien les moyens d'attaque de la maladie à son début.

L'huile soufrée, le vaccin antityphique agissent bien dans les formes aiguës, mais présentent des contre-indications physiques tirées de l'état rénal, hépatique, cardiaque et, point important chez les déments précoces, de la tuberculose pulmonaire en activité. *L'abcès de fixation* rend service dans les phases de grande agitation. Ces procédés ne réussissent que dans la mesure où l'organisme se montre capable d'une réaction suffisante. *L'hématothérapie* sous forme de sang de convalescents ou de transfusion fractionnée, moyen simple et sans danger, combat l'hypovitalité hébéphrénique, s'applique aux formes torpides récentes et ouvre la voie aux médications plus actives.

***

C. Médications étiologiques. — Les médications physiogéniques visaient le déterminisme des phénomènes dynamiques sans en atteindre en quelque sorte le « primum movens ». Les hypothèses étiologiques ont suscité des essais nombreux qui, en fait, servent surtout à dégager la démence précoce vraie de l'auréole symptomatique qui l'entoure, ainsi qu'à préciser ses formes associées.

Les Américains (Cotton, Hunter) ont recherché et opéré tous les *foyers infectieux* qu'ils pouvaient trouver. Ils ont obtenu parfois des améliorations notables. Géo Gibier-Rambaud (1) attire l'attention sur les infections des dents et du cavum et traite quelques malades au moyen d'auto-vaccins. Retenons de ces essais l'utilité incontestable de débarrasser les déments précoces de foyers infectieux qui altèrent certainement l'état général.

Weichbrodt en Allemagne a appliqué les injections intraveineuses de salicylate de soude, qui donnent quelques résultats dans certaines psychoses hallucinatoires, Margulies (2) sur 76 cas, relève 19 améliorations ; Brun et Mikulski 10 sur 21 cas. Le chlorure de manganèse (méthode de Walbum) a été employé par Rodrigues Arias et Artigues Servient (3).

Les intoxications intestinales, tant de fois invoquées n'ont abouti en dépit des régimes et médications les plus divers (Buscaino, Ferraro et Kelman) qu'à des résultats purement négatifs.

Nous ne nous arrêterons ici que sur la lutte contre la colibacillose, la tuberculose et la syphilis.

1. H. Baruk, depuis trois ans, a appliqué aux psychoses colibacillaires le traitement par le *sérum anticolibacillaire* du professeur Vincent. Certaines de ces psychoses revêtent le tableau plus ou moins complet de la démence précoce, surtout de la stupeur et de la catatonie, avec des éléments confusionnels. La recherche de la colibacillose et son traitement ont acquis une importance capitale dans les cas de *démence précoce puerpérale.* Le sérum anticolibacillaire administré en injections sous-cutanées de 20 cc., doit être appliqué

(1) Géo Gibier-Rambaud, Rôle de l'infection focale dans les psychoses, *Presse Méd.*, 10 octobre 1931.

(2) Margulies. Traitement salicylé de la schizophrénie, *Med. Klinik*, 30 juin 1927.

(3) *Soc. médico-psychol.*, 24 juin 1929.

également au niveau du foyer principal, en particulier sous forme de lavage du bassinet.

2. *Le traitement antisyphilitique* a été mis en œuvre sous toutes ses modalités. Les partisans de l'origine syphilitique (1) emploient un traitement intensif et continu. Page, Tinel avec le novarsénobenzol, Toporkoff (d'Irkoutsk), Neuberger préconisent les doses fortes, Crouzon, Justin Besançon et Lucas chez un dément précoce typique avec forte lymphocytose, hyperalbuminose, B.W. positif dans le liquide céphalo-rachidien n'obtiennent aucune modification clinique. Nous-mêmes n'avons pas eu plus de succès lorsque nous avons essayé avec Mlle Pascal (2) le stovarsol chez certaines personnes à B.W positif, ou avec M. Capgras le sulfarsénol et le bismuth. Mlle Pascal traite systématiquement depuis plusieurs années les déments précoces syphilitiques par des séries successives de cyanure de Hg. de Quinby, de sulfarsénol, de stovarsol sans obtenir de modification favorable de l'état mental, en dépit de la négativation des réactions humorales et de quelques améliorations physiques.

Le traitement démontre donc la coïncidence de la syphilis en activité avec la démence précoce, bien plutôt qu'une relation de cause à effet. Le rôle de la syphilis reste indiscutable, mais c'est en tant que composante du terrain.

3. *Médications antituberculeuses.* — L'hypothèse de l'étiologie tuberculeuse ne pouvait manquer de susciter des tentatives thérapeutiques. Mlle Pascal fut en France, dès 1925, l'instigatrice de ces recherches au moyen de la tuberculine employée comme agent de protéinothérapie ; les sels d'or, dernière conquête des phtisiologues, agissent eux aussi comme médication de choc, et de ce point de vue, leurs succès mêmes n'impliqueraient pas une action spécifique nécessaire. Mais inversement, les produits employés ne peuvent que rarement être introduits au contact même des centres nerveux, ce qui diminue sans doute leur valeur de test thérapeutique.

a) *Tuberculinothérapie.* — En 1925-26, Mlle Pascal (3) avec J. Davesne avait employé les injections sous-cutanées de tuberculine de l'Institut Pasteur diluée au 1/1000 à doses progressives chez 5 vieilles malades avec une seule amélioration psychique appréciable.

Cutivaccinothérapie ; méthode de Ponndorf modifiée. — Parallèlement elle adaptait à la démence précoce la méthode de Ponndorf, application thérapeutique de la cuti-réaction de Von Pirquet. Ponndorf pratiquait 10 à 20 scarifications de 5 à 8 cm. et étendait sur chacune d'elles 4 à 5 gouttes de tuberculine. Réduite à 3 scarifications, dans les zones sus et sous-épineuses, la méthode devient exempte de danger ; on renouvelle l'opération 2 à 3 fois, à 3 semaines d'intervalle.

(1) V. Aug. Marie. Etiologie spécifique de quelques D. P., *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, 1929, n° 4.

(2) Pascal, Agasse, J. Vié. Action de la stovarsolthérapie chez quelques aliénées syphilitiques, *Soc. de psych.*, 21 févr. 1929.

(3) Pascal et Davesne. *Traitement des maladies mentales par les chocs.*

Chez 11 malades traitées (1), l'état général et la tuberculose pulmonaire ont paru plusieurs fois améliorés ; la figure d'Arneth nettement déviée à gauche, a été 8 fois ramenée à la normale ; l'index floculométrique de la réaction de Vernes à la résorcine s'est 5 fois abaissé temporairement. Le poids a augmenté chez 2 malades, a baissé chez une. *Mais l'état mental n'a jamais été modifié.*

b) *Allergine de Jousset.* — Chez 6 malades, Mlle Pascal a employé l'allergine de Jousset (3 injections à une semaine d'intervalle). Chez l'une, on dut suspendre le traitement à cause des phénomènes de choc. La seconde, après 2 injections retourna dans sa famille, mais deux mois plus tard fut revue nettement améliorée au point de vue physique et mental. La troisième augmenta de 2 kgs. Deux autres ont pu quitter l'asile en bon état psychique.

c) Les essais les plus récents de Mlle Pascal ont porté sur les *sels d'or* (1932) : solganal chez 5 malades, crisalbine chez 10 autres. Aucun accident n'est survenu. Presque toutes les malades ont augmenté de poids. L'état général s'est amélioré, les lésions pulmonaires, fibro-caséeuses, ont été peu modifiées, l'index floculométrique de la réaction de Vernes s'est rapidement abaissé. Par contre ici encore, on n'a enregistré *aucune modification de l'état mental.* Il semble s'être réalisé une dissociation entre la démence précoce et l'état général des sujets.

Hyvert, Stoerr et Cohn (2) ont apporté des résultats beaucoup plus optimistes. Sur des malades prises tout au début de la psychose, avec des doses faibles (0,05 à 0,15) de crisalbine très longtemps prolongées, ils comptent 11 rémissions complètes sur 13 malades traitées. Chez des chroniques, les résultats sont demeurés presque nuls (3).

Nous avons exposé les traitements combinés : huile soufrée, sels d'or pratiqués à la clinique de Sainte-Anne ; il est difficile de rapporter les résultats soit à la pyrétothérapie, soit à l'action spécifique des sels d'or. Comme le remarquent Claude et Dublineau, le soufre peut favoriser l'action des sels métalliques en augmentant la tolérance de l'organisme.

Les médications dites spécifiques sont loin d'avoir dit leur dernier mot : l'étiologie de la démence précoce reste encore mystérieuse, la thérapeutique n'aborde qu'exceptionnellement le système nerveux par la voie rachidienne. Le sérum anti-colibacillaire paraît bien indiqué dans certaines psychoses puerpérales hébéphréno catatoniques. Le traitement anti-syphilitique n'atteint que le terrain. Il en est de même, semble-t-il, pour les médications anti-tuberculeuses, dont certains résultats favorables s'expliquent par le mécanisme du choc.

***

D. Thérapeutique générale et symptomatique dans les phases évolutives. — Nous serons brefs sur tous les points du traitement qui relèvent de la thérapeutique générale pratiquée dans les Asiles pour les différentes manifestations symptomatiques. La surveillance des déments précoces doit être stricte en raison du caractère discordant, subit et violent de leurs impulsions dangereuses pour eux-mêmes (suicide, automutilation, blessures au cours de bris d'objets) et pour l'entourage (homicides, coups, etc.). Les calmants chimiques usuels (bromure, chloral, somnifène par voie buccale), de même que les médicaments habituels de l'anxiété, notamment les opiacés, et que la balnéation prolongée, n'ont qu'une action incertaine. Les moyens de contention doivent être bannis, ce qui suppose de la part des infirmiers un effort et un tact qu'ils sont loin de pouvoir fournir dans tous les établissements. Il faut veiller avec soin à la propreté des déments précoces dont l'incurie est souvent totale. La même vigilance s'appliquera à la marche des fonctions digestives. L'alimentation doit être suffisante et régulière. Dans les cas de sitiophobie, les inconvénients de l'alimentation à la sonde sont à nos yeux bien minimes en face des avantages qu'elle présente. Lorsque tous les moyens de persuasion sont épuisés, il ne faut pas hésiter à y recourir, sans oublier que dans la démence précoce l'usage de la sonde peut être discontinu et qu'il ne faut jamais négliger de présenter auparavant au malade un repas normal.

Le régime doit être peu toxique, comporter surtout des aliments d'assimilation directe (jus de viande, glucose) et riches en vitamines (fruits frais, oranges, raisins). L'excès d'hydrates de carbone est à éviter chez les sujets enclins à l'adipose.

On veillera aussi avec attention aux fonctions d'exonération pour éviter la constipation opiniâtre et la rétention habituelle des urines.

Enfin l'aération des salles et, dès que les malades pourront se lever, le séjour à l'air et les petites promenades assureront l'hygiène respiratoire.

N'insistons que sur quelques points : les indications de l'isolement et de l'alitement tour à tour prônés et décriés avec autant d'ardeur ; les moyens de réaliser le repos cérébral.

1. *L'isolement.* — On a décrit sous ce nom des procédés bien différents. Tantôt il s'agit de la séparation de l'aliéné et du milieu familial dans lequel se sont développés le délire et l'agitation : dans les phases aiguës, cette séparation totale s'impose, et dans ce sens symbolique, nous ne craindrons pas de réhabiliter le mot de Calmeil : « Les murs à eux seuls constituent un traitement. » Les aliénés trouvent dans le cadre quasi monacal des asiles le cloître nécessaire à la paix de leur esprit.

La condamnation sans appel des « cellules » d'autrefois n'implique nullement celle des chambres ou boxes individuels, ni le triomphe définitif des vastes salles communes à la circulation incessante. « L'isolement, écrivent Morgenthaler et Forel (1), encourage la tendance qu'ont la plupart des malades à perdre contact avec la réalité, à se replier sur eux-mêmes et à ne plus écouter que leurs idées délirantes, leurs hallucinations, à s'amuser avec des stéréotypies, à développer leur maniérisme et toutes espèces de mauvaises

(1) Pascal. *Hébéphrénie et tuberculose.* Mémoire pour la Commision de l'Hébéphrénie, 1931. — *Arch. Internat de Neurol.*, décembre 1932.

(2) Hyvert, Stoerr et Cohn. Résultats de la chrysothérapie prolongée dans la D. P. récente, *Ann. méd. psychol.*, 18 déc. 1934.

(3) Hyvert, Stoerr et Cohn. Traitement des D. P. anciens par les sels d'or, *Soc. méd. psychol.*, 25 mars 1935.

(1) Morgenthaler et Forel, *Traitement des maladies mentales.*

habitudes. » Une telle généralisation ne nous semble pas possible, et Repond (1) a bien observé la variété des réactions individuelles qui doit guider le médecin. Le dément précoce plus encore que les autres aliénés ressent avant tout le besoin de protection. Dans les phases évolutives, il ne se sent en sécurité que dans le refuge de son lit, dernier coin qui lui semble bien à lui alors que sa personnalité s'amenuise au point de disparaître pour ainsi dire. Le bruit, le passage de toutes sortes de personnes, l'influencent péniblement ; combien de déments précoces dès qu'on les laisse faire, tirent leur drap par-dessus leur tête pour se dérober dans les grandes salles aux regards des indiscrets.

C'est un fait qui paraît indéniable : dans une chambre propre et avenante, le dément précoce se sent plus à l'aise que dans la salle commune et se trouve à l'abri de toutes les causes d'excitation de l'ambiance. On reviendrait ainsi, *pour les phases aiguës*, au système qu'appliquait avec tant de succès Déjerine à la Salpêtrière dans la salle Pinel (2) réservée aux neurasthéniques et aux grands hystériques.

2. *L'alitement* prolongé pendant des mois et des années a été critiqué avec humour par Hermann Simon (3). Employé sans discernement, le système n'a plus rien de l'alitement tel que le préconisaient Magnan et Sérieux. A lui seul, dans les phases aiguës et subaiguës, il constitue pour beaucoup de déments précoces un isolement qui leur suffit. Ils s'y adaptent bien et c'est le meilleur moyen de diminuer la fréquence des impulsions. De plus, l'état d'hypovitalité catatonique ne peut guère à priori bénéficier de la station debout : le lit réalise les meilleures conditions d'équilibre thermique, de circulation, d'assimilation réduites, en un mot de réfection vitale. Dans la période initiale aiguë de la démence précoce, suivant le mot de Cuylitz, « le meilleur exercice, c'est le repos ».

3. *Le silence et le repos du cerveau.* — A la cure de repos musculaire doit se joindre, comme dans les sanatoriums, *la cure de silence* que seul l'isolement rend possible. Souvent les malades nous ont dit combien les propos de leurs camarades les incommodaient, faisaient renaître le trouble de leur pensée. Les impulsions ne sont souvent que des réactions irraisonnées, disproportionnées et plus ou moins tardives à des bruits extérieurs.

Chez le dément précoce, on doit s'efforcer de réaliser *le repos du cerveau.* Il faut pour cela écarter ou diminuer tous les stimulants internes et externes. L'isolement atténue les préoccupations et les sollicitations sociales. La position allongée relâche l'organisme et laisse sans travail les centres régulateurs du tonus. La lumière vive est tamisée par des vitres de couleur. On a trop négligé jusqu'ici le silence lui aussi nécessaire : le repos acoustique est un point essentiel de la cure. « Le calme du milieu, dit Van der Scheer, doit être maintenu avec fermeté. »

« L'isolement, selon Esquirol, agit directement sur le cerveau et force cet organe au repos en soustrayant l'aliéné aux impressions irritantes, en réprimant la vivacité, la mobilité des impressions, en modérant l'exaltation des idées et des impressions. »

La cure de sommeil prolongé de Klaesi réalise artificiellement le degré le plus complet du repos cérébral.

(1) Repond. Traitement psychothérapique des maladies mentales, *Ann. méd. psychol.*, mars 1933.

(2) Camus et Pagniez, *Isolement et Psychothérapie.*

(3) H. Simon, *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*, p. 3.

III. La rééducation et les méthodes conservatrices. L'organisation des séquelles. — Les techniques médicales actives s'adressent aux phénomènes dynamiques des phases aiguës et subaiguës. Elles n'ont plus d'efficacité dans les périodes tardives où s'organisent les séquelles, ni dans les phases chroniques où celles-ci sont définitives.

Dès que l'action destructive du processus s'atténue, le rôle de la thérapeutique est d'assouplir les possibilités fonctionnelles en vue de récupérer un niveau physiologique aussi élevé que possible. Pour le système nerveux central, l'obstacle capital est l'*inertie* qui tiendrait à devenir définitive. Aussi le procédé de rééducation le plus simple que les nécessités économiques ont fait appliquer — en dehors de toute visée thérapeutique — réside-t-il dans la cure de travail.

La cure de travail. L'ergothérapie. — La cure de travail (1), dont on a voulu faire une véritable panacée, ne convient pas en réalité à tous les déments précoces. Avec Ladame et Demay, nous estimons que les phases aiguës, les accès épisodiques d'excitation et de dépression au cours des états chroniques, les paroxysmes anxieux, constituent des *contre-indications.* Ces états exigent le calme et le repos.

Chez les *chroniques*, l'occupation est certainement utile, mais elle ne peut prétendre à une récupération fonctionnelle ; le maintien du « statu quo » représente déjà un résultat appréciable. Elle ne fera naître chez ces malades ni un désir, ni un sentiment (Deny). On arrive, disent Dide et Guiraud, à « stéréotyper la maladie dans le travail et non dans l'inertie », ce qui déjà supprime bien des habitudes vicieuses et malpropres et transforme l'aspect des quartiers d'asile. Néanmoins la vue de ces déments précoces avancés, appliqués à des gestes automatiques, n'est pas sans laisser l'impression pénible que Mlle Pascal a rapportée de sa visite à l'ancien service du professeur Bleuler, au Burghölzli.

La véritable indication thérapeutique de l'ergothérapie se pose au décours des accès aigus ou subaigus, dans les états torpides, dans les périodes d'amélioration ou de rémission. La démence, écrivaient Mlle Pascal et Masselon, s'établit progressivement, lorsqu'on *n'utilise pas* le capital existant encore : il en est de même pour les troubles trophiques qui survivent aux paralysies fonctionnelles. C'est alors qu'il est légitime d'espérer avec Bleuler, Schiller, Repond, Van der Scheer, Forel, H. Simon... une rupture de l'autisme des malades, une reprise de contact direct avec la

(1) Halberstadt. L'ergothérapie, *Ann. méd. psychol.*, mars 1929.

Ladame et Demay. Thérapeutique des maladies mentales par le travail. *Rapport au Congrès de Genève*, 1926.

J. Vié. Le traitement des malades mentaux par le travail : les idées et les réalisations de H. Simon. *Aliéniste français*, décembre 1934.

réalité. Il ne faut pas perdre de vue d'ailleurs que le travail, moyen collectif de rééducation, constitue un entraînement physiologique bien plus qu'un procédé de psychothérapie : l'activité du dément précoce s'écarte en effet des lois normales du travail, et G. Martini avait établi autrefois la longueur de la mise en train, puis le gros effort nécessaire pour interrompre l'acte commencé, alors que se poursuit de façon automatique sa continuation indéfinie.

La méthode des occupations continues. — C'est au XVIIe siècle que saint Vincent de Paul conçut la nécessité d'occuper les aliénés de façon continue sans leur laisser le temps de s'adonner aux pensées mauvaises. La piété, l'isolement, le travail intellectuel constituaient le trépied de la psychothérapie mise en œuvre à Saint-Lazare. La méthode avait d'ailleurs échoué chez les quelques déments précoces auxquels elle avait été appliquée (1).

Les médecins de l'Hudson River State Hospital (U. S. A.) ont élaboré sur le même principe un horaire précisé jusque dans ses plus petits détails (2), il s'agit de créer et *de développer* chez les déments précoces toute une série d'habitudes auxquelles on les entraîne en dépit de leur désordre idéatoire. Quels sont les résultats de cet étrange système ? W. A. White reconnaît que dans certains cas il vaut mieux ne pas persévérer. Le malade qui n'a fait aucun progrès après trois mois de classe d'entraînement semble peu perfectible. Mais les professeurs et les surveillants doivent eux-mêmes fournir un tel effort d'attention — ce n'est pas pour nous surprendre — qu'ils ne peuvent pas accomplir plus de 6 à 8 mois un pareil travail... Comment les malheureux déments précoces y résisteraient-ils ?

Rééducation méthodique.— D'autres établissements américains ont un régime plus souple et leur grande supériorité sur nos asiles, c'est que les malades n'y seraient jamais abandonnés à eux-mêmes, mais *fortement encadrés et bien dirigés.* D'ailleurs l'accomplissement des besognes de l'asile constitue bien plus un moyen de fortune qu'une cure vraiment scientifique, adaptée aux besoins individuels des malades en traitement. Une rééducation méthodique devrait porter à la fois sur la *motricité* et sur l'*intelligence* en même temps que sur les applications professionnelles. Troemner faisait pratiquer à ses déments précoces des exercices gymniques. Bourneville a patiemment instauré pour les arriérés des méthodes médico-pédagogiques dont les déments précoces à forme simple bénéficieraient beaucoup.

La rééducation des déments précoces est en France à ses débuts. Le travail dans les asiles en constitue une forme pratique, hygiénique, lorsqu'il s'exécute au grand air ; il présentera toujours aux yeux des législateurs l'intérêt, plus apparent que réel, d'une récupération d'ordre économique.

*
**

Direction générale du traitement. Modes d'assistance dans la démence précoce. — La direction générale du traitement doit tenir compte avant tout des don-

(1) J. Vié. *Les aliénés et les correctionnaires à Saint-Lazare aux* XVIIe et XVIIIe siècles, Alcan, 1930.

(2) Ichok. *Le travail des malades et des infirmes*, Rivière, 1936.

nées évolutives. A chaque période répondent des thérapeutiques et aussi des modes d'assistance différents.

Les phases prodromiques — épisodes névropathiques et psychopathiques de début — relèvent du dispensaire d'Hygiène mentale appuyé sur un service ouvert d'hospitalisation. C'est ce qui est réalisé par les consultations spécialisées (1) des Hôpitaux de Paris (la Pitié, l'Hôtel-Dieu, la Salpêtrière, etc...) ainsi que par la Clinique des maladies mentales et l'Hôpital Henri-Rousselle. La question de l'internement à ce moment ne se pose pas et le malade suivi régulièrement bénéficie de traitements psychothérapiques et physiques agissant sur le terrain et le développement (opothérapie, traitements anti-syphilitiques, début des traitements de choc, etc...). Un service social doit compléter l'action du dispensaire.

Avec l'apparition des *poussées aiguës* nettes, bruyantes, durables, à réactions antisociales, l'internement s'impose. L'isolement et l'alitement réalisent le repos cérébral ; les procédés de choc attaquent le barrage catatonique, les médications opothérapiques ou étiologiques sont appliquées à la faveur des premiers résultats obtenus.

Dès que l'état général tend à s'équilibrer, le malade se lève, et l'on met en œuvre la sociothérapie, la reprise du contact avec l'ambiance. C'est alors que se pose la question des *sorties précoces*, recommandées surtout par Repond (2) ; lui-même a remarqué que les plus beaux succès étaient obtenus à la suite des accès d'excitation confusionnelle, au sortir de la stupeur. Les formes où domine l'élément psychogénique sont moins favorables ; chez elles apparaissent à la veille de la sortie ces exacerbations ou psychoses inverses signalées par F. Gorritl (3), dont nous avons observé plusieurs exemples.

Le malade sorti dans ces conditions doit continuer à être suivi et rentre dans le domaine du dispensaire et du service social.

Lorsque le maintien à l'asile doit être prolongé, la *rééducation* par le travail est mise en œuvre. On suivra les excellents principes formulés par Hermann Simon : offrir au malade des travaux en rapport avec sa capacité fonctionnelle, mais toujours au voisinage de la limite supérieure de celle-ci, de façon à obtenir un développement continu et progressif. La rééducation sera aussi méthodique et aussi individualisée que possible.

Il reste à dire un mot des déments précoces, si nombreux, qui évoluent vers la *chronicité*. Le but est de conserver à ces malades, le plus longtemps possible, l'exercice de leur activité résiduelle. Kraepelin, dès 1897, les considérait comme le type des malades pour *colonies d'aliénés*. A notre avis, ils seraient surtout à leur place dans les Asiles-colonies du type Alt-Scherbitz, et en France Chezal-Benoit. Là seulement, ils sont suffisamment encadrés. Les colonies familiales ne leur rendent que peu de services et ils s'y accoutument avec difficulté. Nous n'en avons qu'une trentaine à Ainay-le-Château sur 570 malades. Le placement hétéro-familial n'est profitable que pour les convalescents d'accès de début, ceux-là mêmes qui bénéficieraient de sorties précoces, lorsque leur propre famille n'est pas en situation de les recevoir. Si les Suisses placent tant de « Schizophrènes », c'est qu'ils rangent sous ce titre avec ces petits malades en rémission, des psychonévrosés et des délirants paranoïdes qui, en France aussi, donnent dans les colonies familiales de bons résultats : mais ils sortent du cadre restreint que nous assignons à la démence précoce.

Seule, la délimitation nosologique précise de la maladie permettra d'élucider les problèmes si complexes de son mécanisme et de son étiologie et d'apporter ainsi la base solide qui, en dépit de nombreux efforts, manque encore pour établir son traitement rationnel.

(1) Laignel-Lavastine et Vinchon. La consultation neuro-psychiatrique du service Laignel-Lavastine à la Pitié. *Science médicale pratique*, 1er février 1930.

(2) Repond. Traitement psychothérapique, *Ann. méd. psychol.*, mars 1933.

(3) Gorriti. Sur les psychoses inverses, *Soc. neuro-psych. de Buenos-Ayres*, 18 sept. 1931.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 28 janvier 1936)

L'optimum thermique et le développement des jeunes mammifères. — M. Baccino. Les recherches effectuées au « Laboratoire de Physiologie générale de la Sorbonne », sous la direction du professeur L. Lapicque, ont permis de préciser *l'action nocive* des variations de température ambiante sur les jeunes animaux homéothermes et d'en percevoir le mécanisme physiologique.

Elles ont montré que le meilleur développement leur est assuré (toutes autres choses égales d'ailleurs), pour la réalisation dans leur ambiance, de la *température optimum, variable avec chaque espèce et pour chaque âge, et coïncidant* très sensiblement avec les caractéristiques *naturelles* réalisées par le nid, la protection maternelle, etc... L'observation de cette condition assure le meilleur développement au jeune animal ainsi *qu'une plus grande résistance* à une cause morbide.

Ces notions, tenant compte de l'établissement progressif de la thermo-régulation, ont permis d'envisager une nouvelle prophylaxie pour la *défense des nourrissons* contre les *maladies saisonnières* en général, et *estivales* plus particulièrement.

Brucelloses. — M. Hugounenq communique un mémoire de MM. Joseph Jullien, de Joyeuse (Ardèche) et Pierre Laurent (de l'armée), sur le diagnostic des brucelloses humaines et animales par la floculation des sérums en présence d'un antigène spécifique et d'une teinture de résine qui facilite la lecture des résultats.

La coqueluche et l'hygiène infantile. — M. Fernand Barbary. A côté des nombreux décès, résultats de bronchopneumonies qui lui sont imputables, la coqueluche est encore responsable de séquelles éloignées (retentissement sur les ganglions hilaires favorisant l'évolution de tuberculoses latentes). De nouvelles mesures de prophylaxie s'imposent — déclaration obligatoire de la maladie, jusqu'alors facultative. De cette maladie découleraient les applications suivantes : isolement du malade, défense aux parents de faire circuler l'enfant atteint dans les lieux publics, mise en pratique des épreuves de diagnostic précoce, triage en milieux épidémiques et surtout dans les écoles à la période préquinteuse.

Nous possédons aujourd'hui les moyens de faire, en période épidémiqu[illegible]n triage, de reconnaître les suspects —

quinte provoquée devant une boîte de Pietri contenant un milieu sang-gelose-pomme de terre, placée à dix centimètres de la bouche du malade. Si l'épreuve est positive pour le bacille de Bordet, on tentera un traitement préventif — injections du rhino-pharynx, application de la méthode de Milne, au besoin traitement curatif :

Immunisation passive, sérum de convalescent préconisé par Nicolle et Conseil, appliqué par Debré et par Lesné ;

Immunisation active, vaccinothérapie basée sur les essais de Charles Nicolle et A. Conor, Nicolle et Blaizot et les recherches de Bordet.

Election. — M. Donatien (d'Alger) est élu correspondant national dans la Ve division (médecine vétérinaire.)

VARIÉTÉS

PAUL BOURGET ET LES MÉDECINS

L'illustre écrivain qui vient de disparaître méritait-il de figurer parmi ceux que Cabanès appelait les « Evadés de la médecine ». A vrai dire, je ne sais s'il commença sa médecine, mais s'il n'a pas été médecin, et il l'a souvent regretté, on sait qu'il se passionna toute sa vie pour les questions médicales. Beaucoup de pages de ses œuvres, et les plus belles, en portent la marque.

Il y a quelques jours M. Ch. Fiessinger, dans le *Journal des Praticiens*, et M. Jean-Louis Faure, dans *Excelsior*, ont réuni des souvenirs sur le Maître qui les honorait de son amitié. Ils ont rappelé surtout l'assiduité de Bourget aux leçons cliniques de Dieulafoy, à celles de Dupré. On sait que Bourget collabora même avec Dieulafoy, en baptisant la *pathomimie* que venait de décrire le maître de l'Hôtel-Dieu.

Dans les années qui précédèrent la guerre, je fus présenté à Paul Bourget par le bâtonnier Albert Danet. C'était à un dîner d'Ardéchois auquel assistaient notamment Jules Roche, député d'Annonay, et les fils d'Eugène Melchior de Vogüé qui fut le cher ami de Bourget et son parrain à l'Académie française. Bourget était né à Amiens, mais sa famille était d'origine languedocienne et non auvergnate, comme on l'a dit très souvent. Le père de Bourget était né près d'Annonay, il descendait d'une longue lignée de terriens vivarois, connue depuis le début du XVIIe siècle.

Bourget tenait beaucoup à cette origine et marquait un vif attachement pour les rudes montagnes du Vivarais. Ce ne fut cependant pas du pays que m'entretint Bourget. Il me parla médecine, me citant avec beaucoup de précision des articles de la *Gazette des Hôpitaux*, et du *Bulletin médical*. Il me dit en particulier toute son admiration pour l'esprit étincelant et les vues originales d'Antonin Poncet qui récemment, était devenu son voisin rue Barbet-de-Jouy.

En 1914, je retrouvai Paul Bourget à Clermont-Ferrand. C'était au moment de la mobilisation. Interrompant un séjour à Royat, il était venu demander à mon ami Dionis du Séjour, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, de l'employer comme anesthésiste. Pendant les quelques jours que je passai à Clermont-Ferrand avant de partir pour le front, je le vis travailler avec une simplicité, une assiduité et une compétence qui forçaient l'admiration.

L'anesthésie chirurgicale lui était donc familière. Personne ne fut surpris de le voir accepter la présidence de la séance inaugurale du Congrès français de chirurgie en 1930, lorsque M. Auvray, président du Congrès, consacra un discours qu'on n'a pas oublié, à « *l'organisation de l'anesthésie dans les services de chirurgie* ». Ce jour-là, Paul Bourget prononça un très remarquable discours, ayant pour sujet *la pensée dirige l'acte opératoire.*

Il parla comme quelqu'un qui est du métier.

Plus tard, je rencontrai Paul Bourget à l'Académie de médecine. A ce moment, on parlait beaucoup de sa candidature. Il ne la posa pas. Il était un sage.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Régimes sans privations (1), par le docteur Malachowski, de la Faculté de Médecine de Paris, sous le contrôle de Paul Reboux, de l'Académie des Gastronomes.

Les régimes tristes ont fait leur temps. Lorsque vous aurez indiqué à votre client ce qu'il peut manger et ce dont il doit s'abstenir, s'il est tant soit peu gourmand, il ne manquera de se renfrogner.

Voulez-vous lui rendre le sourire ? Indiquez-lui les Régimes sans privations — qui lui permettront de se conformer plus facilement à vos prescriptions.

6 fascicules :

1. Table du diabétique.
2. Plus de dyspepsie.
3. L'obésité vaincue.
4. Maladies du foie.
5. Maladies des reins.
6. Rhumatisme et arthritisme.

Ils s'adressent plus au grand public qu'aux médecins, qui pourront cependant y trouver, en les feuilletant, des renseignements intéressants.

En face de chaque recette — et toutes ont été minutieusement contrôlées, — un petit tableau donne la teneur d'une portion normale de ce plat, en calories d'abord, en matière azotée, en graisse, en hydrocarbonées, en sel marin — sans compter le sel employé pour l'assaisonnement.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 6 février. — Jury : MM. Gougerot, président ; Sergent, Boulin, Sézary. — Mlle Barré. La cheilite du rouge. — M. Daniels. Prurit et dermatoses invisibles. — M. Wodnilf. Dermites dues aux hypochlorites. — M. Ageorges. Les aspects radiologiques du poumon après abandon du pneumothorax artificiel. — M. Lagey. Spasmes artériels au cours des artéries des membres inférieurs.

Vendredi 7 février. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Lemierre, Robert Débré, Chevallier. — M. Grunwald. Contributions anatomiques et obstétricales à l'étude des thoracopages. — M. Bernard. Polyglobules et leucémies provoquées par les injections intra-médullaires de goudron.

Samedi 8 février. — Jury : MM. Bezançon, président ; Guillain, C.-A. Bernard, Mouquin. — M. Rostain. Symptômes, dépistage et traitement de la phtisie sénile. — Mlle Poidevin. Valeur pratique de la réaction de Vernes résorcine dans la tuberculose ostéo-articulaire de l'enfant. — M. Salles. Les tumeurs mélaniques près du sytème nerveux central.

(1) Edités par l'Institut diététique de France, 7-9, boulevard Haussmann, Paris (IXe).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 11. — MERCREDI 5 FEVRIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : **Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 29 janvier 1936. — Questions données : « Symptômes et diagnostic du coma de l'hémorragie cérébrale. — Complication des hémorroïdes. »

MM. Loiseau (James), 17,3; Lamotte, 18,8; Bonnet (Jacques), 13,8; Tulon, 13,4 ; Pequignot, 20,4; Pellerat, 13,4; Zivy, 19,4.

Séance du 31 janvier. — Questions données : « Infarctus pulmonaire. — Diagnostic des épididymites. »

Mlle Marquis, 17 ; MM. Cornet, 20,9; Gibon, 16,3; Beaufils (Jean), 17,3; Hacker, 23,5 ; Rudaux, 22; Saks, 19; Sénéchal (Paul), 18; Placa (Alexandre), 22,5; Mousseau, 23.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE. — Prix décernés :

Prix Edouard Laborie. — Le prix est partagé entre deux mémoires : Docteur Louis Weitzel (Lille). Les adénofibromes du sein chez l'homme; Docteur Charbonnier (Genève). L'auscultation dans les affections chirurgicales aiguës de l'abdomen.

Prix Dubreuil. — Docteur Mantout (Paris). Contribution à l'étude de la physiopathologie des contusions et fractures fermées des phalanges des doigts. Traitement orthopédique et traitement physiologique par les infiltrations répétées de novocaïne.

Prix Jules Hennequin. — Docteur Mutricy (Paris). Les fractures du calcanéum. Le problème thérapeutique qu'elles posent.

Prix Aimé Guinard. — Docteur Contiadès (Paris). Phlébites traumatiques et thromboses révélées par un effort.

Prix des élèves du docteur Eugène Rochard. — Docteur Demirleau (Paris). La lobectomie pulmonaire. Etude historique, expérimentale et chirurgicale.

Prix Le Dentu. — Décerné selon la volonté du donateur à l'interne ayant obtenu au concours la médaille d'or de chirurgie : M. Mialaret.

Les prix Duval-Marjolin, Gerdy, Demarquay, Ricord n'ont pas été décernés.

GUERRE. — M. le médecin général Sandras, directeur du Service de santé des troupes de Tunisie, a été placé, à compter du 29 janvier 1936, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA NATALITÉ. — Sont nommés membres du Conseil : MM. les docteurs Cauchoix, Dequidt, Devraigne, Grinda, Mlle Labeaume, MM. Le Lorier, Ollive, Siredey, Thibout.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES DE PARIS. — La séance solennelle de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris aura lieu le lundi 16 mars, à 16 h., au siège habituel de ses réunions, 12, rue de Seine.

Elle sera consacrée à l'étude des séquelles des affections aiguës des voies respiratoires intrathoraciques.

Deux rapports seront présentés : par M. Rist, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Laennec, pour l'étude clinique de ces états séquelles, et par MM. Flurin (de Cauterets), Galup (du Mont-Dore), Jumon (de la Bourboule),

du Pasquier (de Saint-Honoré) pour la thérapeutique hydrominérale.

Les médecins étrangers à la Société d'hydrologie, qui désireraient recevoir les rapports et prendre part à leur discussion, sont priés de s'adresser au docteur Serane, secrétaire général de la Société d'hydrologie, 40, rue Jasmin, Paris (XVIe).

Xe BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Le vendredi 21 février 1936 sera donné le Xe bal de la médecine française au profit des veuves et orphelins de médecins, dans les salons du Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, à Paris.

A 22 h. 30, soirée artistique. Au programme, tableaux animés et décorés par Paul Colin, avec le concours de nombreuses vedettes parisiennes.

Le souper, sous la direction de Mme H. Labbé et du docteur E. de Pomiane, sera servi à minuit, par petites tables, par des jeunes filles du monde médical.

Au cours du bal, nombreuses attractions, orchestres en vogue, vente d'enveloppes-surprises, etc.

Prix des cartes : bal et soirée artistique, 70 fr.; étudiants, 50 fr.; bal, 40 fr.; étudiants, 35 fr.; souper, 70 fr.; petit souper, étudiants, 25 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (VIe). Tél. Littré 48-12.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Limoux (Aude), par suite du décès de M. le docteur Piquemal. (*J. O.*, 31 janv. 1936.)

NOMS DE MÉDECINS DONNÉS A DES RUES. — Le Conseil municipal a décidé de donner à des voies de Paris les noms de Magnan, Bourneville, Germain Sée et Charles Richet.

HÔPITAL FOCH. — *Les actualités médicales pratiques.* — Conférences médico-chirurgicales gratuites ouvertes à tous les médecins et étudiants en médecine et faites par les médecins de l'hôpital Foch (les médaillés militaires), le dimanche matin, de 9 h. 30 à 11 h. 30, dans la salle des conférences de l'hôpital Foch, 60, rue Vergniaud (XIIIe).

Programme. — 16 février. — 9 h. 30 : M. Deniker. La chirurgie des capsules surrénales; — 10 h. 30 : M. Gastinel. Notions actuelles sur la poliomyélite.

23 février. — 9 h. 30 : M. Coutela. Valeur séméiologique des troubles pupillaires et déductions thérapeutiques qu'ils comportent; — 10 h. 30 : M. de Sèze. Les spasmes vasculaires cérébraux.

1er mars. — 9 h. 30 : M. Devraigne. Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine; — 10 h. 30 : M. Thiroloix. Diagnostic et traitement de l'angine de poitrine.

8 mars. — 9 h. 30 : M. Dausset. La physiothérapie endocrinienne; — 10 h. 30 : M. Hautant. Indications et résultats thérapeutiques dans le cancer du larynx.

15 mars. — 9 h. 30 : M. Moulonguet. L'électro-coagulation dans le traitement des cancers externes; — 10 h. 30 : M. Delafontaine. Traitement médical des ulcères gastro-duodénaux.

22 mars. — 9 h. 30 : M. Ravina. Le diagnostic biologique de la grossesse; — 10 h. 30 : M. Brin. Les réactions sérologiques irréductibles dans la syphilis.

29 mars. — 9 h. 30 : M. Lamy. Diagnostic et traitement de la luxation congénitale de la hanche; — 10 h. 30 : M. Paul Descomps. Traitement des algies des membres inférieurs.

5, 12, 19 avril, vacances de Pâques. — Pas de conférence.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un vif regret le décès de notre collègue et ami le docteur Paul Tillaye, ancien interne des hôpitaux de Paris (1901), professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Tours, associé national de l'Académie de chirurgie.

— Nous apprenons aussi la mort de M le docteur Lemaistre, inspecteur général des services d'hygiène de la Ville de Paris, membre du Conseil supérieur d'hygiène.

Assises franco-italiennes de médecine générale. — Ces assises se tiendront à Nice le dimanche de Quasimodo. Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Henri Godlewski, secrétaire général de l'Assemblée française de médecine générale, rue Théodule-Ribot, 14, à Paris, ou au Dr d'Œlsnitz, à Nice.

CHRONIQUE

UN JUBILÉ DANS LA PRESSE MÉDICALE LATINE

La Revista de Medicina y Chirurgia de la Habana, dont le directeur est notre éminent confrère le professeur José A. Presno y Bastony, vient de publier, à l'occasion de son 40e anniversaire, un magnifique numéro jubilaire de plus de 600 pages. Les plus grands savants du monde ont collaboré à cette publication ; signalons d'abord les Français : MM. Achard, Pierre Duval et J.-Ch. Roux, J.-L. Faure, Hartmann, Pasteur-Vallery-Radot, qui voisinent avec Francisco Dominguez, Marañon (de Madrid), Matas (de la Nouvelle-Orléans), les frères Mayo (de Rochester), etc...

Enfin, parmi les savants de La Havane, la première place ne revient-elle pas au Maître José Presno ?

La plupart des Académies étrangères, et en premier lieu l'Académie de Médecine de Paris, n'ont-elles pas accueilli et honoré comme il le mérite le grand savant cubain ?

La *Gazette des Hôpitaux* est heureuse d'adresser ses bien vives félicitations à son éminent ami José Presno et à la belle Revue à laquelle il a su assurer sa haute et légitime réputation.

F. L. S.

HÉPATO-NÉPHRITES AIGUES ET ANAPHYLAXIE

Par M. Jean VAGUE,
Assistant à la Faculté de médecine de Marseille,
Interne des hôpitaux.

Longtemps encore après la découverte de l'anaphylaxie, ce phénomène curieux resta isolé en biologie et ne trouva guère en clinique et en pathologie générale d'applications pratiques ; deux caractères surtout en avaient été retenus, la brusquerie du choc anaphylactique retrouvée en pathologie dans les infections à crise, asthme, urticaire... et le processus moléculaire de déséquilibre humoral qui en était la cause ou la conséquence, en tous cas un des moyens d'appréciation les plus fidèles.

C'est dans ces dernières années que, nos connaissances sur les réactions biologiques et morbides des endothélia séreux ou vasculaires s'étant considérablement enrichies, une compréhension plus étendue du phénomène anaphylactique a pu être édifiée et que la notion du choc et de ses conséquences s'est appliquée à des cas plus nombreux de la pathologie.

Réaction endothéliale qui, par la modification physico-chimique de l'endothélium vasculaire ou séreux permet la congestion, l'œdème (phénomène d'Arthus), la diapédèse, l'hémorragie (phénomène de Schwartzmann) et parfois plus tard la sclérose évolutive ou cicatricielle, réaction souvent généralisée mais qui peut pour des raisons mal connues se porter électivement sur un organe, tels sont en somme du point de vue organique le phénomène anaphylactique et ses diverses manifestations.

Nettement isolé en de nombreux points de l'organisme, l'appareil endothélial voisine ailleurs d'une manière intime avec les divers éléments épithéliaux; et depuis qu'on a cherché à comprendre le processus pathogénique des inflammations viscérales, la succession des phénomènes endothéliaux et épithéliaux a été l'objet de travaux nombreux et de discussions passionnées qui ne sont pas près de prendre fin. Certes, lorsque nous analysons les nombreux arguments dont se servent les partisans de l'atteinte épithéliale primitive ou du début de l'inflammation viscérale par l'endothélite, il est difficile de conclure à des faits précis ; peut-être est-il plus sage d'admettre que le complexe endothélio-épithélial, la symbiose épithélio-conjonctive (L. Cornil) est, surtout en certains points de l'organisme, à peu près indissociable et que l'atteinte de l'un de ses constituants retentit plus ou moins mais inévitablement sur l'autre. Quoi qu'il en soit de ces considérations et qu'on adopte les idées d'une école ou d'une autre, il paraît logique dans certains cas, dans ceux où une endothélite généralisée telle que l'endothélite anaphylactique s'accompagne de phénomènes épithéliaux, de supposer que l'atteinte épithéliale qui est parcellaire, survient secondairement à l'atteinte généralisée de l'endothélium. Sans doute, une telle conception ne peut s'affirmer d'une façon catégorique ; elle paraît cependant conforme à de nombreuses données cliniques et physiologiques.

Or, il est peu d'organes où le complexe endothélio-épithélial soit plus uni que le foie et le rein ; l'importance et le nombre des fonctions qui leur sont dévolues, la richesse et l'intensité de leur circulation, exigent un contact étroit entre la cellule glandulaire et l'endothélium vasculaire ; quoi d'étonnant que les interactions biologiques normales se répètent alors dans le cadre de la pathologie ? Dans notre étude sur les hépato-néphrites aiguës nous avons cru pouvoir démontrer à la fois du point de vue biologique et anatomique combien ces deux sortes de phénomènes vasculaires et épithéliaux étaient unis l'un à l'autre et l'importance qui leur revenait dans l'atteinte concomitante du foie et du rein.

Et il est précisément un groupe de cas qui mettent bien ces notions en lumière ; ce sont, d'une part, les hépato-néphrites qui s'apparentent de près ou de loin à l'anaphylaxie et semblent aujourd'hui de plus en plus fréquentes ; d'autre part, les modifications réactionnelles que peut faire subir au terrain un choc anaphylactique antérieur à la constitution d'une hépato-néphrite.

Occupons-nous d'abord des observations que nous offre la clinique.

Le terme d'hépato-néphrite anaphylactique ne peut certes s'appliquer qu'à un nombre d'observations très limitées ; si au contraire on se place du point de vue pathogénique pur, le phénomène anaphylactique paraît intervenir avec une grande fréquence dans la localisation hépato-rénale du processus pathologique.

I. **Hépato-néphrites anaphylactiques.** — L'expérimentation permet déjà d'étudier les lésions hépatiques déterminées chez l'animal par le choc anaphylactique ; de type vasculaire surtout, ces lésions sont absolument constantes : congestion, dislocation du lobule hépatique ; les lésions rénales sont plus mal connues, mais la glomérulite congestive et hémorragique est également fréquente.

Quelques rares observations ont été publiées d'hépato-néphrites à l'origine desquelles un choc anaphylactique seul a été retrouvé. Les accidents isolés, hépatiques ou rénaux sont plus fréquents : des cas d'ictère simple, d'oligurie, d'anurie passagère, d'œdème, de néphrite azotémique, accidents toujours accompagnés de phénomènes de type anaphylactique: urticaire, érythèmes divers, arthralgies, crises d'asthme, ont été publiés par Flandin (*Journ. Méd. Français*, mai 1930), Charles Richet Fils, Tzanck et Couder (*idem*), Achard, Tzanck et Kohen (Thèse de Paris, 1931), Tzanck et Weiller (Soc. Méd. des Hôp., 5 juin 1931) à la suite d'injections de sérum de cheval et même d'ingestion de viande crue chez un sujet déjà sensibilisé. Si le syndrome hépato-rénal complet avec ictère est exceptionnel, en revanche de fortes et rapides hyperazotémies inexplicables par un facteur uniquement rénal, permettent, vu ce que nous connaissons de nombreux cas analogues, de soupçonner fortement la participation hépatique dans la pathogénie de certaines de ces néphrites ; il en est ainsi dans les observations II, III et VI de la thèse de Kohen.

La transfusion sanguine est à l'origine de nombreux accidents de ce genre qui ont été l'objet de plusieurs travaux. Citons entre autres ceux d'Oliensis (*Med. Journ. and Rec.*, 15 août 1928), Cain et Mlle Barnand (Soc. d'Hémat., 18 mai 1932), Millet (*Prat. Méd.*

Franç., mai 1922), Mlle Herr (Thèse de Paris 1933), Tzanck, Moline et Paris (*S.M.H.*, 10 nov. 1933) et enfin le dernier en date de Tzanck et Moline (*Paris Méd.*, 19 oct. 1935). Les accidents rénaux surtout sont fréquents et évoluent d'après Tzanck en 4 phases : période d'alarme de petits signes subjectifs rappelant le choc, période d'anurie ou de grande oligurie, crise hydrique et période de terminaison ; c'est le type de néphrite sèche qui s'observe le plus souvent. Si les accidents sont plus fréquents ou plus graves avec les sangs incompatibles que lorsque la compatibilité est parfaite, les symptômes sont en tous cas superposables dans les deux éventualités.

Tzanck n'individualise sous le nom d'hépato-néphrite qu'une forme grave où « à l'oligurie extrême s'ajoutent précocement des signes hépatiques dont le plus manifeste est l'ictère d'ailleurs toujours peu foncé » ; la mort n'est pas fatale dans ce cas. Ces hépato-néphrites revêtent le type que nous avons individualisé sous le nom d'hépato-néphrite hyperplasique. Il en est ainsi dans plusieurs observations : obs. d'Oliensis rapportée dans la thèse de Mlle Herr, obs. de Nobécourt (obs. I de la même thèse) ; à la forte azotémie jusqu'à 7 gr. 10 s'ajoute un ictère de type franc, d'ailleurs peu intense, mais non régressif. Mais ici encore nous retrouvons aussi l'hépato-néphrite anictérique avec forte azotémie. Cain et Mlle Barnand (*loc. cit.*) n'hésitaient pas déjà à qualifier d'hépato-néphrite un cas où l'azotémie atteignait rapidement 4 gr. 75, sans qu'il y eût d'ictère ni d'hémorragie. La participation hépatique qui s'avère encore au cours d'observations analogues par l'hépato-mégalie, est ici évidente ; elle est en bonne part responsable de la rapide ascension de l'azotémie ; c'est ce que nous voyons réalisé au cours de toutes les hépato-néphrites du type hyperplasique.

La question des rapports en clinique des hépato-néphrites aiguës et de l'anaphylaxie serait relativement limitée si elle s'arrêtait aux cas que nous venons de passer en revue ; mais depuis quelques années, nos conceptions sur la réaction de l'organisme aux divers poisons et aux toxines microbiennes ont considérablement évolué. Les cas se sont montrés fréquents où, pour des doses parfois minimes de poisons absorbés, certains organismes réagissaient par des accidents d'une extrême gravité, alors que des doses bien plus fortes pouvaient laisser indemnes des sujets en apparence absolument semblables aux premiers. Le grand mérite de Tzanck a été, à la fois de signaler la fréquence de ces cas et, sinon d'en donner une véritable explication pathogénique, tout au moins de les isoler dans la nosographie et d'en rapprocher des observations analogues : par le mot intolérance, Tzanck a justement montré le caractère individuel de ce phénomène et le fait que la nature même du terrain, beaucoup plus que l'agent extérieur, intervenait dans sa pathogénie ; les termes intolérance, anaphylaxie, allergie (Sézary) n'impliquent pas de conceptions opposées, mais la compréhension et la mise en lumière de divers aspects d'un même phénomène. Et c'est ainsi que de nombreuses intoxications, parmi lesquelles les intoxications médicamenteuses figurent au premier rang, rentrent dans ce groupe des hépato-néphrites par intolérance ; mais nous avons cru pouvoir observer qu'il en était souvent de même dans les hépato-néphrites infectieuses ; combien d'infections graves sont en apparence presque guéries lorsque survient la complication hépato-rénale ; n'a-t-on pas dans ces cas l'impression qu'une brusque décharge peut-être limitée de nouvelles toxines, suffit à entraîner la complication viscérale, alors que l'infection primitive était sur le point de s'atténuer.

Autrement dit, le *phénomène anaphylactique en lui-même, c'est-à-dire la brusque réaction de l'organisme sensibilisé, paraît d'une extrême fréquence à l'origine d'hépato-néphrites, aiguës aussi bien toxiques qu'infectieuses.* On peut même pousser plus loin la solution du problème et affirmer que dans les hépato-néphrites, d'origine toxique surtout, les cas où intervient le mécanisme anaphylactique ont pour caractéristique :

1° La rapidité habituelle de leur apparition ;

2° La coïncidence avec des troubles de caractère anaphylactique, éruptions diverses en particulier ;

3° Le type congestif et hyperplasique qu'ils réalisent avec prédilection.

Or, les biologistes nous apprennent que le phénomène anaphylactique type, le phénomène d'Arthus est une lésion congestive, œdémateuse, diapédétique, survenant brusquement en de nombreux points de l'organisme et s'extériorisant électivement sur le territoire cutanéo-muqueux. Cette réaction paraît pouvoir s'exagérer jusqu'à la production d'une lésion locale hémorragique, trouble connu aujourd'hui sous le nom de phénomène de Schwartzmann (*Soc. Exp. Biol. and Med.*, 1928, p. 257) ; c'est en tout cas l'avis de nombreux auteurs parmi lesquels Gratia et Linz (*Soc. de Biol.*, 1932, I, p. 585). La ressemblance presque absolue, clinique et anatomique entre ces phénomènes expérimentaux et de nombreuses hépato-néphrites, comme celle dont nous venons de citer des exemples, semble justifier l'hypothèse d'une intervention de type anaphylactique, réalisant un *véritable phénomène d'Arthus ou de Schwartzmann local, hépatique ou rénal,* dans la constitution de ces syndromes. Le retard et la brusquerie de leur apparition, la dose parfois minime de substance toxique administrée, l'atténuation fréquente des signes infectieux primitifs au moment de leur apparition, l'intensité des phénomènes congestifs et même hémorragiques semblent justifier pareille hypothèse sans être suffisants pour permettre d'en affirmer la valeur.

De toute façon, la distinction étiologique reste, entre les hépato-néphrites que l'on pourrait qualifier d'inévitables, dues à de fortes doses de toxiques ou à des germes virulents et en grand nombre, qu'aucun organisme n'est capable d'éviter absolument, hépato-néphrites qui sont en général précoces, — et les syndromes hépato-rénaux tardifs, à début brutal, à l'origine desquels on ne voit parfois qu'une substance toxique absorbée à doses minimes ou une infection sur le point de disparaître ou tout au moins de s'atténuer.

II. Influence du choc anaphylactique sur la pathogénie et l'évolution des hépato-néphrites aiguës. — Il est donc non seulement indiscutable que le choc anaphylactique peut être à l'origine d'un syndrome

hépato-rénal aigu, mais encore que de multiples hépato-néphrites peuvent reconnaître une pathogénie se rapprochant plus ou moins d'un phénomène d'Arthus ou de Schwartzmann à localisation viscérale.

A côté de ces cas cliniques, doivent se placer quelques considérations expérimentales qui, à première vue, paraissent absolument opposées à ce que nous venons de voir. Dans l'intention de démontrer la part que prend l'endothélium à la pathogénie des hépato-néphrites, nous avons étudié l'action de la toxine diphtérique chez l'animal neuf et chez l'animal soumis préalablement au choc anaphylactique. Chez l'animal, comme d'ailleurs souvent chez l'homme, c'est une véritable hépato-néphrite et une hépato-néphrite de type hyperplasique que réalise l'intoxication diphtérique. Or, nos expériences nous ont permis de démontrer (L. Cornil et J. Vague, Soc. de Biol., 21 juil. 1935) que l'intoxication diphtérique est absolument différente chez le cobaye soumis au choc anaphylactique de ce qu'elle est chez l'animal neuf.

a) Après le choc sérique, le cobaye est très résistant à la toxine diphtérique ;

b) Alors que les premiers animaux sont morts en 3 ou 4 jours, un temps de saignement allongé, mais surtout à l'autopsie une congestion viscérale généralisée, les cobayes soumis préalablement au choc anaphylactique sont morts en 8 à 15 jours avec des doses bien supérieures, après avoir gardé un temps de saignement normal. Leur autopsie montrait de la congestion, certes, mais bien moins que celle des animaux neufs. Les poumons en particulier étaient à peu près entièrement respectés.

Et, phénomène bien particulier, la mononucléose consécutive au choc sérique (fait déjà bien connu) persiste malgré l'intoxication diphtérique jusqu'à la fin, et ceci contribue à opposer les deux formes d'intoxication chez l'animal neuf et chez l'animal anaphylactisé. Par ailleurs, le syndrome toxique est le même que chez le cobaye neuf : même amaigrissement, mêmes troubles du métabolisme.

Nous n'oserions point tirer de ces considérations des conclusions catégoriques qui ne seraient pas justifiées. En l'état actuel des choses, quelques points cependant paraissent devoir être retenus :

1° La clinique nous permet l'étude de syndromes hépato-rénaux *relativement rares*, à l'origine desquels un phénomène anaphylactique classique est seul observé ; elle nous présente un *nombre considérable* de cas qui sont dus à une intoxication ou à une infection dont le processus pathogénique est particulier en ce sens qu'il est en de nombreux points comparables aux phénomènes d'Arthus et de Schwartzmann;

2° L'expérimentation nous révèle à l'autopsie de l'animal mort de choc anaphylactique, une endothélite généralisée qui se porte sur le foie et le rein, comme sur les autres organes d'ailleurs ;

3° L'expérimentation nous démontre encore que l'animal soumis d'abord au choc anaphylactique réagit d'une manière tout à fait particulière à une toxine essentiellement endothéliotrope, comme la toxine diphtérique ;

4° De tous ces faits, un seul se dégage, c'est à notre avis l'importance primordiale de la réaction endothéliale dans le processus anaphylactique d'abord, fait connu, dans l'atteinte viscérale, hépatique et rénale ensuite ; et cela dans deux sens suivant les conditions : sensibilisation, d'une part, réalisant l'hépato-néphrite anaphylactique, immunité au contraire, protection par le choc anaphylactique contre une atteinte endothéliale du foie et du rein.

(Clinique médicale du professeur D. Olmer, Laboratoire de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique du professeur L. Cornil.)

EUGÈNE ROCHARD

(*29 octobre 1853-3 octobre 1924*)

ÉLOGE PRONONCÉ A L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Par M. Louis BAZY, secrétaire général.

[*Au cours de la séance annuelle de l'Académie de chirurgie tenue le 28 janvier, M. Louis* Bazy, *secrétaire général, a prononcé l'éloge d'Eugène Rochard, ancien secrétaire général de la Société de chirurgie.*

Fils de Jules Rochard, inspecteur général du Service de santé de la marine, ancien président de l'Académie de médecine. Eugène Rochard fut d'abord médecin de la marine avant de devenir chirurgien des hôpitaux de Paris et l'un des maîtres les plus aimés de sa génération.

Voici quelques extraits du bel et émouvant éloge que vient de lui consacrer Louis Bazy.]

Si vous vous rappelez Eugène Rochard, arrivant, il y a peu d'années encore, à la Société de Chirurgie, le chapeau sur l'oreille, la moustache retroussée, la barbe en éventail à la manière du Vert-Galant et sanglé dans un long pardessus en forme de redingote, ne croyez-vous pas voir son grand-père, le « demi-solde », celui qui, pensant toujours à son Empereur, réunissait dans son logis ses vieux camarades de combat et leur faisait chanter par son jeune fils, juché sur une table, les couplets de Béranger :

De quel éclat brillaient dans les batailles
Ces habits bleus par la victoire usés !

Combien de fois pendant la dernière guerre n'ai-je pas entendu M. Eugène Rochard nous redire ces vers redevenus d'une actualité si poignante et si épique à la fois !

En 1849, M. Jules Rochard se maria à Brest avec la fille d'un lieutenant de vaisseau, Mlle Proux, qui appartenait à une illustre famille de marins, les Bouet-Vuillaumez. C'est à Brest que naquit, le 29 octobre 1853, M. Eugène Rochard.

On provoquait toujours un sourire d'incrédulité quand on affirmait que M. Rochard était Breton. Tous ceux qui entendaient ses histoires méridionales auxquelles ne manquaient ni la couleur ni même l'accent, et qu'il racontait avec une verve intarissable et un plaisir toujours nouveau, étaient persuadés qu'Eugène Rochard était un fils de la haute Provence. Ceux qui le voyaient si répandu dans la haute société parisienne, membre des grands cercles, informé de tout, ne doutaient point qu'il ne fût né à Paris. Ne trouvez-vous pas que cette impossibilité de fixer avec exactitude le coin de la France où il avait vu le jour, montre à quel point il était bien Français ?

. . . .

Un Breton, et par surcroît un Brestois, est par définition un marin. La mer fait partie de son horizon. Elle l'appelle, elle l'attire et parfois pour toujours, elle le garde. M. Rochard racontait plaisamment que la première fois qu'il vit Paris, il eut peine à comprendre qu'une aussi belle ville se contentât d'être arrosée par un aussi mince filet d'eau. Toute sa famille avait été dans la marine. Lui-même voulut y servir, mais dans le même esprit que son père, c'est-

à-dire comme médecin. Il leur semblait à tous deux qu'ils pouvaient ainsi mieux prouver aux marins combien ils les aimaient, combien ils les comprenaient, puisque, non contents de partager leur vie et ses dangers, ils avaient, en outre, l'occasion de soulager leurs maux.

Eugène Rochard, reçu premier en 1874 au concours d'aide-médecin du Service de Santé de la Marine, fut pourvu en 1876 de son premier galon et désigné pour embarquer sur le transport *La Loire*.

. . . .

En 1885, M. Jules Rochard, devenu inspecteur général du Service de Santé de la Marine, feuilletant les rapports qui lui rendaient compte de l'épidémie de choléra qui décimait l'escadre de la Méditerranée, vit que l'on signalait avec les plus grands éloges la conduite magnifique du médecin du cuirassé *Colbert*, le plus atteint par le fléau. Quel dommage que ce soit mon fils ! s'écria-t-il ; je l'aurais fait décorer. Mais ce fut l'amiral Duperré qui tint à remettre lui-même à Eugène Rochard la croix qu'il avait si vaillamment gagnée. Les combattants voulaient sans doute ainsi prouver que, même en temps de paix, le médecin a toujours sa guerre à mener et qu'elle n'est pas exempte de dangers.

En 1886, le médecin inspecteur général Jules Rochard, en désaccord avec l'amiral Aube sur l'organisation du Service de Santé de la Marine, prit sa retraite, et son fils Eugène donna sa démission. Il se rendit d'abord à Toulouse comme professeur suppléant d'anatomie et chef des travaux anatomiques. Mais mon père qui avait pour Eugène Rochard une amitié dont vous avez tous été les témoins, pensait qu'une intelligence aussi vive ne pouvait trouver qu'à Paris un champ qui fût à sa mesure. Ce méridional laborieux et si largement compatissant, robuste dans sa santé comme dans sa pensée, qui avait poussé la ténacité jusqu'à perdre son accent natal, et qui, avec une incroyable puissance de travail et une force d'âme qui ne se démentait jamais, labourait son sillon avec une si scrupuleuse conscience, avait pris sur l'imaginatif et nostalgique Breton une influence qu'il conserva jusqu'au bout. Il le convainquit donc et Rochard, soutenu d'autre part par toutes les amitiés que son père s'était acquises, devint en 1888 le chef de la clinique chirurgicale du professeur Simon Duplay. Cinq ans après, en 1893, il était à même de combler tous ses désirs. Le médecin de 1re classe de la Marine Eugène Rochard était devenu chirurgien des hôpitaux de Paris.

***

A Saint-Brieuc, dans une vieille maison de la rue Saint-Michel, seule avec deux vieilles domestiques, vivait une cousine d'Eugène Rochard, Mme Bienvenue. Ayant perdu sa mère, morte en lui donnant le jour, puis peu après son père, elle fut en partie élevée par Mme Rochard en même temps que sa fille Mlle Jeanne Rochard. Pourvue d'une certaine aisance, Mlle Bienvenue, dédaignant la fortune, ne voulait lier sa vie qu'à un homme de valeur. Elle choisit donc un jeune officier d'artillerie, le capitaine Foch, qui devint ainsi le cousin par alliance d'Eugène Rochard.

. . . .

[Après avoir adressé un émouvant hommage à la cousine de Rochard, Madame la maréchale Foch, qui assiste à la séance, Louis Bazy continue.]

Le capitaine Foch et Eugène Rochard se prirent, sur-le-champ, d'une vive amitié. Il faut dire que le capitaine Foch eut aussitôt l'occasion de prouver toute la générosité de son cœur. En 1883, M. Jules Rochard revenait de son cabinet d'inspecteur général du Service de Santé au ministère de la Marine, lorsqu'un fou, qu'il ne connaissait pas, lui tira à bout portant deux coups de revolver. L'un toucha la colonne lombaire et l'autre pénétra dans la poitrine. Avec une énergie peu commune, M. Jules Rochard, bien qu'il vomît le sang, gagna son domicile de la rue du Cirque. On cherche d'abord en vain son fils Eugène, et quand l'ayant enfin rejoint, on l'amena au chevet de son père, il y trouva le capitaine Foch qui l'avait suppléé avec une véritable piété filiale, et avait soutenu le courage de tous par sa tendresse et par sa décision.

L'amitié du maréchal Foch avec Eugène Rochard fut, comme celle de mon père avec Rochard, une de ces belles et loyales amitiés d'hommes qu'on aime à rappeler. Le temps, loin d'en détendre les liens, ne fait que les resserrer, parce que les événements coutumiers, les heureux comme les malheureux, en forment la trame, et parce qu'elles ont résisté aux bourrasques de la vie. Il était d'ailleurs impossible de voir deux caractères pourtant si pleins d'affinités, si bien faits pour se comprendre et pour s'aimer et cependant si différents dans leur expression, que ceux du Maréchal et d'Eugène Rochard.

Rochard se laissait emporter par ses sentiments. Doué d'une incroyable sensibilité, il réagissait vivement à tous les événements. Il ne craignait pas les responsabilités et il les assumait avec vaillance. Mais jusqu'à ce qu'il fût dans l'action où il se retrouvait entièrement lui-même, remarquable de sang-froid et de clair jugement, il était la proie de préoccupations démesurées. Parfois, à peine avait-il terminé certaines opérations qui lui tenaient particulièrement à cœur qu'il commençait à supputer toutes les complications qui pourraient venir se mettre à la traverse du succès. Il avait alors besoin qu'on le rassurât, qu'on l'encourageât, car il ne pouvait rester indifférent, surtout à la souffrance humaine. Sans doute trouverez-vous dans ce constant souci un des charmes les plus certains de l'âme de M. Rochard. Il y avait en lui, dans la réalité, deux êtres successifs. L'un avait besoin de s'épancher au dehors en une exubérante gaieté ; l'autre se repliait en lui-même, dévoré par l'anxiété. Franz Hals eût bien pu nous restituer la verve truculente du joyeux conteur d'histoires. Mais seul, le philosophe, le douloureux Rembrandt eût été capable de nous faire comprendre les angoisses de ce cœur tourmenté.

Le maréchal Foch était d'une bonté compréhensive dont il m'a été donné de recueillir maintes preuves. Mais il considérait que son devoir militaire lui commandait d'avoir de lui-même une domination absolue et, par une volonté persévérante, il y était parvenu. On ne le voyait jamais si froidement lucide, si farouchement décidé, qu'au moment où le danger devenait le plus menaçant, et l'on eût dit que l'excès même de la difficulté exaltât la foi dans le succès qui ne l'abandonnait jamais. Il aimait chez Rochard les manifestations d'une tendre sensibilité qu'il s'interdisait à lui-même, tandis que Rochard se plaisait auprès du Maréchal, dont toute la personne et tous les propos dégageaient une impression de force surhumaine.

Pendant la guerre surtout, quand régnaient tant de motifs légitimes d'inquiétude, quand circulaient tant de faux bruits, quant tant de gens faisaient profession de pessimisme et semblaient y trouver je ne sais quelle morbide satisfaction, Rochard éprouvait le besoin d'aller faire le point auprès du Maréchal. Il revenait chaque fois du grand quartier général plein de confiance, émerveillé du calme de la méthode, de l'énergie jamais lassée de son illustre cousin.

[Ici, l'orateur parle de l'attachement de Rochard pour ses amis.]

. . . .

Il me fut plus particulièrement donné d'éprouver le bienfait d'une telle affection. Lorsque la carrière semblait s'ouvrir rayonnante devant moi, l'adversité vint brusquement me barrer le chemin. De longs mois durant je vécus dans le noir, non pas seulement physiquement, mais aussi moralement. Pendant tous ces jours, sans jamais se lasser, M. Rochard n'omit jamais de venir s'asseoir à mon chevet.

Chaque soir, avant qu'il ne rentrât chez lui, il me rendait visite. Un autre de vos collègues que, pourtant, je connaissais à peine, M. Guinard, s'astreignit lui aussi à ce charitable devoir.

Tempora si fuerint nubila, solus eris.

Bravant les lourds nuages qui à ce moment obscurcissaient ma vie, pour compléter l'admirable secours que m'apportaient ceux qui me soignaient avec tant d'affectueux dévouement, ces deux hommes m'évitèrent qu'aux tourments de la maladie s'ajoutât l'horreur de la solitude. En ce jour solennel, où le présent réparateur efface le passé sans abolir le souvenir, vous me permettrez bien, Messieurs, de parer la mémoire de ces deux fidèles amis des fleurs de la reconnaissance.

Je ne fus pas le seul à connaître l'amitié d'Eugène Rochard. D'autres que moi purent aussi savoir de quoi elle était faite. C'est pourquoi ils voulurent entourer sa fin de soins pieux, des plus généreuses attentions afin de la lui adoucir. Beaucoup sont ici aujourd'hui et je gage que leur seule présence sera pour vous beaucoup plus éloquente que ma faible parole.

Peut-être M. Rochard rendait-il à ses amis ce qu'il recevait dans sa propre famille. Elevé par un père et une mère incomparables, dont il ne parlait qu'avec une reconnaissante émotion, il vécut avec son frère et ses sœurs dans l'union la plus intime. Pour son frère cadet, Ernest, il nourrissait une sollicitude quasi paternelle. Il lui en redoubla les manifestations pendant la guerre, durant laquelle Ernest Rochard, lieutenant-colonel d'infanterie, breveté d'état-major, connut la plus douloureuse disgrâce qui puisse affliger un soldat. Fait prisonnier au début des hostilités dans d'héroïques circonstances, captif en Allemagne d'abord, puis en Suisse, il se vit ainsi refuser l'honneur de servir son pays les armes à la main.

La sœur aînée de M. Eugène Rochard avait épousé un officier de vaisseau, M. Simart, qui quitta le service comme capitaine de frégate. C'était surtout d'ailleurs un savant, aussi modeste qu'il était éminent. Lié d'une grande amitié avec M. Emile Picard, de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, il se plaisait à aborder avec cet esprit puissant, orgueil de la science française, ces hautes spéculations mathématiques qui ne sont accessibles qu'à quelques-uns.

De Mlle Jeanne Rochard, M. Felizet disait déjà en 1908 qu'elle était l'ange du foyer. Après l'avoir été de celui de ses parents, elle continuait auprès de son frère Eugène qu'elle assista jusqu'à son dernier soupir. Ayant délibérément adopté une vie de renoncement, elle eut l'art d'allier sans cesse le dévouement le plus complet au plus vigilant effacement. Si, par d'autres, Eugène Rochard sentit le prix de l'amitié, par elle il put comprendre ce dont est capable la charité.

* * *

M. Rochard transporta dans sa vie professionnelle les éminentes qualités de cœur dont il faisait la preuve dans son existence de tous les jours. Il entourait ses malades d'une attention qui devenait parfois si soucieuse qu'elle aurait pu risquer de provoquer l'inquiétude de ceux-là mêmes qui en étaient l'objet. Mais aussi quelles reconnaissances ne s'était-il pas acquises ! Il conquit en particulier celle de ses élèves. L'intérêt qu'il leur portait se manifestait par la confiance absolue qu'il leur faisait, et à laquelle il ne fixait d'autres bornes que celles que la conscience exige. Ainsi il forma des chirurgiens pleins d'initiative et qui, dès le début de leur carrière, prirent ce goût de la responsabilité sans lequel il n'est pas de vrais chefs, en quelque domaine que ce soit. C'est de la sorte, encore, qu'il avait donné à son service de l'hôpital Saint-Louis que j'ai maintenant l'honneur d'occuper, ce caractère d'une grande famille où règne entre tous l'affection mutuelle, où le travail s'exécute dans l'allégresse, et où chacun fait son devoir, non dans la crainte d'une réprimande, mais de peur de se montrer indigne de la Maison, indigne aussi du « Patron ».

M. Rochard n'avait pu créer cette atmosphère que parce que rien dans son abord n'était de nature à écarter ses collaborateurs. Il avait eu le privilège de conserver dans ses manières, dans son esprit et jusque dans sa silhouette une étonnante jeunesse. Je le vois encore, ayant depuis longtemps largement dépassé la cinquantaine, s'élancer pour gravir quatre à quatre les marches d'un des escaliers en colimaçon qui menaient à son service et attendre sur le palier, d'un air ironique, le pouls calme et la respiration régulière, ceux de ses élèves qui n'avaient pas conservé une pareille agilité. On se sent d'ailleurs plus porté vers la jeunesse qu'on en a soi-même perdu les attributs. La jeunesse n'est point avare et elle vous restitue au centuple ce qu'on peut lui donner de soi. Elle vous préserve, en effet, de cette espèce d'égoïsme intellectuel que l'âge risque de vous amener, qui se confond hélas ! trop souvent avec l'égoïsme tout court, et que certains sont trop heureux de dissimuler en l'appelant l'expérience.

Si l'homme mûr peut guider avec fruit ceux qui débutent, il se régénère en retour, au contact de leur généreux enthousiasme, de leur esprit d'entreprise, de leur force d'illusion, si bien que l'on peut considérer que les échanges avec la jeunesse sont encore une des formes les plus séduisantes de l'amitié.

M. Rochard avait pour l'enseignement un goût très vif et il avait toujours regretté que les portes de la Faculté n'aient pu s'ouvrir devant lui. Mais bien que les charges officielles ne lui fussent pas venues, il se montra néanmoins un chef d'école. Il suffit pour s'en convaincre de voir la pléiade d'élèves fidèles qu'il a semés dans la France et dans tant de parties du monde. Chaque mercredi matin, il aimait à réunir à l'hôpital ceux qui se destinaient au concours des hôpitaux. Devant le service assemblé, il leur demandait de faire des leçons cliniques qu'il argumentait avec une pénétrante finesse et un grand bon sens. Sa manière était nette, il courait droit au but. Comme il demeurait fidèle à ce vieux précepte de la saine médecine qui veut qu'il n'y ait pas de maladies, qu'il n'y ait que des malades, il exigeait que chaque cas fût décrit avec sa physionomie propre. Ainsi il nous préservait de ces lieux communs, de ces phrases rebattues, en un mot de ces clichés qui sont si souvent l'écueil de la préparation des concours. Il ne visait pas tant à nous faire franchir les épreuves d'une compétition, qu'à nous préparer à être de véritables chirurgiens. En cela résidait la grande intelligence d'un enseignement qui fut pour moi si fructueux.

Par ailleurs, il s'attacha, avec tendresse, je puis le dire, à ses internes. Personne n'aima davantage l'Internat que M. Rochard qui cependant n'en avait jamais fait partie. Mais il était trop aristocrate de sentiments, trop amoureux des élites pour ne pas adopter cette magnifique école à laquelle on n'accède qu'au prix d'un labeur ininterrompu et qui vous permet ensuite d'acquérir, au contact direct des maîtres, une expérience inégalable. Il n'est pas jusqu'à la vie de salle de garde qui, par bien des côtés, pouvait lui rappeler celle du carré des jeunes officiers à bord des bâtiments de guerre, qui n'eût de quoi le séduire. Il savait que s'il y règne parfois la plus folle gaieté, la fantaisie la plus débridée, là aussi se forgent les amitiés les plus durables et les plus solides, parce que c'est là qu'elles ont été le mieux éprouvées et le plus sûrement consenties. M. Rochard aima la jeunesse et la jeunesse le lui rendit. Quand il mourut, ses élèves voulurent de concert perpétuer la mémoire d'un maître qu'ils avaient chéri. Ils réunirent un fonds assez important pour décerner tous les trois ans un prix de 10.000 francs à un ouvrage écrit par un interne ou un ancien interne. Ce « prix des Elèves du Dr Rochard » montrera à la postérité, rassemblés dans une affectueuse

communion, le Maître, les disciples qu'il a formés et l'Internat qu'il admira.

* * *

M. Rochard n'a cependant pas seulement enseigné par l'exemple. Il écrivit aussi beaucoup. Mais je suis bien sûr que la partie de son œuvre à laquelle il tenait le plus, résidait certainement dans ces livres où s'épanouissaient les dons de clinicien dont il donnait chaque jour des preuves renouvelées dans son service d'hôpital. Il suffit d'en lire les titres :

Problèmes cliniques.

Chirurgie d'urgence. Indications et thérapeutique opératoire.

Précis de diagnostic des maladies chirurgicales de l'abdomen. Le gros diagnostic à faire. Diagnostic de l'intervention.

pour saisir immédiatement l'esprit qui les avait inspirés.

C'était le même homme qui composait ces livres et se plaisait à aider à la préparation de ses futurs collègues. Au début de sa carrière, il avait publié en collaboration avec MM. Duplay et Demoulin un manuel de diagnostic chirurgical dont le succès fut si grand qu'il connut six éditions successives. Ayant pris sa retraite, avec le concours de Stern, il refondit entièrement cet ouvrage dont la septième édition devint ainsi un gros volume de 980 pages, illustré de plus de 300 figures. A tout ce labeur, il avait encore ajouté la direction de la Bibliothèque de chirurgie contemporaine qu'il assumait conjointement avec son ami Ricard, et dans laquelle il fit paraître un *Traité sur les hernies.*

. . . .

Il fut un des premiers à étudier l'œdème subaigu du membre supérieur, dit phlébite par effort. Il faisait remarquer combien ce dernier terme est mal choisi, car, dans la plupart des cas observés, l'effort ne pouvait jouer qu'un rôle révélateur, et, qu'en réalité, il s'agissait presque toujours d'une thrombose veineuse, préparée de longue date par des lésions anciennes de la veine axillaire.

Pendant de longues années, il se passionna pour le traitement des atrophies musculaires et, en collaboration avec son élève de Champtassin, il s'attacha à prouver que ce traitement ne pouvait être correctement réalisé que par la contraction musculaire volontaire, c'est-à-dire par le travail actif. Il se plaçait donc résolument en opposition par sa méthode qu'il avait dénommée « *méthode des résistances progressives* » avec les thérapeutiques usuelles : massage, électrisation, etc., qui ne produisent qu'une hyperémie passagère et n'ont aucune action sur le développement du muscle, sur l'augmentation de son volume et sur la force utile qu'il peut déployer.

. . . .

M. Rochard ne craignait pas d'ailleurs d'adopter parfois dans ses écrits scientifiques le tour prime-sautier qui faisait le charme de ses entretiens familiers.

C'est ainsi que pour définir les inconvénients et les troubles parfois irrémédiables qu'entraînait le port exagérément prolongé des écharpes que des infirmières au cœur trop sensible confectionnaient pour les blessés du membre supérieur, M. Rochard trouva ce mot imagé : « les écharpés ». Mieux que de longs discours, ce simple terme suffit pour attirer l'attention et préserver bon nombre de braves soldats d'infirmités dont ils ne soupçonnaient point le péril.

Dans un tout autre ordre d'idées, Rochard eut le grand mérite de poser devant vous la question de l'intervention chirurgicale dans les perforations intestinales typhiques. A l'aide de faits précis, il montrait que les « fausses perforations » ne sont pas exceptionnelles et que le diagnostic avec les perforations vraies était souvent impossible. Aussi, conseillait-il, dans le doute, de pratiquer néanmoins l'ouverture de l'abdomen qui, d'après ce qu'il avait pu personnellement observer, ne paraissait pas devoir compromettre, même si elle n'était pas justifiée, l'évolution favorable de la dothiénentérie. Il revint à plusieurs reprises soit à la Société de Chirurgie, soit dans différents journaux médicaux, sur cette très importante question.

Il se trouvait toujours préoccupé par le désir de ne jamais laisser passer le moment propice pour réaliser une opération salutaire. Aussi, pendant la guerre, après avoir été infiniment surpris d'entendre une certaine école prétendre que les plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles de guerre n'étaient pas justiciables de la chirurgie, écrivit-il un jour : « Nous étions nombreux à ne pas arriver à comprendre par quel miracle l'abstention systématique guérirait plus sûrement les plaies de guerre que l'intervention, alors que l'opération systématique restait le traitement excellent et obligé des plaies abdominales du temps de paix. Aussi l'entrée des plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles de guerre dans le domaine de la chirurgie active fut comme un soulagement pour notre entendement. ».

Le même souci se retrouve dans les discussions que, dès 1909, soutint M. Rochard sur les plaies du poumon. Il estimait que « la logique, les lois générales de la chirurgie commandent l'intervention chirurgicale dans les hémorragies abondantes, rapidement menaçantes du poumon. Aucun des dangers invoqués en faveur de l'abstention n'est assez réel pour imposer cette dernière ». Adoptant une idée, depuis longtemps défendue par mon père, il considérait que le pneumothorax opératoire était d'autant moins redoutable par lui-même qu'il existait souvent avant l'opération.

Dans tous ces travaux, M. Rochard est un de ceux qui ont le plus fait pour donner aux chirurgiens l'exact sentiment de leurs responsabilités dans la chirurgie d'urgence.

L'emprise qu'avait laissée dans son esprit la forte éducation anatomique de sa jeunesse se retrouve en maints endroits de l'œuvre de M. Rochard. Je pense qu'il n'est pas un chirurgien de ma génération, et sans doute de celles qui l'ont précédée ou suivie, qui n'ait scrupuleusement appris comment on peut, d'après Rochard, repérer sur la cage thoracique la direction et la place des scissures pulmonaires.

On trouve le reflet de ces recherches anatomiques dans quelques-unes des œuvres de M. Rochard. Ne fut-il pas récompensé en 1892 par l'Académie de médecine pour avoir écrit un important travail sur le *Traitement chirurgical de la pleurésie purulente interlobaire*, qui était bien, comme il l'écrivait en sous-titre, une contribution à la chirurgie pulmonaire ? Ne s'attachait-il pas, en effet, à y chercher les signes qui devaient permettre, à une époque où, ne disposant pas de la radiologie, on devait se contenter des seuls symptômes cliniques, de différencier l'abcès du poumon de la pleurésie interlobaire ?

. . . .

Il marchait encore de l'avant lorsque, avec M. Edouard Schwartz, il montrait qu'il fallait traiter les hernies diaphragmatiques étranglées à la fois par une laparotomie, pour pouvoir affirmer le diagnostic, et par une intervention transpleurale qui, seule, permettait un traitement correct du sac intrathoracique et la fermeture de la brèche diaphragmatique.

L'anatomiste, comme il convient, influençait encore l'opérateur. Rien ne le démontre mieux que le procédé original que M. Rochard appliquait à la résection du genou. Il avait acquis dans cette intervention, pour laquelle il avait un penchant tout spécial, une si grande virtuosité, qu'à une époque où les indications de cette opération étaient encore limitées dans l'esprit et dans la pratique de nombreux chirurgiens, il n'hésitait pas à l'employer là où beaucoup de ses collègues se seraient récusés. Les succès qu'il obtenait si régulièrement démontraient à la fois la justesse de ses conceptions et l'excellence de sa technique.

On serait certainement surpris qu'un esprit aussi réceptif n'ait pas cherché en dehors de sa carrière des satisfactions

de nature à le contenter. De fait, Rochard eut toujours la curiosité de tout ce qui touchait à l'art et à la littérature, et parmi toutes les séductions dont il était doué, l'étendue de sa culture n'était pas une des moindres. On pouvait le voir, une soirée durant, se passionner en récitant des vers, et rien ne lui était plus agréable que d'avoir en face de lui un partenaire capable de lui donner la réplique. Comme toutes les natures sensibles, il lui arrivait de ne pouvoir garder pour lui seul les vives impressions que provoquaient en lui tout ce qu'il voyait, tout ce qu'il entendait, tout ce qu'il lisait. Il éprouvait alors le besoin de les confier à sa plume. Un de ses vieux amis du journal *Le Temps* recueillait sa prose, tandis que M. Gordon Bennet qui lui était tout particulièrement reconnaissant, offrait à ses vers l'hospitalité du *New-York Herald*.

Peut-être M. Eugène Rochard tenait-il de son père ce goût d'écrire, ce culte du beau langage qu'il exerça sans cesse. M. Jules Rochard, en effet, fut non seulement un orateur disert et recherché, mais encore un de nos grands écrivains médicaux. Pour en avoir la preuve, il n'est que de lire le *Traité d'histoire de la Chirurgie française* où se trouvent minutieusement relatés, dans un style d'une belle ligne classique, tous les travaux de nos pères, ceux à qui nous devons, entre autres, d'avoir vu notre vieille Société nationale de Chirurgie redevenir comme autrefois l'Académie de Chirurgie.

. . . .

*
* *

Sans doute, pour l'avoir trop fréquentée, M. Rochard appréhendait la maladie. Lorsqu'elle l'atteignit à son tour, il s'efforça tout d'abord d'en écarter l'idée. Il ne voulait pas de conseils, encore moins d'assistance. Il ne désirait que l'illusion. Tout ce que mon père, avec sa chaude amitié, put tenter pour le décider, resta longtemps sans effet. Quand il se résolut enfin à se remettre entre nos mains, nous ne pûmes que constater que notre secours serait vain et, la mort dans l'âme, il fallut nous résigner à lui rendre aussi doux que possible le dernier passage. Mais, telle est en l'homme la force de l'espérance, l'aspiration vers la vie qu'il ne sut jamais ce qu'il craignait tant d'apprendre. J'ai pu mesurer, à son chevet, de quel prodigieux pouvoir le médecin est doué. Il y a dans sa mission, quand elle est bien remplie, quelque chose de divin. Il symbolise le salut, la résurrection et de lui l'on attend le miracle. Il vous est sans doute arrivé d'être effrayés vous-mêmes de cette toute-puissance et vous vous êtes sentis contraints de méditer sur l'éminente dignité de notre profession, comme aussi sur les stricts devoirs auxquels elle nous astreint.

Ainsi, jusque dans sa mort, M. Rochard me dispensa ses leçons. Au travers de sa personne, il m'aura fait voir ce que peut être, ce que doit être la chirurgie, quelles responsabilités elle impose, quels sacrifices elle exige, quelle grandeur elle représente. La méthode si simple, si claire et si efficace avec laquelle il savait reconnaître les maladies et leur appliquer le plus judicieux traitement m'en montrait le côté intelligent, tandis que la bonté qui s'épanouissait dans toutes les manifestations de son art m'en faisait apprécier l'aspect émouvant et sensible, et pour tout dire humain. A ces traits, vous reconnaîtrez sans doute les belles traditions dont vous vous honorez de conserver le culte, et c'est parce que M. Eugène Rochard s'en montra également un fidèle observateur qu'il a bien servi non seulement la chirurgie française, mais aussi le noble nom qu'il portait.

Grossesse et formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire, par le Dr Charles Léonardi, ancien interne du sanatorium F. Mangini (Hauteville). Préface du Dr F. Dumarest. 1 vol. in-8° de 214 pages. — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le traitement de la dilatation des bronches, par le Dr R. Kourilsky, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° de 40 pages. Prix : 10 fr. Collection : les Thérapeutiques nouvelles. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris 6e.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1935)

Anémies spléniques hémolytiques. — M. J. HUBER rappelle que M. Chauffard caractérisait la nature hérédo-syphilitique de certains ictères hémolytiques par un certain nombre de stigmates. L'auteur insiste sur l'inefficacité habituelle de la cure spécifique de ces dystrophies sanguines et sur la grande valeur de signes hématologiques pour poser l'indication de la splénectomie.

Cirrhose pigmentaire. Rétrocession prononcée de la mélanodermie en 4 mois, sous l'influence de l'acide ascorbique. — MM. LAYANI, RAVINA, DOMART et ORINSTEIN. Observation d'un cas de cirrhose pigmentaire avec mélanodermie, très améliorée par la prise en 4 mois de 2 grammes d'acide ascorbique. La mélanodermie surtout rétrocéda très notablement.

Bradycardies sinusales d'origine digestive. — MM. MARCHAL, SOULIÉ et ROY. — 5 cas de bradycardies digestives avec accidents nerveux. A retenir les détails suivants :

1° La bradycardie par lésion de la branche gauche du pneumogastrique peut s'observer dans les lésions ulcéreuses du bulbe duodénal.

2° La bradycardie peut être précoce, précédant les troubles fonctionnels ulcéreux.

3° Elle s'accentue avec les poussées évolutives de l'ulcère, douloureuses ou hémorrhagiques.

4° Il s'agit de bradycardie sinusale simple, mais parfois surviennent des troubles de la conductibilité auriculo-ventriculaire.

5° Dans certains cas il s'agit de véritable syndrome de Stokes-Adam d'origine digestive.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Réponses à des questions écrites.

DÉCLARATION DE REVENU

13928. — M. Eugène Pierre, député, demande à **M. le Ministre des Finances :** 1° si un contrôleur des contributions directes a le droit de refuser à un docteur, n'ayant pas de clientèle propre, mais travaillant uniquement pour le compte de deux sociétés, soit chez lui, soit chez les malades, l'admission, en déduction des salaires perçus, des frais professionnels inhérents à sa profession ; 2° si le même fonctionnaire a le droit, sous prétexte que la profession envisagée ne figure pas dans l'arrêté du ministre des Finances prévu par l'article 64 des lois codifiées, de n'admettre ces frais professionnels que jusqu'à concurrence de 10 p. 100 du montant des salaires ; 3° à quels moyens peut avoir recours le contribuable ci-dessus visé pour faire admettre, par son contrôleur, la déduction exacte des frais occasionnés par l'exercice de la profession ? (*Question du 30 septembre* 1935.)

Réponse. — La dernière phrase de l'article 64 du code général des impôts directs qui prévoyait que, pour les catégories de professions salariées comportant normalement un pourcentage de frais supérieur à 10 p. 100 du revenu brut le taux et le maximum de la déduction forfaitaire seraient fixés par arrêté du ministre des Finances vient d'être remplacée, avec effet du 1er janvier 1935, par une disposition suivant laquelle les contribuables passibles de l'impôt sur les traitements et salaires sont admis à justifier du montant de leurs frais réels (art. 2 du décret-loi du 30 octobre 1935, n° 4 du ministère des Finances). Par suite, le médecin envisagé peut valablement demander au contrôleur que son imposition de 1935 soit établie sous déduction des frais inhérents à sa profession qu'il a réellement supportés en 1934, à condition de fournir à cet égard toutes justifications utiles. Si l'imposition figure déjà dans les rôles, l'intéressé devra adresser une demande en réduction au directeur des contributions directes de son département. (*J. O.*, 17 janvier 1936.)

13647. — M. Campinchi, député, demande à **M. le ministre des Finances** si les professeurs de l'Université qui viennent de soutenir des thèses de doctorat entraînant des frais d'impression importants sont en droit de défalquer, pièces comptables à l'appui, de leur déclaration de revenus, le montant de ces frais qui ne représentent qu'une partie des dépenses engagées pour mener à bien leurs travaux. (*Question du 1er août* 1935.)

Réponse. — Les dépenses supportées par des professeurs pour l'impression de leurs thèses de doctorat — déduction faite, le cas échéant, des subventions reçues à cette occasion — peuvent être déduites de leurs émoluments bruts pour l'établissement de l'impôt dans la mesure où, ajoutées aux autres dépenses inhérentes à leurs fonctions, elles excèdent la déduction forfaitaire de 10 p. 100 normalement applicable (code général des impôts directs, art. 64 modifié par le décret-loi du 30 octobre 1935, ministère des Finances, n° 4). Mais les intéressés ne devraient pas manquer ultérieurement de faire entrer dans le décompte de leurs revenus les profits qu'ils viendraient à retirer de la vente d'exemplaires de leur ouvrage. (*J. O.*, 30 janvier 1936.)

DIPLOMES DE SAGES-FEMMES

3379. — M. Justin Godart, sénateur, demande à **M. le Ministre de la Santé publique et de l'Education physique** si les sages-femmes sont tenues de faire vérifier et authentifier leur diplôme en vertu de la loi du 30 juin 1935 relative à l'exercice de la médecine. (*Question du 26 décembre* 1935.)

Réponse. — Réponse négative. (*J. O.*, 17 janvier 1936.)

NOTES POUR L'INTERNAT

ASTHME

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

L'asthme est un syndrome respiratoire caractérisé par des crises de dyspnée paroxystique, bradypnée à prédominance expiratoire avec expectoration particulière.

Fréquent, il est remarquable par :

La multiplicité de ses formes ; le caractère capricieux de son évolution ; les problèmes pathogéniques et thérapeutiques délicats qu'il soulève.

SYMPTOMES

1° La description la plus nette en est fournie par l'asthme de l'adulte, dans sa forme classique, survenant chez un jeune, en bonne santé apparente, et qu'on peut étudier dans toute sa pureté au début de son évolution.

Il se compose d'une série de crises paroxystiques, sur l'aspect desquelles se fonde en grande partie le diagnostic clinique, et de périodes intercalaires, pendant lesquelles la maladie est réduite au minimum, et qui permettent un examen complet pour préciser une étiologie souvent difficile, mais sur laquelle se base un traitement pathogénique, le seul efficace.

a) *La crise d'asthme.* — a) Parfois précédée de *prodromes*, toujours les mêmes pour un même malade : troubles digestifs : flatulences, salivation de saveur particulière, pesanteurs à l'épigastre, troubles nerveux : agitation, inquiétude, tendance à la somnolence ; éternuements, picotements laryngés.

Assez souvent, on trouve une cause occasionnelle : froid, surmenage, excès alimentaire.

b) Mais en règle, *l'asthmatique se couche en bonne santé.*

1° Début : *phase sèche.*

Dans les premières heures de la nuit, le malade est réveillé par une gêne respiratoire :

D'abord oppression légère, cédant à la station assise ; bientôt croissante, atteignant en quelques minutes son apogée.

La dyspnée est à son maximum : le malade est pâle, avec des plaques de cyanose, couvert de sueur, les jugulaires tendues, les yeux injectés ; la bradypnée prédomine sur l'expiration, qui est sifflante.

Toute pause respiratoire a disparu ; l'inspiration est petite, courte ; le thorax est distendu, en inspiration forcée, hypersonore.

A l'auscultation : l'expiration est prolongée, l'inspiration courte, humée, à peine perceptible. Au bout d'une demi-heure environ, on commence à entendre des sibilances qui vont en croissant.

Par ailleurs : pas de fièvre ; un pouls régulier ; un cœur normal.

Si l'on voit le malade à cette période, le diagnostic s'impose. Une piqûre d'évathmine arrête bien souvent la crise.

2° Sinon, au bout d'une à trois heures, *la phase sécrétoire* va succéder à cet état spasmodique « sec ».

La dyspnée et l'angoisse diminuent.

Le malade tousse : toux quinteuse.

Enfin apparaît l'*expectoration* spéciale : quelques rares crachats grisâtres, demi-transparents, gluants, pelotonnés, crachats « perlés » de Laënnec, dont l'examen fournira le lendemain la preuve du diagnostic.

L'auscultation révèle des râles ronflants et sibilants disséminés (classique « bruit de pigeonnier »).

La crise se termine par quelques phénomènes critiques : éructations, miction.

c) Le lendemain, on constate un peu de bouffissure du visage, de la courbature, de l'asthénie, quelques sibilances, une hépatomégalie douloureuse discrète, témoin d'une fatigue cardiaque (Villaret).

L'examen des crachats montre : un fond de mucus hyalin ; des cellules bronchiques plus ou moins intactes ; des spirales de Curschmann ; des cristaux de Charcot-Leyden, brillants, octaédriques, et surtout : des éosinophiles, prédominants, parfois uniques : soit polynucléaires éosinophiles du sang ; soit cellules à noyau multilobé pycnotique ; soit cellules éosinophiles mononucléées.

Ils sont intacts ou altérés (éclatés).

Ils constituent pour certains le *véritable test biologique de la crise.*

Parallèlement, on trouve dans le sang : une augmentation des éosinophiles (jusqu'à 15 et 20 p. 100) à la fin de l'accès ; il persiste ensuite une éosinophilie sanguine modérée (3 à 5 p. 100).

Cette éosinophilie sanguine est fréquente, mais non constante pour tous les auteurs.

Enfin, parfois on retrouve au moment de la crise les signes du choc colloïdo-clasique : leucopénie avec inversion de la formule ; abaissement de l'indice réfractométrique du sérum ; troubles de la coagulation.

B) *L'attaque d'asthme.* — Le plus souvent, se reproduisent 4 à 10 crises identiques, les nuits suivantes, aux mêmes heures.

Elles décroissent d'intensité.

Elles peuvent être reliées entre elles par un fond d'oppression continue et de catarrhe persistant.

C) *Dans l'intervalle des accès :* une série d'examens devront être pratiqués pour rechercher la cause, et baser un traitement ; examen complet : en particulier système nerveux, appareil respiratoire, et même endocrinien ; précision des antécédents personnels, héréditaires et collatéraux.

D) *Evolution.* — Des plus variables : 1° guérison : par le traitement ; parfois, à l'occasion d'une maladie fébrile intercurrente ;

2° Répétition des accès plus ou moins grande : d'abord accès identiques et typiques, au cours desquels la *mort subite* est possible ; puis à la longue : *phase d'asthme vieilli* : les crises peuvent disparaître avec l'âge ou être remplacées par d'autres manifestations, sur lesquelles nous reviendrons.

3° Plus souvent *asthme intriqué.* — Deux caractères capitaux : a) Les crises perdent leur caractère typique.

Elles se répètent, se modifient dans leur allure.

Elles deviennent plus longues, plus tenaces, moins violentes, prenant plutôt le type d'épisodes broncho-pulmonaires qui surviennent à l'occasion de refroidissement, de petites infections grippales saisonnières : la dyspnée est moins intense ; de moins en moins paroxystique, plus durable.

On trouve une expectoration muco-purulente, d'où peuvent disparaître les éosinophiles ;

A l'auscultation, des signes de bronchite banale avec de petits foyers de râles muqueux.

b) Dans l'intervalle, persistent des troubles respiratoires permanents : dyspnée d'effort, bronchite durable, tableau banal d'emphysème, de sclérose pulmonaire.

Les crises se modifient, par les lésions pulmonaires comme par les intoxications thérapeutiques (morphine, évathmine) ; des crises typiques pouvant alterner avec des accès atypiques.

Au bout de longues années, apparaît :

4° La *défaillance cardiaque :* asystolie du cœur droit, avec dyspnée, cyanose, gros foie, plus ou moins rapidement irréductible et entraînant la mort.

Tels sont les signes et l'évolution de l'asthme classique de l'adulte.

Le pronostic fonctionnel en est assez mauvais.

Le pronostic vital, assez bon, car l'évolution en est lente, à part le danger de mort subite (4 cas signalés).

II. Formes symptomatiques. — Au syndrome fondamental, chaque sujet peut surajouter des accidents variés.

A) Tel malade présentera des *prodromes bruyants*, très variables d'ailleurs : coryza, sensation d'obstruction nasale; secousses de toux quinteuse ; signes nerveux : agitation d'allure pithiatique ; troubles digestifs.

B) Tel autre, des *modifications de la crise elle-même* : a) apparition d'un foyer de râles bulleux bien localisé, faisant croire à une infection alvéolaire ;

b) Peu d'expectoration : *asthme sec ;*

c) Expectoration abondante, où les éosinophiles paraissent rares : *asthme humide*, qu'une légère élévation de température associée a pu faire appeler asthme bronchitique par les anciens ;

d) Au début des attaques, durant les premières surtout, certains sujets ne présentent aucun signe physique ou fonctionnel respiratoire associé : *asthme pur ;*

e) Suivant l'*horaire* : asthme diurne, nocturne.

(*A suivre.*) R. TROTOT.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 12. — SAMEDI 8 FEVRIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : **Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ÉTRANGER
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Etudiants : **25** francs par an.	Tous les autres pays : **75** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (admissibilité). — Jury : MM. Darré, Gautier, Apert, Jacob, de Massary, Boidin, P.-E. Weil, Herscher, Rist, Binet, Etienne Bernard, Cathala.

Censeurs : MM. Hamburger, Pichon, Julien Marie, Clément, Lamy, Caroli, Bourgeois, Azerad.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX (admissibilité). — Jury : MM. Mouchet, Capette, Robert Monod, Desplas, Leveuf, de Gaudart d'Allaines, Petit-Dutaillis.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral*. — Séance du 4 février. — Questions données : « Signes et diagnostic de l'intoxication mercurielle aiguë. — Formes cliniques et traitement des arthrites gonococciques du genou. »

MM. Martinon, 15,7 ; Meyer (Henri), 19,5 ; Fischgrund, 17,5 ; Mlle Casalis, 19,3 ; M. Gahen (Jacques), 16,8 ; Mlle Brille, 19,4 ; MM. Taveau, 20,5 ; Bourdin, 17,5 ; Chappelart, 11.

— PRIX CIVIALE. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Nobécourt, Guillemot, Chevassu, Lardennois.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Après concours, le docteur Roger Cade a été nommé chef de laboratoire de radiologie.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Les épreuves de thérapeutique (5e année 1936) commenceront le jeudi 27 février. — Ecrit : 27 et 28 février. — Oral : à partir du 2 mars. — Affichage : 19 février.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de physique médicale à l'Ecole de plein exercice et de pharmacie de Tours s'ouvrira le lundi 19 octobre 1936 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours sera ouvert le 23 juin 1936, à 8 h., pour l'emploi d'élève de l'Ecole du Service de santé militaire.

Le nombre des élèves à admettre à la suite du concours de 1936 est fixé comme suit :

A. *Section métropolitaine*. — Cent quinze pour les étudiants en médecine (étudiants à 4 inscriptions et étudiants P. C. B.).

Trois pour les étudiants en pharmacie (stagiaires et candidats à 4 inscriptions).

B. *Section médecine, troupes coloniales*. — Dix pour les étudiants en médecine (étudiants P. C. B.).

Nota. — Tous les élèves admis, soit dans la section métropolitaine, soit dans la section médecine, troupes coloniales, devront effectuer leur scolarité devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Pour renseignements, s'adresser : soit au ministère de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau, personnel) ; soit aux directeurs du Service de santé des régions.

ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — Les prochaines assises nationales auront lieu le dimanche 1er mars 1936, à l'Hôtel-Dieu de Paris, amphithéâtre Trousseau, sous la présidence du médecin général inspecteur Rouvillois, membre de l'Académie de médecine, président de l'Académie de chirurgie. La séance sera consacrée à l'*abcès de fixation*.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Georges Küss, ancien interne des hôpitaux (1893), officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, 107, rue Lafayette.

Voyage médical au plus grand Maroc. (Pâques 1936.) — Un voyage réservé aux médecins et aux personnes spécialement recommandées par eux, sera organisé à Pâques, au Maroc. De programme inédit, il aura ceci de particulier, qu'outre les endroits classiques, il visitera des régions, nouvellement ouvertes à la colonisation, du Riff, du Grand Atlas et du Souss. Itinéraire : Tanger, Tétouan (Maroc espagnol), Ouezzan, route du Riff, Fès, Moulay-Idriss, Volubilis, Rabat, Marrakech, traversée complète du Grand Atlas par le col de Tizni-Test, Taroudant (chef-lieu du Souss), Agadir, Mogador, Safi, Mazagan, Azemmour, Casablanca. Le départ aura lieu de Marseille le 4 avril, le retour dans le même port, le 21 avril. Prix forfaitaire : 3.885 francs français.

S'adresser de notre part à la Section des Voyages de *Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

CHRONIQUE

L'INAUGURATION DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

L'Académie de chirurgie a tenu mercredi soir, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sa séance inaugurale. La cérémonie a eu lieu en présence de M. Albert Lebrun, Président de la République et sous la présidence de M. Paganon, ancien ministre.

Sur l'estrade, avaient pris place à la droite de M. Paganon, le professeur Antonin Gosset, MM. Lacroix, Leclainche, J.-L. Faure, représentant l'Académie des Sciences, Louis Martin, Mourier, Rouvillois. A la gauche, M. Pierre Fredet, président de l'Académie de chirurgie, M. le maréchal Pétain et M. Georges Duhamel, de l'Académie française, M. Bénac, M. le professeur Hartmann, président, et M. le professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine, Mgr de la Serre, vice-recteur de l'Institut catholique, et M. Rist.

Aux côtés du Président de la République, les présidents des deux Chambres, le ministre de la Santé publique et le sous-secrétaire d'Etat à l'Intérieur, et le corps diplomatique ayant à sa tête son doyen, S. E. le cardinal Maglione, pro-nonce apostolique.

Derrière le bureau, la foule colorée des robes des professeurs et des habits brodés des académiciens. Toutes les facultés et les écoles de province et de l'étranger sont représentées, ainsi que les sociétés de chirurgie.

On remarque particulièrement derrière le Président Mme la Maréchale Lyautey, M. Auguste Lumière et le vénéré professeur Forgue (de Montpellier).

La musique de la garde exécute la *Marseillaise*. La séance est ouverte.

M. Pierre Fredet, président de l'Académie, prononce le premier discours.

Après avoir remercié le Président de la République d'avoir honoré de sa présence cette inauguration, l'orateur salue particulièrement M. le maréchal Pétain, qui est l'objet d'une émouvante manifestation de la part de l'assemblée. M. Fredet rappelle ensuite la longue suite des travaux des membres de la Société de chirurgie.

Il n'oublie pas ceux qui furent les aides des chirurgiens et il se tourne vers les grandes travées remplies par les élèves du Val de Grâce, par des médecins de la marine, par des étudiants, par les infirmières des trois sociétés de la Croix Rouge, par des infirmiers et infirmières des hôpitaux de Paris, enfin par les internes des hôpitaux. Fredet les appelle « nos enfants spirituels ». Le mot est très applaudi ainsi que les remerciements adressés à Gosset, à qui nous pourrions sans aucun doute appliquer le nom de « Père spirituel » de l'Académie de chirurgie.

Le professeur Gosset, président du Conseil d'administration de l'Académie succède à M. Fredet, il retrace l'histoire de la transformation de la Société de chirurgie et montre que la nouvelle Académie aux cadres élargis, accueillera bientôt des savants non chirurgiens, mais dont les travaux seront utiles aux progrès de la chirurgie. Amené à parler de l'âme du chirurgien, il fait acclamer les noms de ceux qui la connaissent si bien : J.-L. Faure et Georges Duhamel.

La remise des *adresses* des sociétés françaises et étrangères a lieu ensuite : l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, le Muséum, les Sociétés de chirurgie de Lyon, Bordeaux, Marseille, Toulouse, celle-ci représentée par notre ancien collègue Dambrin.

Voici les délégués étrangers : la Belgique, avec Debaizieux et Lambotte fort applaudis.

Le Brésil, le Canada représenté par notre ami le professeur Grondin (de Montréal), Cuba, le Danemark, la Grande-Bretagne, la Grèce, la Hollande, l'Italie : l'apparition du professeur Giordano (de Venise), est saluée par une ovation très prolongée et émouvante. Puis c'est la Pologne représentée par notre ami Ockynczyc, la Roumanie par notre ancien collègue Daniel (de Bucarest), la Suisse, l'U. R. S. S., la Yougoslavie. Le professeur Sauerbruch (de Berlin) apporte enfin au milieu des applaudissements l'adresse de l'Allemagne.

Après la remise des adresses, M. Louis Bazy, secrétaire général lit son discours consacré à « Deux siècles de chirurgie française ». On trouvera plus loin le texte in extenso de ces belles pages.

M. Paganon, qui partagea avec Gosset bien des soucis, raconte avec esprit les difficultés auxquelles il se heurta, et il dit sa joie d'assister aujourd'hui à la réalisation de l'œuvre entreprise.

« Les ministres passent, dit-il, les décisions restent... », réflexion qui est réconfortante pour l'Académie de chirurgie, mais qui ne laisse pas d'être inquiétante à bien d'autres points de vue.

M. Paganon dit enfin — comme civil — tout le bien qu'il pense des chirurgiens et le prix qu'il attache à l'amitié du professeur Gosset.

F. L. S.

DEUX SIÈCLES DE CHIRURGIE FRANÇAISE [1]

Par M. Louis BAZY,
Secrétaire général de l'Académie de chirurgie.

Messieurs,

L'Histoire est un perpétuel renouveau. Si elle nous apporte de rudes leçons de modestie, elle n'est pas non plus sans conseiller l'espérance en montrant que, quel que soit le temps où on les considère, les hommes sont toujours animés par les mêmes passions, et que les mêmes événements ne laissent jamais de provoquer les mêmes réactions. Elle enseigne encore que rien de grand, de bienfaisant et de durable ne se fait sans la Foi. En se penchant sur leur passé, les chirurgiens pourront précisément constater, avec quelque fierté sans doute, que l'évolution des institutions chirurgicales au cours de ces deux derniers siècles, n'est qu'un long, un perpétuel acte de Foi, comme en témoigne la circonstance qui nous réunit aujourd'hui.

Qui pourrait nier qu'il ne fallut vraiment croire dans les destinées de l'Art chirurgical pour oser, en 1731, comme le fit Mareschal, premier chirurgien du roi, solliciter de Louis XV la fondation de cette première Académie royale de Chirurgie, dont l'action devait être bientôt si féconde en résultats que Voltaire, constatant son rayonnement universel, a pu dire, avec le juste choix des mots qui caractérise le grand écrivain « qu'on venait à Paris des bouts de l'Europe pour toutes les cures et opérations qui demandaient une dextérité peu commune ».

Une dextérité peu commune, c'était là, Messieurs, il faut l'avouer, le principal mérite de nos chirurgiens d'autrefois, qui devaient suppléer, par la sûreté de la main, à tous les manques qui grevaient alors si lourdement la médecine et la chirurgie dans leur perpétuel combat contre la souffrance et la maladie. Point d'anesthésie, point d'antisepsie, pas de moyens d'assurer l'arrêt régulier des hémorragies ; aucune idée de ce qu'étaient l'infection et ses causes.

Difficile dans sa technique, dépourvu de toute organisation satisfaisante, l'exercice de la chirurgie se trouvait abandonné à des praticiens de toute origine. Si quelques docteurs de la Faculté de médecine le pratiquaient à l'occasion, il y avait surtout les chirurgiens barbiers et les religieux dont le plus célèbre fut le frère Jacques qui, particulièrement habile dans l'opération de la pierre, était, comme on disait de son temps, un lithotomiste.

L'art chirurgical ne faisait l'objet d'aucun enseignement officiel. Les chirurgiens constituaient une corporation comme les autres, où les apprentis ne devaient qu'à leur seul génie de devenir un jour des maîtres.

La chirurgie était un métier, pas tout à fait un art, encore moins une science. Mais, chose étonnante et bien digne d'admiration, il se trouvait parmi ces hommes qui se formaient ainsi eux-mêmes, des esprits d'un rare mérite, d'une indépendance et d'une honnêteté auxquels chacun se plaisait à rendre hommage. Ils avaient l'amour et le respect de leur profession et ils le firent bien voir, jusqu'aux plus grands.

Certains même, s'élevant au-dessus du commun, ne brillaient pas seulement par leur habileté manuelle, mais aussi par l'excellence de leurs conseils et la justesse de leurs raisonnements. Ils justifiaient ainsi leurs deux belles devises :

Mentis manusque par opus.
Consilioque manuque.

(1) Discours prononcé à la Séance solennelle d'inauguration de l'Académie de chirurgie, le mercredi 5 février, à la Sorbonne.

C'est l'honneur de *Mareschal* d'avoir compris la nécessité d'organiser l'enseignement méthodique de la chirurgie, jusque-là abandonnée au plus redoutable empirisme. Dès 1724, il s'était préoccupé de constituer une équipe de démonstrateurs royaux. Mais ce n'est qu'en 1731 qu'il parvint, après plusieurs années de réflexion, à faire admettre l'utilité d'une Académie de Chirurgie, et réussit à lui faire enfin prendre corps.

Comme beaucoup d'idées longuement méditées, la création de la première Académie de Chirurgie ne put avoir lieu qu'à la suite d'un événement en apparence peu important.

Un jeune chirurgien, *Morand*, homme de talent, petit-neveu par alliance de Mareschal, était allé en Angleterre pour étudier, auprès du célèbre Cheselden, une nouvelle méthode d'ablation des calculs de la vessie, inspirée de celle qu'avait utilisée autrefois le frère Jacques, et que l'on nommait alors « la taille par l'appareil latéral ».

A son retour d'Angleterre, Morand obtint de Mareschal l'autorisation d'expérimenter cette méthode. Ses premières interventions furent couronnées de succès. Mais un échec retentissant vint ralentir l'enthousiasme qui avait accueilli à ses débuts cette innovation audacieuse. Le 27 avril 1731, le commandeur Michel de Forbin, chevalier de Janson, mourut six jours après son opération.

Cette mort déchaîna une vive polémique qui fut l'occasion de nombreux articles parus dans le *Mercure de France*. Ces discussions passionnées eurent toutefois un avantage. Mareschal et son survivancier *La Peyronie* songèrent, en effet, qu'il serait sage de confier l'examen des nouvelles méthodes opératoires à une assemblée de praticiens expérimentés. Depuis le commencement du siècle, leur art avait réalisé d'importants progrès ; mais les perfectionnements apportés aux divers procédés chirurgicaux n'étaient connus que de quelques initiés : l'Académie de Chirurgie à laquelle ils songeaient recevrait la mission de les recueillir et de les divulguer. Déjà, en 1666, Colbert avait fondé l'Académie des Sciences et c'est en la prenant pour modèle que les deux premiers chirurgiens du roi conçurent l'idée d'un établissement du même genre où seraient discutées les innovations de l'art opératoire. Le secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, Fontenelle, leur communiqua les règlements de cette Compagnie et ils s'en inspirèrent pour rédiger ceux de l'Académie de Chirurgie, qui obtinrent l'agrément du roi.

L'Académie avait « pour but de s'occuper de perfectionner la pratique de la chirurgie, principalement par l'expérience et par l'observation », et les statuts prenaient soin d'ajouter « qu'elle aurait encore attention de s'associer les chirurgiens du royaume et des pays étrangers qui se distinguent le plus dans l'art de la chirurgie ».

Il n'était naturellement pas question de coopération internationale, à cette époque. Mais n'est-il pas très remarquable de constater que, sous Louis XV, ce sont des chirurgiens français qui, en souhaitant la collaboration avec leurs plus illustres collègues étrangers et en leur ouvrant largement les portes de l'Académie, ont, les premiers, témoigné qu'en matière de science et d'humanité, il ne saurait y avoir de frontières ?

Toutefois, comme il arrive trop souvent, la naissance de la nouvelle Académie n'alla pas sans soulever des oppositions assez vives, à l'intérieur du royaume. Beaucoup de praticiens ne cachèrent pas leur inquiétude, car le choix de Mareschal pouvait devenir celui du public, et ils craignaient que leur clientèle ne diminuât au profit des Académiciens.

Les prévôts de la confrérie de Saint-Côme entreprirent de lutter contre « ce monstre engendré dans le sein de leur Compagnie », et ils annoncèrent qu'au jour et à l'heure où devait se réunir l'Académie, il y aurait pour tous leurs élèves une démonstration obligatoire d'anatomie.

Mareschal n'était pas personnage à se laisser rebuter. Chirurgien de Louis XIV, puis du Régent, appelé à donner ses soins à Louis XV, dans son enfance, il était de ces hommes comme notre profession eut le bonheur d'en rencontrer plus d'un dans ses rangs, qui surent mettre au service de leur art la confiance qu'ils avaient inspirée aux puissants de ce monde. Il obtint donc du roi que M. de Maurepas, son ministre, écrivît au Collège de Saint-Côme :

« La Société académique de chirurgie devant tenir ses assemblées, Monsieur, à Saint-Côme, tous les mardis depuis 3 heures après-midi jusqu'à 5 heures, l'intention du roi est que ce jour-là les prévôts de Saint-Côme ne puissent indiquer d'autres exercices pendant le temps destiné pour ces assemblées ; vous voudrez bien les en faire avertir afin qu'ils s'y conforment. »

Mareschal ne négligea rien d'ailleurs pour que l'Académie qu'il avait créée pût rendre tous les services qu'on était en droit d'en attendre. Il déploya dans ce sens les qualités les plus éminentes, « mettant tout en œuvre pour vaincre » et « agissant avec la plus grande ardeur ». Ses ennemis, « désespérant de lui faire perdre courage », parlent de son audace et de son esprit toujours avide de perpétuelles nouveautés ; on conviendra que cette critique constituait le plus bel hommage au caractère de cet homme.

Mais sont-ce là, Messieurs, les qualités requises de tout temps pour fonder des Académies ?

***

Si l'Académie de Chirurgie joua bientôt le rôle considérable auquel sa raison d'être la portait, elle n'en connut pas moins, malheureusement, bien des écueils et cette hostilité si fréquente, que les rivalités entre les hommes opposent trop souvent aux institutions les meilleures, les plus raisonnables, les plus justes. Mais, dans l'ensemble son action ne tarda pas à produire les fruits que l'on pouvait espérer d'elle. C'est ici que l'on doit souligner le rôle important et l'influence décisive d'un des premiers membres de l'Académie, qui fut pendant de longues années son secrétaire perpétuel, Antoine Louis. C'est lui qui imposa à l'Académie ses premières méthodes de travail et son règlement.

Louis n'était pas seulement un grand chirurgien, un professeur d'un immense talent. Sa culture l'avait fait choisir par Diderot et d'Alembert pour collaborer à l'Encyclopédie.

L'Académie recevait de tous les points de France et même de l'étranger des mémoires qui lui étaient adressés par tous ceux qui s'efforçaient de contribuer aux progrès de la chirurgie.

Elle les étudiait, les commentait et faisait connaître son opinion à leurs auteurs par des lettres dont la rédaction était confiée au secrétaire perpétuel.

Les lettres de Louis forment trois volumineux cahiers, entièrement écrits de sa main et qui contiennent les copies de toutes les consultations qu'il avait ainsi rendues au nom de l'Académie. Elles constituent un recueil d'un prix inestimable. L'Académie elle-même y résume en peu de mots ses jugements sur les mémoires qui avaient été soumis à son examen et l'on y trouve une critique courtoise, bienveillante, hautement consciente de sa mission et qui ne transige jamais avec ses devoirs.

On comprendra l'importance de pareils écrits à une époque où il n'existait encore aucun traité de chirurgie et où les travaux d'imprimerie ne s'exécutaient qu'avec lenteur. Il ne pouvait alors être question de publier des journaux de médecine qui rendissent compte, au jour le jour, des progrès de la science chirurgicale.

Les lettres académiques de Louis doivent donc être considérées comme un véritable cours de chirurgie critique et didactique ; ainsi que le dit Jules Rochard dans son *Histoire de la Chirurgie française* : « l'Académie royale dictait et Louis tenait la plume. »

Le succès rencontré par l'Académie de Chirurgie fut si grand dès son origine, qu'il est piquant de constater qu'une Académie de médecine faillit voir le jour vers la même époque, à la demande et sur l'initiative de Chirac, alors premier médecin du roi. Mais il mourut avant d'avoir réussi dans son entreprise, et son projet fut abandonné.

Le roi Louis XV, cependant, voulut témoigner à l'Académie royale de Chirurgie toute l'estime en laquelle il tenait ses travaux. Pour qu'elle occupât un local digne de sa réputation, il ordonna, en 1768, d'acheter le Collège de Bourgogne et sur son emplacement il fit bâtir, par Gondoin, un de ses meilleurs architectes, les bâtiments qui sont actuellement le siège de la Faculté de Médecine.

***

L'œuvre de l'Académie royale de Chirurgie fut considérable. Il y a six ans, deux maîtres qui sont l'orgueil de la nouvelle Académie de Chirurgie, vous l'ont retracée avec une éloquence à laquelle je ne saurais atteindre.

Dans une cérémonie dont nous avons gardé un souvenir reconnaissant, l'Académie de Médecine tint à célébrer, avec la Société nationale de Chirurgie, la commémoration du deuxième centenaire de leur commun ancêtre, l'Académie royale de Chirurgie. A cette occasion, le professeur J.-L. Faure, membre de l'Académie des Sciences, membre de l'Académie de Médecine en même temps que de l'Académie de Chirurgie, évoqua avec la chaleur d'expression qui l'a fait si souvent admirer, l'œuvre de l'Académie royale, tandis que le professeur Lenormant, qui honore à la fois l'Académie de Médecine et celle de Chirurgie et qui, descendant d'une lignée illustre dans la pensée française, tient d'elle, sans doute, le goût de la plus sûre érudition, nous en faisait revivre l'histoire. Vous n'éprouveriez que déception si je tentais de redire ce qu'ils ont déjà si parfaitement exprimé.

Après avoir brillé pendant soixante-deux ans d'un éclat toujours bienfaisant, malgré quelques intermittences, l'Académie royale de Chirurgie fut supprimée, en 1793, comme toutes les autres fondations savantes de l'ancien régime. Les hommes croient pouvoir anéantir ainsi d'un seul trait les institutions créées par la sagesse de leurs pères et dont un mauvais usage a seul, parfois, compromis la mission. Mais les besoins subsistent, toujours les mêmes et, parmi eux, au premier rang, celui des études collectives et de l'association scientifique. Pour pouvoir fournir à la nation les chirurgiens instruits qui lui étaient indispensables, on dut rétablir à Paris, à Montpellier et à Strasbourg, trois Ecoles de Santé. Les éléments épars de la Société royale de Médecine et de l'Académie royale de Chirurgie formèrent le projet de s'associer pour continuer, en commun, les travaux de ces deux corps et ranimer l'émulation si nécessaire qu'ils avaient autrefois fait naître. En 1796, naquit la Société de Santé qui, l'année suivante, prit le nom de Société de Médecine. C'est dans son sein que, vingt-quatre ans plus tard, devait se recruter l'Académie de Médecine.

***

Mais ce n'est pas à Paris, ce n'est pas dans le calme des grandes villes que battait à cette époque le cœur de la France. Tous les regards étaient tournés vers la frontière menacée par l'envahisseur. La Nation tout entière s'était dressée en armes, et, pour secourir leurs frères combattants, les chirurgiens les avaient suivis aux armées.

Vingt-deux années durant, depuis Valmy jusqu'à Waterloo, la plupart des chirurgiens célèbres et tous ceux qui étaient destinés à le devenir, passèrent sous les drapeaux. Comment s'étonner alors de l'hommage rendu de tout temps aux chirurgiens militaires de la République, du Consulat et de l'Empire ? Les étrangers eux-mêmes s'inclinaient devant notre supériorité, et partout où nos confrères

se trouvaient en rapport avec les médecins des armées ennemies, l'on put voir ceux-ci s'empresser d'observer leur pratique et de déférer à leurs conseils.

Au dehors des armées, certaines personnalités, comme Bichat en France, Jenner en Angleterre, entraînaient la médecine et la chirurgie dans des voies nouvelles et tendaient à en faire une science véritable. Mais il semble bien qu'au milieu de cet élan magnifique, la chirurgie fût quelque peu éclipsée. Les trois grandes lumières du XVIIIe siècle s'étaient éteintes en même temps. Louis avait laissé vide la place qu'il avait tenue dans la littérature chirurgicale ; Chopart et Desault n'avaient pas eu de successeurs dans l'enseignement pratique de la chirurgie.

Il faut attendre 1815, date à laquelle Dupuytren, par un labeur acharné et une ambition méthodiquement conduite, parvint à occuper la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, pour voir la chirurgie française reprendre le rang qui, si longtemps, avait été le sien. Dupuytren, certes, n'était pas parfait. Il n'avait rien de ce que l'on est convenu d'appeler aujourd'hui un savant. Mais il fut le type même du chirurgien parce qu'il fut avant tout un homme d'action et, comme l'on dit de nos jours, un réalisateur. Il entraînait la foule de ses élèves par l'ardeur de sa parole et leur donnait l'exemple par la précision de sa dextérité opératoire.

Dupuytren avait dominé tout son temps. Un pays, pour sa gloire et surtout pour son avenir, ne doit pas désirer de si exclusives primautés et de pareilles dictatures. Lorsqu'il mourut, en 1835, la chirurgie française connut une période de découragement et de stagnation. C'est en considérant de semblables carrières qui, telles des flambeaux, n'illuminent que le temps où elles brillent, que l'on conçoit mieux l'utilité des groupements scientifiques spécialisés, comme le fut la première Académie de Chirurgie et comme le sera la seconde, si je la juge par son passé déjà si fécond.

L'Académie royale de Chirurgie était, a dit Verneuil, « la première réunion homogène composée d'égaux poursuivant le même but et associant leur activité, leurs aptitudes, jusqu'à leurs qualités contraires pour atteindre la plus haute expression du travail collectif ». Rien ne peut, en effet, remplacer ces réunions où l'esprit de controverse se donne libre cours. La critique est une des conditions essentielles du progrès, en quelque domaine que ce soit. Elle oblige à creuser davantage les sujets que l'on doit exposer, elle contraint la pensée à plus de fermeté, elle fait voir des fautes de raisonnement qui passeraient, sans elle, inaperçues. Loin de la craindre, chacun se doit de la solliciter. Elle constitue parfois même le signe avant-coureur du succès. Une société est d'autant plus vivante qu'elle est mieux pénétrée de ces idées, et que ses membres appartiennent à des âges assez différents pour que les uns apportent l'expérience de leur maturité, tandis que les autres l'enrichissent de leur esprit d'entreprise et de leur juvénile enthousiasme.

*
**

Il faut bien dire qu'à la mort de Dupuytren, il n'existait pas de Compagnie scientifique répondant à cette définition. Dès sa naissance, en 1820, l'Académie de Médecine avait réservé dans son sein une section spéciale aux chirurgiens. Mais ils étaient peu nombreux et s'y montrèrent, au reste, fort divisés par des questions de personnes. Après avoir tenu jusqu'en 1829 des réunions séparées, ils demandèrent eux-mêmes à ne plus s'assembler qu'avec les autres sections de l'Académie. Si cette décision avait pour avantage de démontrer l'étroite unité des différentes branches de l'art de guérir, elle eut le grave inconvénient de priver les chirurgiens de l'occasion de discuter entre eux des questions qui pouvaient plus particulièrement les préoccuper.

C'est alors que plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris conçurent, en 1842, le projet de fonder une Société qui, tout comme l'Académie Royale, avait « pour objet l'étude et le perfectionnement de la chirurgie ». Ils avaient à leur tête Auguste Bérard, qui à quarante ans était déjà professeur de clinique chirurgicale à la Faculté dans la chaire même qu'avait occupée Dupuytren, et venait d'être récemment élu membre de l'Académie de Médecine. Il n'était entouré que d'hommes jeunes comme lui, mais quels hommes ! Si l'on examine la liste des 17 *membres fondateurs* de la Société de Chirurgie, on n'y trouve que les noms de ceux qui devaient le mieux illustrer notre art dans le courant du XIXe siècle, ce qui prouve, une fois de plus, que le culte désintéressé de la science a toujours constitué la marque distinctive des grands esprits. Me sera-t-il permis, parmi ces dix-sept noms, d'en relever plus spécialement trois ? *Ceux de Michon et de Monod dont les petits-fils, membres de la nouvelle Académie de Chirurgie,* continuent une longue tradition pleine de sens, car l'aristocratie du travail est la plus belle parure d'une maison ; et celui de *Nélaton*, dont la fille m'accueillit dans sa famille comme un fils et s'attacha à remplacer la tendresse de la mère que j'ai perdue.

Les fondateurs de la Société de Chirurgie se réunirent pour la première fois le 23 août 1843, dans une des salles de l'Hôtel-de-Ville. Leur initiative n'était pas entourée d'une très grande bienveillance. Lorsque la Société de Chirurgie fêta son cinquantenaire, en 1893, son secrétaire général, M. Charles Monod, rappelant ses débuts, pouvait écrire :

« On s'occupait cependant en haut lieu de la Société nouvelle et cela sans aucune sympathie. On ne voyait pas volontiers les chirurgiens faire bande à part. N'allait-on pas, disait-on, réveiller l'ancienne rivalité de la médecine et de la chirurgie ? C'était avoir bonne mémoire, mais aussi retarder un peu : il était passé, le temps des longues luttes que dut soutenir la chirurgie pour conquérir sa place au soleil. Quelques-uns, sans aller si loin, redoutaient de voir l'ancienne Académie de Chirurgie renaître de ses cendres et porter ombrage à l'Académie de Médecine... »

« La Société de Chirurgie ne s'émut point. Consciente de son rôle, modeste, mais bien défini, n'ayant d'autre but, comme elle aimait à le répéter, que de donner à ses membres une occasion de se communiquer les faits importants recueillis dans l'intervalle des séances, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, de discuter les divers points de théorie et de pratique encore obscurs, et d'établir des rapports scientifiques avec les confrères de France et de l'étranger ; n'ayant d'autre ambition que de travailler sans relâche à l'étude et aux progrès de la chirurgie, certaine de triompher un jour et d'entraîner les moins bienveillants, elle se mit simplement à l'œuvre. »

Ce qu'a été cette œuvre, bientôt presque centenaire, il n'est pas un d'entre vous qui, pour lui ou pour l'un des siens, n'ait été un jour à même d'en apprécier les bienfaits. La retracer, ce serait évoquer toutes les étapes qu'a franchies l'art chirurgical et qui l'ont, peu à peu, amené au degré où il se trouve aujourd'hui, et où il peut être, pour tous les chirurgiens, un sujet de légitime fierté.

La naissance de la Société de Chirurgie coïncide avec la découverte de l'anesthésie qui, en rendant la chirurgie plus humaine, lui permit ainsi plus d'audace. Deux Français, Koeberlé et Péan, presque simultanément, inventèrent les pinces hémostatiques qui, en donnant la possibilité d'arrêter rapidement les hémorragies dans les plaies, diminuèrent les risques immédiats et lointains des opérations. Maîtres de la douleur, maîtres des hémorragies, les chirurgiens purent enfin, grâce aux géniales découvertes de Pasteur, vaincre leur dernier ennemi : l'infection. Lister imagina la méthode antiseptique dont Lucas-Championnière se fit en France l'infatigable apôtre et qui fut bientôt remplacée par l'asepsie que Terrier, Terrillon, Quénu et leurs écoles, par un patient labeur, portèrent à ce haut point de perfection qu'elle atteint aujourd'hui et qui, sous sa forme actuelle,

est la plus fidèle expression des idées de notre immortel Pasteur. Ainsi débarrassés de tous les obstacles qui entouraient leur action, les chirurgiens purent, sans crainte, s'attaquer à des maladies, à des organes jusque-là considérés comme inaccessibles. La connaissance de plus en plus exacte de l'anatomie et de la physiologie guide nos gestes d'une façon si sûre que l'audace n'est plus une qualité pour les chirurgiens dont le mérite ne se mesure maintenant qu'au respect qu'ils professent pour la vie de leurs semblables.

*
**

Si les guerres de la Révolution et de l'Empire consommèrent la disparition de l'Académie royale de Chirurgie, celle de 1870 et surtout celle de 1914 établirent de manière éclatante la renommée de la Société nationale de Chirurgie d'où nous sommes issus.

Messieurs, dans la lutte que l'art de guérir et de soigner mène sans trêve contre la mort, la chirurgie n'a jamais rencontré de pire ennemi du genre humain que la guerre. Mais c'est l'honneur de l'homme qu'il sache tirer parti de ce qui l'écrase ; nous pouvons dire que toutes les fois que ce fléau a dévasté le monde, la chirurgie en aura au moins profité pour arracher au mal quelques-uns de ses secrets et trouver dans l'excès même des souffrances, une source de perfectionnements et de progrès. Les années tourmentées qui suivirent la Révolution avaient trouvé le corps chirurgical singulièrement diminué et appauvri par la suppression de notre première Académie et des Facultés de Médecine. Les chirurgiens disparaissaient les uns après les autres, victimes à la fois des combats et de la maladie. Il fallait donc aviser. C'est en ces termes que le 7 frimaire an III, l'ancien régent de la Faculté de Médecine, Fourcroy, signalait à la Convention, dont il était membre, la nécessité du rétablissement des Ecoles de Santé.

« La Convention apprendra avec sensibilité que plus de 600 officiers de Santé ont péri depuis dix-huit mois au milieu et à la suite des fonctions mêmes qu'ils exercent. C'est une gloire pour eux, puisqu'ils sont morts en servant la Patrie. »

Il faut dire que les chirurgiens de cette époque étaient entraînés par deux hommes au cœur généreux, à l'infatigable dévouement, organisateurs avisés autant que bons praticiens, et qui avaient de leur rôle la plus haute conception. C'est à Percy et à Larrey que revient le mérite d'avoir réalisé la grande pensée de porter des secours aux blessés sur le champ de bataille même, d'aller les relever et les panser sous le feu de l'ennemi. Cette révolution qu'ils ont opérée dans la chirurgie militaire a eu pour résultat de sauver la vie à des milliers d'hommes, et de raffermir le moral des soldats en leur montrant le secours à côté du danger. Enfin, elle a ennobli la mission déjà si haute du médecin militaire, en l'appelant à partager les périls de ses compagnons d'armes.

1870 nous fut encore une occasion d'expériences précieuses, jusque dans les conditions les plus démoralisantes de la défaite.

Hier encore, dans les quatre longues années de la grande guerre, vous savez ce que la chirurgie a fait : et pour quels enseignements, quels miracles ! Ai-je besoin de vous rappeler à quel prix ? Ambulances bombardées, opérations sous le feu, et ce déversement quotidien par centaines et par milliers de grands blessés dans toutes les formations sanitaires du front et de l'intérieur. Quelle amertume de penser que, dans de pareils moments, des hommes s'ingéniaient à trouver des moyens plus accomplis de destruction, dont d'autres, avec tout leur cœur, s'efforcent de réparer les méfaits !

Messieurs, si j'ai tenu à évoquer ces jours d'angoisse et de magnifiques dévouements, je n'ai pas besoin de m'étendre plus longuement sur les services rendus, entre vos mains, par l'acier sauveur contre les destructions du fer meurtrier. Assez de témoins assemblés ce soir parmi nous peuvent dire, les uns sous le costume de l'infirmière et la vareuse de l'infirmier, comme sous la blouse du chirurgien, les autres qui ont survécu aux terribles blessures encore écrites sur leurs faces, ce que notre corps est fier d'avoir, entre tant de deuils et d'échecs, su inscrire aux fastes de la médecine et de la chirurgie militaires.

*
**

J'achève, Messieurs, comme tout à l'heure j'ai débuté. Si nous avons pu, si nous commençons à pouvoir faire quelque chose pour l'homme, c'est à la Foi que nous le devons, à la Foi qui a animé tous nos prédécesseurs, à la Foi qui nous a conduits nous-mêmes où nous sommes aujourd'hui, sentant battre avec nous le cœur de notre Patrie, et où nous avons aussi la joie de constater que la lutte contre la maladie et contre la mort est un terrain sur lequel peuvent se rencontrer toutes les nations. La présence de tant d'illustres représentants de l'étranger dans cette enceinte n'en est-elle pas le plus éloquent des symboles ?

Oui, c'est la Foi qui nous a guidés ; mais cette Foi serait peut-être impuissante si elle ne s'appuyait, en outre, sur deux vertus supérieures à toutes, la Charité et la Pitié, cette Pitié qui a fait dire un jour à un des plus sensibles observateurs de notre époque, à mon ami Emile Henriot, parlant justement des médecins : « Une vue de l'homme qui ne suppose pas une infinie pitié à son égard est incomplète, et ne vaut rien. »

Un grand écrivain de ce temps qui a été un témoin héroïque de la guerre et l'un de ses plus nobles acteurs, car ses mains n'ont jamais été couvertes que d'un sang qu'il n'avait répandu que pour guérir — l'auteur de la *Vie des Martyrs* et de *Civilisation*, M. Georges Duhamel, — a écrit une phrase émouvante qu'il nous appartiendrait peut-être de citer aujourd'hui et de méditer toujours, parce qu'elle fut rédigée à notre intention par quelqu'un qui nous connaissait pour nous avoir assez souvent vus et aidés à l'œuvre, et parce qu'elle dépasse notre mission en l'éclairant : « Si la civilisation n'est pas dans le cœur de l'homme, eh bien ! elle n'est nulle part. »

Forte pensée d'un philosophe humain qu'il convient de rappeler en un jour comme celui-ci où la chirurgie française, en faisant revivre l'ancienne Académie, est à l'honneur, ce qui ne l'engage pas moins dans l'œuvre éternelle qu'il lui appartient de poursuivre, pour que les hommes souffrent moins et pour que le mal diminue, dans la mesure où il est loisible à de simples hommes d'obtenir cette Victoire sur lui.

Messieurs,

Le 13 décembre 1736 mourut Georges Mareschal, seigneur de Bièvre, premier chirurgien du roi. Nous aurions donc pu célébrer cette année le deuxième centenaire de la mort de celui qui fut, avec son survivancier La Peyronie, le fondateur de l'Académie Royale de Chirurgie. Mais j'imagine qu'il n'eût pas pensé que sa mémoire pût être plus dignement honorée que par la résurrection d'un titre dont il avait voulu que, moins pour le faste que pour le rayonnement au dedans comme au dehors, fût parée l'institution scientifique qu'il jugeait nécessaire aux progrès de la chirurgie. Si son âme flotte ici ce soir parmi nous, elle nous conseillera, j'en suis sûr, de ne pas regarder la fierté du passé comme un acte suffisant, mais seulement d'y puiser les motifs d'une noble émulation afin que, comme nos devanciers, nous restions de bons serviteurs de la Science et de la Patrie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1936)

L'hexachloréthane dans la lutte contre les larves de moustiques. — M. Raoul-Michel MAY. L'hexachloréthane, mélangé au talc, peut être répandu à la surface des pièces d'eau où vivent les larves de l'insecte. En quelques heures il détruit ces larves et même les nymphes. Il permet de pénétrer jusque parmi les algues et les herbes, n'est toxique ni pour les animaux ni pour l'homme et en outre n'est pas coûteux.

Tuberculose osseuse expérimentale. — MM. BOQUET et LAPORTE, dans une note présentée par M. MESNIL, montrent que l'inoculation intradermique de petites doses de bacilles bovins très virulents permet de reproduire chez le lapin les multiples formes de la tuberculose ostéo-articulaire de l'homme.

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1936)

La durée des greffes bréphoplastiques sous-cutanées de thyroïde chez le rat. — M. Raoul-Michel MAY.

La bulbocapnine, type d'un nouveau groupe de médicaments. — M. Raymond HAMET.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1936)

Mission aux Antilles. — M. ACHARD, qui a représenté l'Académie aux fêtes du Tricentenaire des Antilles, rend compte de sa mission. On sait quel accueil chaleureux il a reçu à Haïti et à Cuba, où les médecins de la Havane et notamment le professeur José Presno, correspondant de l'Académie, lui ont témoigné d'une façon inoubliable leur attachement à la France.

Allergie curable réalisée avec des bacilles tuberculeux et morveux, morts enrobés dans la paraffine ; pouvoir vaccinant des bacilles de Koch ainsi préparés. — M. COULAUD. L'injection sous la peau des animaux de laboratoires de bacilles tuberculeux tués enrobés dans la paraffine solide, détermine chez ces animaux un état allergique très intense qui paraît durer plusieurs années.

Si l'on procède d'une façon identique avec des bacilles morveux, qui ne sont pourtant pas acido-résistants, les animaux deviennent également allergiques et réagissent à la malléine.

Les animaux ayant reçu des bacilles tuberculeux ainsi préparés se montrent vaccinés dans une large mesure vis-à-vis des infections d'épreuve.

L'érosion ponctuée des ongles. — M. MILIAN. Il s'agit d'une érosion cupuliforme, ayant les dimensions d'une tête d'épingle et qui est due à des lésions minimes de la matrice unguéale, et non à des troubles trophiques généraux comme les raies transversales des ongles.

De multiples maladies cutanées peuvent les produire : l'eczéma, le psoriasis, le lichen plan, à la condition qu'il y ait des lésions sur la peau.

Ces érosions peuvent être spontanées, dans la syphilis. C'est en cela que l'érosion ponctuée a une valeur considérable pour le diagnostic de la syphilis. D'autant plus que le Wassermann étant négatif, ce signe peut exister et persister parfois pendant six mois. Le stigmate persistant indique que la syphilis n'est pas guérie.

L'érosion ponctuée peut s'observer sur un ou plusieurs ongles.

La vinification. — RAPPORT. M. TANON dépose le rapport qui avait été demandé à l'Académie par le ministre au sujet de l'addition de différents produits au cours de la vinification.

La question de l'introduction de ferrocyanure de potassium pour la clarification amène une discussion très animée.

M. Gabriel BERTRAND fait d'abord des objections au point de vue chimique.

M. MARION combat cette addition en se plaçant au point de vue de la qualité qui doit être recherchée d'abord par les vignerons et à laquelle tiennent avant tout ses compatriotes de Bourgogne.

M. PERROT s'associe aux déclarations des deux orateurs précédents.

M. J.-L. FAURE est favorable à l'emploi des clarificateurs et il expose la question avec l'autorité que lui donne une longue expérience personnelle.

M. LAUBRY est sans réserve de l'avis de M. Marion. Après avoir encore entendu MM. Delbet, Tanon, Tiffeneau, Lapicque et Pouchet, l'Académie adopte la résolution suivante :

« L'Académie, s'en tenant aux principes qui ont toujours été défendus dans son enceinte, propose de répondre : qu'elle continue à s'opposer à l'addition de toute substance même inoffensive étrangère à la composition naturelle des aliments (texte Pouchet). »

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux associés étrangers, en remplacement de L. Morquio et du baron L. Frédéricq, décédés.

Les candidats étaient ainsi classés. En première ligne, Sir Thomas Barlow, Brt, de Londres et le professeur Alessandri, de Civita Vecchia (Italie).

En seconde ligne, et par ordre alphabétique : MM. Demoor (de Bruxelles), de Quervain (de Berne), Sir H. Rolleston (d'Haslemere), Salimbéni (d'Acquapendante).

Au premier tour de scrutin, Sir Thomas Barlow, Brt, et le professeur Alessandri ont été élus.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1935)

A propos du procès-verbal. — M. MARFAN rappelle qu'il a publié en 1920 une observation de sclérodermie en bandes avec vitiligo zoniforme et paralysie du membre inférieur gauche. Son malade était atteint d'autre part de spina-bifida.

Sténose de l'œsophage trans et sous-diaphragmatique chez un enfant de 6 ans. Opération de Heller. — Guérison. — M. BOPPE a suivi depuis plusieurs années un enfant atteint de sténose œsophagienne. Trois ans de traitement par des dilatations œsophagiennes progressives n'ayant amené aucune amélioration, il s'est décidé à pratiquer chez cet enfant une œsophago-cardioplastie suivant la technique préconisée par Heller. Cette opération est facile et donne des résultats pleinement satisfaisants ; dans le cas particulier, l'auteur put constater une reprise de poids de 7 kgr. en 5 mois, et un examen radiologique récent a montré la parfaite perméabilité de l'œsophage et la disparition de la poche sus-stricturale autrefois constatée.

Eczéma rebelle récidivant. — M. HALLÉ présente à nouveau un enfant atteint d'eczéma rebelle qui n'avait cédé

qu'à l'opothérapie splénique. Malgré une cure ultérieure à La Bourboule, la guérison ne s'est pas maintenue et l'enfant est maintenant dans le même état qu'auparavant. L'auteur se demande s'il y a lieu de reprendre en pareil cas l'opothérapie splénique.

Déchéance physique et psychique. Rôle probable des tentatives d'avortement. — MM. GRENET, P.P. LÉVY et ISAAC-GEORGES présentent un enfant de 9 ans, petit, maigre, microcéphale, d'aspect vieillot et qui rappelle un peu l'aspect de la progeria ; cet enfant est de plus presque complètement idiot. Il ne semble pas que la syphilis soit à l'origine de cet état, et la seule étiologie vraisemblable consiste en de multiples tentatives d'avortement poursuivies pendant une grande partie de la grossesse.

Dysplasie périostale. — Mlle G. DREYFUS-SÉE présente l'observation d'un nourrisson atteint de dysplasie périostale typique constatée dès la naissance. Les fractures multiples et importantes notées sur les radiographies pratiquées à l'âge de 15 jours se sont consolidées normalement sans déformations, et la voûte cranienne s'ossifie progressivement, cependant que la fragilité osseuse persiste, ainsi qu'en témoignent de nouvelles fractures apparues depuis peu. Il ne semble pas y avoir de troubles du métabolisme calcique.

Lipodystrophie progressive. — MM. BABONNEIX et BONS présentent une fillette de 6 ans chez laquelle est apparue à la suite d'une scarlatine une lipodystrophie typique quoique encore peu accusée. On relève comme particularités l'abaissement du métabolisme basal, l'absence de tout signe de syphilis ou de tuberculose, l'existence possible de troubles endocriniens.

Spasme de torsion chez l'enfant. — MM. LESNÉ et LAUNAY présentent le film cinématographique d'un spasme de torsion chez un enfant de 13 ans. La contracture est au maximum pendant la marche, où elle détermine une lordose caractéristique ; il existe un tremblement qui, d'abord limité à la main gauche, s'est ensuite généralisé. Le caractère très évolutif de la maladie, qui a conduit l'enfant en moins de 18 mois à une véritable cachexie, et le début par un tremblement de type parkinsonien rapprochent ce cas des spasmes post-encéphalitiques, bien qu'on ne trouve aucun signe net de cette étiologie.

Spirochétose fébrile pure chez un enfant de dix ans. — M. Julien MARIE, Mlle ERBER et M. DOUTREBANTE rapportent l'observation d'un garçon de 10 ans qui a présenté une affection fébrile simulant la fièvre typhoïde et ayant duré une dizaine de jours. La nature spirochétosique en fut prouvée par le séro-diagnostic de Martin et Pettit, positif à 1/100.000. Les auteurs insistent sur l'étiologie (bains de rivière répétés), sur la valeur des myalgies, sur l'absence de signes méningés, d'ictère et de rechutes.

Ascaridiose massive et persistante avec anémie et éosinophilie chez un enfant de 18 mois. — MM. ARMAND-DELILLE, LESTOCQUOY et BOYER rapportent l'observation d'un jeune enfant géophage entré à l'hôpital pour méningisme avec anémie et 25 p. 100 d'éosinophiles dans le sang. Sous l'influence d'un traitement répété par la santonine à hautes doses, il rendit dans l'espace de 6 semaines 103 ascaris, mais reste néanmoins parasité.

Sur l'emploi du sérum hypertonique salé chez le nourrisson. — M. PAISSEAU, Mlle BOEGNER et M. VAILLE avaient employé avec d'heureux résultats les injections intra-veineuses de sérum chloruré hypertonique dans le traitement des diarrhées cholériformes du nourrisson. Ce fait va à l'encontre des recherches expérimentales de M. Ribadeau-Dumas et de ses collaborateurs, que les auteurs ont par ailleurs confirmées au cours de leurs travaux.

Le sérum salé agirait peut-être en pareil cas par un mécanisme analogue au choc en raison des faibles quantités de chlore introduites dans l'organisme. Il semble d'autre part préférable d'associer à cette thérapeutique par voie intra-veineuse des injections sous-cutanées de sérum bicarbonaté ou glucosé.

MM. LESNÉ, LAUNAY et LOISEL n'ont recours au sérum salé hypertonique que si un examen du sang a montré une hypochlorémie globulaire ou totale. En cas d'acidose, ils injectent au contraire du sérum bicarbonaté isotonique, auquel ils adjoignent du sérum glucosé si le premier se résorbe mal. Le sérum salé isotonique leur paraît inoffensif, et ils ne l'écartent que par logique de leur thérapeutique d'urgence.

Ils adjoignent dans tous les cas à la sérothérapie une petite transfusion intraveineuse de 30 à 40 cc. de sang, sauf si l'enfant est déjà cyanosé.

Kyste hydatique du rein. — MM. GIRAUD, SALMON et JOUVE (de Marseille) ont observé un kyste hydatique du rein dont le diagnostic ne put être fait qu'au cours de l'intervention chirurgicale. La marsupialisation fut facile et permit d'obtenir rapidement la guérison.

Hypertrophie du thymus et mort subite chez un nourrisson de 4 mois. — MM. GIRAUD, SALMON et JOUVE (de Marseille) relatent l'observation d'un nourrisson de 4 mois, en excellent état général et porteur d'un bec-de-lièvre. Un examen radiologique révéla une hypertrophie thymique latente.

L'intervention chirurgicale fut différée, et l'enfant succomba brusquement après quelques jours d'hospitalisation. On constata seulement à l'autopsie un gros thymus pesant 40 gr., sans aucune lésion de compression des organes voisins.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1935)

Le feutrage arachnoïdien postérieur dans la sclérose en plaques et dans certaines infections du névraxe. — MM. ALAJOUANINE, HORNEY et A. ANDRÉ présentent en projections les lésions de feutrage arachnoïdien postérieur qu'ils ont constatées au cours de l'étude anatomique d'une moelle de sclérose en plaques et de deux moelles de poliomyélite antérieure aiguë. Ils rapprochent ces lésions de celles, de même ordre, qu'ils ont déjà mises en valeur dans la syringomyélie.

M. BARRÉ tient à affirmer que, à côté des arachnoïdites postérieures secondaires à des lésions médullaires, il existe des arachnoïdites primitives, qui se traduisent cliniquement par des douleurs radiculaires d'une intensité particulière, et qui sont susceptibles de guérir rapidement par l'intervention chirurgicale.

Un cas de sclérose en plaques probablement familiale. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et N.-T. KORESSIOS rapportent le cas d'une sclérose en plaques qui a apparu chez deux frères vers l'âge de trente ans, en l'absence de tout signe d'hérédo-syphilis. La mère aurait présenté également un syndrome de sclérose en plaques, qui a évolué pendant dix-neuf ans, et qui s'est terminé par une myélite aiguë terminale.

La notion de contagion ne peut être retenue dans ce cas, les deux frères vivant séparés depuis l'enfance. Or de nombreux neurologistes ont posé isolément le diagnostic de

sclérose en plaques sur l'affection de chacun des deux frères.

M. GARCIN rapporte une observation analogue, chez un frère et une sœur, atteints l'un et l'autre de syndrome de sclérose en plaques à type paraplégique, avec benjoin colloïdal positif dans le liquide céphalo-rachidien.

Les troubles du métabolisme des lipoïdes phosphorés dans la sclérose en plaques. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et N.-T. KORESSIOS ont noté une augmentation presque constante du taux des lipoïdes phosphorés du sérum de malades atteints de sclérose en plaques, surtout lorsqu'il s'agit de cas évolutifs et particulièrement dans les formes de sclérose en plaques de l'adulte.

Ces écarts importants du taux des lipoïdes phosphorés, que l'on n'observe pas en pathologie courante, leur paraissent être en relation avec les troubles nerveux que présentent les malades.

Hémisyndrome sensitivo-moteur avec hémianopsie latérale homonyme et crises de sympathalgie facio-brachiales. — MM. J.-A. BARRÉ, J. KABAKER et A. CHARBONNEL rapportent l'histoire d'un homme de cinquante-huit ans, chez lequel s'est développée, il y a trois ans, après un léger ictus, une hémiplégie gauche, d'abord flasque, puis spasmodique, accompagnée d'anesthésie globale du même côté et d'hémianopsie latérale homonyme gauche. A ces troubles, en rapport très vraisemblable avec une lésion vasculaire de la région rétrolenticulaire droite, se sont ajoutées des crises douloureuses très spéciales annoncées par une exagération de la contracture de la face et du bras, de caractère sympathalgique atroce, qui durent de quelques minutes à une demi-heure, et qui peuvent cesser pendant plusieurs jours de suite. Ces crises sont en rapport avec une irritation sympathique centrale juxta-thalamique et se séparent très nettement des douleurs ordinaires des thalamiques. La radiothérapie dirigée sur les noyaux gris centraux droits paraît avoir eu une action sur ces crises.

Sur un syndrome caractérisé par un double pied bot et une double main bote associés à une amyotrophie d'un type spécial des membres supérieurs et inférieurs, remontant à la naissance. — MM. ANDRÉ-THOMAS et HUC présentent un enfant qui, dès la naissance, est atteint de déformations bilatérales : pieds bots et mains botes, « congénitaux » par leur origine, mais « paralytiques » par les aplasies musculaires associées. Il existe en outre, aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs, des aplasies musculaires qui intéressent le groupe radiculaire supérieur aux bras, et le quadriceps crural à la cuisse. Les auteurs croient qu'il faut expliquer par une paralysie obstétricale l'aplasie musculaire des membres supérieurs.

M. GUILLAIN émet l'hypothèse d'une hématomyélie déterminée par l'accouchement difficile.

M. ALAJOUANINE a observé plusieurs fois l'association d'aplasies musculaires et de pieds bots congénitaux.

Paralysie totale post-traumatique du plexus brachial. Intervention chirurgicale. Guérison complète en dix-huit mois. — MM. THÉVENARD, CONTIADES et AUZAPY présentent deux cas de paralysies du plexus brachial, qui restaient complètes respectivement trois semaines et six semaines après le traumatisme, au moment où fut pratiquée une intervention chirurgicale. Celle-ci ne permit de constater aucune lésion importante, mais elle fut suivie d'une amélioration rapide, et la guérison est actuellement complète, sans séquelle.

Méthode nouvelle pour la radiographie du trou auditif interne. — M. Cl. VINCENT montre des radiographies prises par une technique plus simple que celle de Stenwerts, et qui permettent de reconnaître précocement les déforma-

tions du trou auditif interne dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.

Nanisme myxœdémateux et atéléiose. Leurs caractères différentiels. — MM. J. LHERMITTE, MOUZON, NEMOURS-AUGUSTE et ISIDORE présentent deux malades à propos desquels ils insistent sur les caractères différentiels objectifs suivants. Dans le nanisme atéléiosique, le squelette ne présente pas d'anomalies en dehors d'une gracilité proportionnelle au degré de réduction corporelle, la selle turcique est petite, les fonctions psychiques sont intactes, mis à part une certaine puérilité et un maniérisme spécial. Au contraire, dans le nanisme myxœdémateux, la selle turcique est très développée, fortement élargie, le squelette présente d'importantes modifications : retards d'ossifications, stries épiphysaires, exostoses, calcifications des capsules articulaires, déformation de la tête fémorale et humérale ; de plus, il existe une arriération intellectuelle qui confine à l'idiotie.

En dehors de ces caractères, qui forment contraste, on constate un trait morphologique commun : la pachybasie sellaire, due à l'absence de développement du sinus sphénoïdal. Enfin le métabolisme de base est différent dans les deux cas. Dans l'atéléiose, il est de +54, dans le nanisme myxœdémateux, de —2,6. Ce paradoxe n'est qu'apparent : en rapportant le métabolisme de ces malades non à celui d'un sujet normal de même âge, mais à celui d'un sujet dont l'âge correspondrait à leur développement corporel, on constaterait, que le M. B. est normal dans le nanisme atéléiotique et fortement diminué dans le nanisme myxœdémateux.

Effets de la radiothérapie spinale dans les myopathies. — MM. LHERMITTE, BEAUJARD et NEMOURS-AUGUSTE relatent trois observations qui se rapportent à des formes diverses de la myopathie : forme juvénile d'Erb, forme facio-scapulo-humérale, forme pseudo-hypertrophique de Duchesne, dans lesquelles l'irradiation de toute la moelle épinière a été suivie d'une amélioration de la fonction motrice. Nul changement volumétrique des muscles n'a été observé, et l'amélioration ne s'est montrée que temporaire.

M. BARRÉ a observé des faites analogues.

Contribution à l'étude des cénesthopathies. Rôle de certains facteurs vasculaires. — MM. H. BARUK et M. RACINE rapportent diverses observations de cénesthopathies, dans lesquelles ils ont constaté des perturbations vasculaires. Ils ont pu noter :

1° D'une part, l'existence de troubles vasculaires parallèles à certaines cénesthopathies symptomatiques, notamment à des cénesthopathies paroxystiques constituant des équivalents d'épilepsie jacksonienne.

2° L'existence également de certains *troubles vasculaires artériels, veineux* ou *capillaires* sur le territoire de certaines cénesthopathies dites essentielles. Dans ce dernier cas, on constate souvent l'apparition de la cénesthopathie à la suite d'une dépression nerveuse générale, dépression qui disparaît au moment où se constitue la cénesthopathie. Les auteurs insistent sur ces *phénomènes de balancement* psychosomatique, fréquents en pathologie nerveuse et mentale. Quant à la valeur exacte, et à la pathogénie de ces troubles vasculaires, elles sont encore difficiles à préciser.

Syndrome bilatéral du tronc lombo-sacré par métastase cancéreuse. — MM. G. ROUSSY, René HUGUENIN et Mlle BOUCABEILLE montrent une malade atteinte d'une paralysie bilatérale du domaine sciatique poplité externe, avec intégrité — au début — des péroniers latéraux. Le domaine du poplité interne est indemne. Il n'y a nul trouble sensitif, ni trophique, ni, bien entendu, sphinctérien. La radiographie montre une métastase cancéreuse massive de L_5 et légère de L_4.

Les auteurs, discutant la systématisation du syndrome neurologique, concluent qu'il s'agit là d'une atteinte du tronc lombo-sacré, avec lésion prédominante de certaines fibres sans doute plus sensibles. Ils rapprochent cette électivité des altérations dans le tronc lombo-sacré de ce qu'ont décrit Cushing et Garcin à propos de la résistance de certains nerfs craniens. Ils se demandent si les travaux de Bourguignon sur les affinités pathologiques différentes de certaines fibres nerveuses selon leurs chronaxies ne permettent pas d'interpréter ce syndrome.

Un nouveau traitement de certaines affections neurologiques chroniques. — M. BOSCHI montre, par des projections, les améliorations qu'il a obtenues, dans un certain nombre d'affections nerveuses réputées incurables, — telles que la chorée de Huntington ou la sclérose latérale amyotrophique, — grâce à un traitement qui comporte :

1° Des injections d'eau distillée dans les espaces sous-arachnoïdiens, qui déterminent une réaction méningée aseptique ;

2° Des injections intramusculaires de dilutions faibles du sang du malade dans la glycérine.

Un cas de polyradiculonévrite aiguë mortelle. Etude anatomique. — M. ALAJOUANINE montre, par des projections, les lésions constatées chez un homme qui a été pris de paraplégie, puis de paralysie ascendante, et qui est mort en douze jours de paralysie respiratoire. Il y avait hyperalbuminose massive du liquide céphalo-rachidien.

Méningite séreuse post-typhique. — MM. J.-A. CHAVANY, M. DAVID et H. ASKENASY rapportent un cas de méningite séreuse survenue à la suite d'une fièvre typhoïde grave, vérifiée par la venticulographie et par l'intervention, et très améliorée par celle-ci.

Il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans, sans passé pathologique, qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, présenta des phénomènes paresthésiques dans les membres inférieurs, puis des crises convulsives du type bravais-jacksonnien. Les crises cessèrent et firent place à un syndrome d'hypertension intracranienne très marqué, qui aboutit progressivement à un état voisin du coma. L'intervention, pratiquée d'urgence, permit, en évacuant la collection liquide située entre la dure-mère et le cerveau, de parer aux accidents aigus. Depuis l'intervention, l'opérée se comporte pratiquement comme un sujet normal.

Les auteurs discutent le rôle de la fièvre typhoïde dans la production de la méningite et insistent sur la nécessité du traitement chirurgical dans de tels cas.

Tumeur kystique du vermis et crise de tétanie décelée par une ventriculographie. — MM. Henri ROGER, Marcel ARNAUD et André JOUVE (de Marseille) ont vu une ventriculographie déclencher une crise de tétanie typique chez un enfant de treize ans, atteint de tumeur kystique du cervelet. Cette crise réapparut quelques heures après, par l'apposition d'un lien élastique au cours d'une injection intraveineuse. L'anamnèse retrouve quatre à cinq épisodes analogues, survenus spontanément quelques semaines auparavant. Calcémielo, 10. Parathyroïdes macroscopiquement et microscopiquement normales. Les auteurs rattachent ces crises de tétanie aux poussées d'hypertension ventriculaire qui comprimaient les centres toniques encéphalitiques. Le même malade présentait des crises de « cerebellar fits ».

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 11 février. — Jury : MM. Balthazard, président ; Tanon, Mouquin, Piédelièvre. — M. EISENBERG. La mort est-elle un remède licite de la souffrance ? — M. BAJMOIX. Lutte anti-variolique en Pologne et son organisation. — M. Norbert SIMON. Etude critique du taudis. — M. WEIS-

NER. Valeur et fréquence de l'hypertension artérielle chez les jeunes.

Mercredi 12 *février*. — Jury : MM. Gosset, président ; Ombrédanne, Mathieu, Petit-Dutaillis. — M. BOUDREAUX. Les tumeurs primitives du rachis. Chirurgie du corps vertébral. — M. LANCE. Les ostéotomies sous-trochantériennes dans le traitement des luxations congénitales invétérées de la hanche.

Jury : MM. Robert Debré, président ; Lemierre, Loeper, Abrami. — M. DROULLÉ. Pseudo-sténose et lavage de l'estomac chez le nourrisson. — M. FRUMUSAN. Sur une forme de splénopathie cirrhogène. La cirrhose hypertrophique anictérique, mécanisme des hémorragies digestives dans les cirrhoses.

Jeudi 13 *février*. — Jury : MM. Bezançon, président ; Guillain, Nobécourt, Gastinel. — M. MARJOLET. De la thoracoplastie complémentaire des pneumothorax partiels. — M. EL HAÏM. Souffle systolique apexien et insuffisance mitrale. — M. FAYE. Les éléments du pronostic des paralysies diphtériques généralisées chez l'enfant.

LE DINER DE L'UMFIA EN L'HONNEUR DE L'ESPAGNE ET DE LA SCIENCE MÉDICALE ESPAGNOLE

J'ai assisté à bien des dîners de l'UMFIA, aucun jusqu'ici ne m'a paru atteindre la haute tenue et l'intérêt de la très brillante réunion organisée lundi dernier en l'honneur de l'Espagne. Elle coïncidait avec le 25e anniversaire de l'UMFIA. Vingt-cinq années pendant lesquelles on a vu se développer d'une façon prodigieuse et bienfaisante, l'association conçue un jour et réalisée par Dartigues, Bandelac de Pariente et Gaullieur l'Hardy.

S. E. l'ambassadeur d'Espagne présidait. A ses côtés, le professeur Marañon, le grand Marañon qui personnifie si noblement l'Espagne actuelle, puis le professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, Mmes de Cardenas, Marañon, Jean Lépine, J.-L. Faure, Guillain, S. E. de Souza Dantas, ambassadeur du Brésil, et tout le corps diplomatique représentant à Paris les nations latines. Du côté français, M. Lucien Saint, ancien résident général du Maroc, M. Hartmann, président de l'Académie de médecine, M. Fredet, président de l'Académie de chirurgie, M. Louis Martin, Directeur de l'Institut Pasteur, la plupart des professeurs de la Faculté de Paris, beaucoup de leurs collègues de province, d'innombrables personnalités du corps des hôpitaux de Paris, et un très grand nombre de dames très élégantes.

Notre ami Moliméry, secrétaire général de l'UMFIA, parla le premier dans la forme académique et charmante qui est la sienne. Après avoir salué les hôtes de l'UMFIA en ce 25e anniversaire, il lut un télégramme de sympathie de la Faculté de médecine de Madrid.

Dartigues se leva ensuite, il prononça en l'honneur de l'Espagne et de ses médecins si hautement représentés par Marañon un discours aussi brillant qu'heureux. Il souleva une véritable ovation lorsqu'il associa toutes les nations méditerranéennes à son éloge de l'Espagne.

M. Bandelac de Pariente lui succéda et donna lecture d'une lettre du professeur Martinez Vargas (de Barcelone). De cette lettre si cordiale, je dois citer une phrase concernant Dartigues : « *Même quand il parle avec passion, il parle toujours avec noblesse et élégance.* »

Puis M. Jean Lépine qui s'honore d'avoir du sang castillan, prononça un discours d'une rare finesse et d'une haute élévation de pensée. On l'acclama, et avec lui l'Université de Lyon, qu'il représente avec tant d'éclat.

M. Gregorio Marañon se leva au milieu d'une immense ovation. Il remercia les orateurs précédents et fit une admirable conférence, où les médecins de tous les pays latins trouveraient certes matière à réflexion.

Il parla de l'abus des publications hâtives, déjà signalé ici par Leriche, de l'abus des congrès, etc...

Le maître de l'endocrinologie montra qu'il n'est pas seulement un savant, mais aussi un penseur et un homme d'action. Il ne parla pas de son désintéressement qui est universellement connu et admiré.

S. E. M. de Cardenas, ambassadeur d'Espagne, en son nom et au nom de ses collègues latins, remercia Dartigues. Puis il traça avec une remarquable élégance le tableau de la science médicale espagnole. Il ne prit que deux exemples, mais quels exemples : Ramon y Cajal et Gregorio Marañon.

Il était impossible de terminer d'une façon plus heureuse cette inoubliable manifestation de l'UMFIA.

F. L. S.

VARIÉTÉS

LE XVIe SALON DES MÉDECINS

Fort bien installé au 83 du faubourg Saint-Honoré, le seizième Salon des Médecins est aussi plein d'intérêt que les années précédentes.

Il y a environ soixante envois de moins qu'au dernier Salon, mais si le nombre des œuvres exposées est légèrement réduit, la qualité s'affirme plus nettement encore.

L'aimable secrétaire organisateur P.-B. Malet a joué avec les difficultés, et réalisé la meilleure présentation possible des cadres, socles et vitrines.

Les paysages, huile ou aquarelle, dominent, la plupart sont excellents.

Citons, par ordre alphabétique, les charmantes aquarelles de Bouyssou, de Bureau et de Dayras, les toiles de Fraikin, celles si décoratives de Mme Genet : *Après l'Orage*, l'éblouissante *Inondation de la Saône*, et le *Jour frisant* entre autres, les marines évocatrices de Lucien de Gennes, les sanguines de Gurlie, les paysages normands de Jean Hallé, les austères Vosges et Alpes de Paul Karch, les larges paysages provençaux de Gisèle Limouzi, les vieilles rues languedociennes de P. Malet, les pittoresques toiles de Marceron, la bourgade provençale d'Andrée Rolland, les paysages écossais de Rendu et les détrempes si décoratives de Wilbort.

Dans les autres genres, il faut voir au moins les charmantes baigneuses de Madeleine Dehelly, le nu délicat, crayon de Gilberte Flandrin, le portrait exposé par Georges Masson, les natures mortes si attachantes de Paul Darbois, et de Jean Morisot, et le grouillant XVIe siècle de Vicherat... enfin, les spirituelles illustrations des fameux sonnets du Dr Camuzet par Touchet.

La sculpture est peu nombreuse, mais quel régal ! il me suffit de nommer Jean Brouardel, Villandre, J. Malet, Forel et Papillaud.

La reliure tient une place importante, citons Germaine Godard, Roger Doubrère, tous deux si variés, Simone Le Filliatre dont les reliures sont sobres et élégantes, Suzanne Moineau si décorative, Geneviève Senlecq, si originale.

La section de photographie contient surtout des évocations inattendues de paysages souvent compliqués, mais toujours curieux, des effets fugitifs... Bussillet, Caussade, Gamart, Marceron et Séjournet y brillent, Wilbort expose un *Naples et le Vésuve* impressionnant.

Enfin, une section nouvelle est consacrée à l'art dans la presse médicale : six exposants, six manières différentes, chacune parfaite en son genre, il convient de les énumérer seulement : Art et Médecine, Pallas, Esculape, Chanteclair, Orientation médicale et Méditerranéa Médical. R. L. S.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 13. — MERCREDI 12 FEVRIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX (admissibilité). — Candidats : MM. Audouin, Baumann, Billet, Cordier, Couvelaire, Dreyfus-le-Foyer, Dufour, Gérard-Marchant, Gosset (Jean), Guillot, Hepp, Lecœur, Longuet, Padovani, Patel, Petit, Rudler, Sauvage, Vuillième, Zagdoun.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 7 février. — Questions données : « Symptômes et diagnostic des endocardites rhumatismales (maladie de Bouillaud). — Les abcès aigus du sein. »

MM Cahuet, 20,5; Motte, 20,1 ; Dubois, 24,3; Daverne, 18,5; Marre, 19,5; Israël, 21,1; Tardieu, 23,3; Villey-Desmeserets, 21,5; Sénéchal (André), 19,1 , Toulouse, 13,3.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de physique médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le lundi 26 octobre 1936 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

— Deux concours, l'un pour l'emploi de professeur suppléant de chimie, l'autre pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, s'ouvriront le lundi 26 octobre 1936 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — MM. Charléty et E. Picard sont nommés vice-présidents pour 1936. M. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur, est nommé secrétaire.

GUERRE. — La *Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires*, pour 1936, est placée sous la présidence de M. le docteur Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur.

— Le *Conseil supérieur de surveillance des eaux* est placé sous la présidence du médecin général inspecteur Vincent, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France, ancien inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée.

— Le médecin-colonel Péloquin, sous-directeur du Service de santé de la 5e région, est nommé directeur par intérim du Service de santé de la 3e région, à Rouen.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le professeur René Leriche (de Strasbourg), chargé de la suppléance de M. le professeur Charles Nicolle dans la chaire de médecine du Collège de France, commencera son cours le vendredi 14 février, à 6 h. du soir; il le continuera le samedi 15, à la même heure, et les semaines suivantes, aux mêmes jours et mêmes heures.

Sujet du cours : *La chirurgie de la douleur.*

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin directeur est vacant à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), par suite de la nomination de M. le docteur Briau à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise).

— Un poste de médecin directeur est vacant à l'asile public d'aliénés de Mont-de-Marsan (Landes), par suite de la mise à la retraite de M. le docteur Mahon.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME. (Secrétariat : 2, rue Guynemer, Paris (VIe). — La prochaine réunion clinique de la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu le mercredi 19 février 1936, à 10 h. du matin, dans le service du docteur Mathieu-Pierre Weil, à l'hôpital Saint-Antoine (rue Saint Antoine).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Ligue, 2, rue Guynemer, Paris (VIe).

LES PROTESTATIONS CONTRE LE RELÈVEMENT DES DROITS UNIVERSITAIRES. — On annonce que les étudiants de plusieurs facultés de province ont décidé de faire grève les 11 et 12 février pour protester contre l'augmentation des droits universitaires.

LE NOUVEL HÔTEL DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS. — L'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, étant devenu insuffisant à la suite du développement des services, la Confédération vient de décider l'achat de l'Hôtel de Juigné, 60, boulevard de la Tour-Maubourg. Ce sera, ainsi que l'écrit notre collègue Jayle dans la *Presse médicale*, le ministère privé de la médecine.

SKI-CLUB MÉDICAL DE FRANCE. — La première manifestation du Ski-club médical de France vient d'avoir lieu au Mont-Revard.

La coupe du docteur Debat a été gagnée par le docteur Berthier (de Royat); second : le docteur Petit (de Royat); troisième : le docteur Mathieu de Fossey (de Vichy); quatrième : le docteur Terray (d'Aix-les-Bains).

L'épreuve de dames a été gagnée par Mme Berthier (de Royat).

L'épreuve junior par M. Gatellier fils (de Paris).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Paul Duquennoy (de Tourcoing).

— Nous apprenons aussi la mort de M. Emile Logeais, pharmacien, décédé à Paris, à l'âge de 81 ans. Nous adressons à ses fils et gendre, le docteur Pierre Logeais, M. Jacques Logeais et M. Henri Paillusseau, directeurs des Laboratoires Logeais, nos sincères condoléances.

A PROPOS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Le Conseil supérieur, qui est actuellement en session, a été saisi d'un projet de statut des agrégés, chefs de travaux, etc....

Pour ces derniers, il est prévu que pourraient être nommés dans les Facultés de médecine des chefs de travaux *non docteurs en médecine.*

Ce projet soulève une vive émotion dans les milieux médicaux. La Confédération des Syndicats médicaux, le Syndicat des médecins de la Seine, l'Association corporative des étudiants en médecine se sont inquiétés de cette grave question sur laquelle nous reviendrons.

IIIe Congrès International de Pathologie Comparée. (Athènes, 15-18 avril 1936.) — Le IIIe Congrès International de Pathologie comparée, dont le but est exclusivement scientifique, s'occupera non seulement des maladies communes à l'homme et aux animaux dans toute la série, mais aussi des rapports pouvant exister entre les maladies des différentes espèces.

Il s'occupera également de pathologie végétale et des relations possibles entre certaines maladies des plantes et celles des animaux. La Section de Pathologie végétale ne traitera qu'une seule question, celle de l'immunité chez les végétaux.

Bureau du Congrès. — MM. les professeurs W. Bensis, Président ; A. Aravantinos, M. Georgopoulos, B. Krimbas, D. Petrides, M. Sakorrafos, Vice-Présidents ; A. Codounis, Secrétaire général ; les docteurs Tzortzakis, Secrétaire adjoint ; D. Liaros et E. Matheakis, Secrétaires administratifs ; M. le professeur A. Gouttas, Trésorier ; M. G. Nonis, Trésorier adjoint.

Renseignements. — Pour tous renseignements concernant le Congrès, le voyage, la croisière organisée, les hôtels, etc..., s'adresser sans retard au Secrétaire général, M. le docteur Ant. Codounis, professeur agrégé, Club Universitaire, 15, rue Hippocrate, à Athènes (Grèce).

Les Journées médicales de Bruxelles (XVe session) se tiendront à l'Université libre de Bruxelles, du 20 au 24 juin 1936, sous la présidence d'honneur de M. le professeur Robert Danis.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Beckers, Secrétaire général, 141, rue Belliard, Bruxelles.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Vendredi 14 février. — Jury : MM. Fiessinger, président ; Harvier, Alajouanine, Moreau. — M. Boudin. Les polyradiculonévrites généralisées avec dissociation albumino-entologique. Etude anatomo-clinique. — M. Orbiz y Rayès. Le domaine clinique de la poliomyélite et son traitement spécifique.

Pallas (1)

La cinquième livraison de *Pallas* vient de paraître. On y lira une étude historique, du plus haut intérêt, de M. Aben-Sour, sur un médecin diplomate, le docteur Conneau, médecin et ami de Napoléon III. Puis un article pittoresque du docteur Crinon : Eloge de la Truculence. M. Christion de Caters nous fait visiter ensuite l'admirable Faculté de médecine de Coïmbre. On trouvera encore une enquête sur le tempérament chirurgical, avec les réponses de MM. Lambret, Okinczyc, Diamant-Berger... Arrêtons-nous, non sans mentionner l'article de M. Sentenac sur la parade des soldats de plomb du docteur Groc, le Dialogue des morts, etc...

La présentation artistique du numéro est hors de pair ; la mise en pages, très remarquable, fait grand honneur à Crinon. C'est l'œuvre d'un très grand journaliste, qui n'ignore aucune des finesses du métier.

F. L. S.

(1) *Pallas*, 111, boulevard Magenta, Paris.

REFLEXIONS SUR LA CHIRURGIE DES PARATHYROIDES ET SUR LES MALADIES D'ORIGINE PARATHYROIDIENNE [1]

Par M. R. LERICHE,

Professeur de Clinique chirurgicale à Strasbourg.

Mon ami Braine ayant bien voulu, dans son rapport, donner asile à la statistique des opérations parathyroïdiennes faites à la Clinique Chirurgicale A de Strasbourg, je me bornerai à donner quelques indications sur la chirurgie des parathyroïdes, telle que je la vois maintenant après l'expérience des 35 opérations que nous avons faites, Jung et moi.

***

REMARQUES TECHNIQUES

Généralement, je fais une incision transversale et prépare la région rétro-lobaire, de façon à bien voir l'épanouissement des branches de la thyroïdienne inférieure, où je cherche la glande.

Au début, il m'est arrivé de me tromper et de n'enlever que de la graisse ou un lobule thyroïdien, et de ne reconnaître mon erreur qu'après l'examen histologique.

C'est ce qui m'a conduit à systématiser la résection du segment d'épanouissement de la thyroïdienne inférieure, pour avoir au moins un effet d'ischémie sur le tissu parathyroïdien.

On a dit tout théoriquement que cela ne pouvait rien faire. Cependant, sur l'animal, on obtient ainsi des zones de nécrose dans les parathyroïdes inférieures, et chez l'homme, nous avons eu, Jung et moi, des effets thérapeutiques avec chute de la calcémie, effets qui persistent après des années.

Je ne dis pas que la ligature artérielle soit le procédé de choix de la chirurgie parathyroïdienne. C'est un procédé de sécurité pour le cas où l'on doute de la valeur physiologique de ce que l'on a enlevé. Le procédé évite de faire coup nul, ce qui est profondément désagréable.

Il est d'ailleurs certain que, plus l'expérience croît, moins cette précaution est nécessaire. Et dans mes dernières opérations, je n'ai jamais manqué les parathyroïdes.

A ce sujet, il serait souhaitable que la littérature chirurgicale se débarrasse des observations où il y a eu coup nul, ce qui n'a pas été fait jusqu'ici. Maintes statistiques prétendent exprimer en pourcentage les résultats de la chirurgie parathyroïdienne en additionnant des observations où les parathyroïdes sont restées en place avec celles où elles ont été enlevées, ce qui fait une assez singulière statistique.

A cause de cela, ce sont, comme le disait Braine, les observations bien suivies plus que les gros chiffres qui permettront dans l'avenir de juger des résultats de la chirurgie parathyroïdienne.

(1) Communication faite au Congrès international de Chirurgie. Le Caire, 2 janvier 1936.

Dans l'ordre technique encore, je voudrais dire un mot des *récurrents*. On en parle rarement. Il y a cependant des cas de paralysie récurrentielle post-opératoire. Sur 35 cas, j'en ai eu deux.

L'un vaut d'être rapporté.

J'interviens pour un syndrome de Raynaud, avec hypercalcémie forte, et dépôts calcaires sous la peau. J'enlève à droite et à gauche deux lobules qui me paraissent parathyroïdiens. Tout se passe bien. Mais j'ai dû mettre une ligature sur une artériole à droite. Le soir, je trouve la malade avec une voix bitonale. L'examen laryngoscopique montre une paralysie récurrentielle. L'étude histologique des pièces enlevées dit : graisse et lobule thyroïdien, donc résultat thérapeutique nul, et adjonction d'une paralysie récurrentielle fâcheuse sur une religieuse qui dirige le chœur de son couvent ! Au 7e jour, je rouvre le cou, et je trouve à droite le récurrent pincé dans la ligature signalée. Le fil est enlevé. Un sillon de striction reste sur le nerf. Je fais une double sympathectomie périhumérale. Le Raynaud rétrocède. Mais la paralysie récurrentielle dure trois mois.

Dans un autre cas, elle n'a pas non plus été durable, mais elle a persisté près de six mois.

Autre chose : quand on enlève des parathyroïdes, combien faut-il en enlever ? Je crois qu'il est dangereux d'en enlever plus de deux. Peut-être l'ablation d'une seule est-elle suffisante ? C'est un problème très important qui n'a jamais été réellement abordé. Il mériterait de l'être cependant.

***

INDICATIONS

Dans le *Recklinghausen*, nous sommes d'accord avec Mandl, malgré les incertitudes qui persistent sur l'origine première des accidents. Je serais assez partisan de la théorie d'Erdheim, et crois l'adénome secondaire, mais à rôle efficient.

Pour la *polyarthrite ankylosante*, il est encore impossible de dire ce que la parathyroïdectomie vaut réellement et si elle peut, précocement faite, guérir définitivement la maladie. Mais je pense qu'il faut continuer, en opérant dès que possible, car le nombre grandit des beaux résultats.

Pour la *sclérodermie*, je serai très affirmatif : je crois que cette maladie n'est que l'expression cutanée d'un hyperparathyroïdisme qui lyse le squelette, et d'une hypercalcie conjonctive. La peau et de nombreux organes ont alors une charge calcique anormale, et le squelette est raréfié. Nos recherches avec Jung établissent, comme celles de Selye, qu'expérimentalement, on peut réaliser la sclérodermie avec le parathormone.

Quelle est donc la maladie endocrinienne que l'on peut ainsi reproduire à volonté ?

En tout cas les résultats thérapeutiques sont souvent éclatants.

Dans les cas de début, et dans les sclérodermies en bandes, les opérations sympathiques donnent des résultats étonnants. Nous en avons, Fontaine et moi, qui se maintiennent au bout de dix ans, de telle façon que l'on peut parler de guérison complète.

Mais quand il s'agit de formes diffuses, de formes rapidement évolutives, la parathyroïdectomie n'est pas seulement utile, elle est nécessaire. Je la combine d'habitude avec les opérations sympathiques.

Dans des cas où j'ai cru pouvoir m'en passer, j'ai vu la maladie rétrocéder aux mains, aux pieds, à la face, c'est-à-dire dans les territoires d'action des opérations sympathiques pratiquées, mais continuer sur le thorax et sur le ventre.

Je conseille donc, pour les sclérodermies graves, les seules que voient les chirurgiens actuellement, la combinaison : parathyroïdectomie-sympathique, dont les effets s'additionnent.

On s'étonnera peut-être de ce conseil, en pensant qu'il fait preuve de peu de foi dans la parathyroïdectomie. Mais on aura tort. J'ai dit depuis longtemps que dans la sclérodermie, il y avait des lésions vasculaires du type vaso-constrictif, de petites oblitérations périphériques. A cause de cela, les sympathectomies sont des adjuvants nécessaires. L'opinion que j'ai soutenue en 1930 de l'identité qualitative des réactions qui suivent parathyroïdectomie et sympathectomie, vient de trouver son explication dans les recherches de Pines, qu'a divulguées Laruelle : les ablations des glandes à sécrétion interne ont toujours des répercussions sur le névraxe végétatif et sur les ganglions paravertébraux et préviscéraux. On sait que la parathyroïde renferme des corpuscules de Vater-Vaccini, et que quand on enlève la glande, on fait du même coup une neurectomie qu'influencent les ganglions cervicaux. Je pense que dans les cas sévères, il y a avantage à additionner les effets, et que le traitement de la sclérodermie doit être neuro-endocrinien.

On a objecté à la chirurgie parathyroïdienne, dans la sclérodermie et dans la polyarthrite, l'absence habituelle de lésions histologiques des parathyroïdes. L'idée de la chirurgie physiologique, de la chirurgie à visée fonctionnelle, heurte encore beaucoup d'esprits. Et cependant, ne sait-on pas que, dans le diabète, il n'y a pas de lésions pancréatiques décelables dans les deux tiers des cas ?

Par ailleurs, les résultats thérapeutiques sont là qui ont bien quelque signification.

D'autre part, nous savons que les glandes à sécrétion interne se commandent les unes les autres, qu'elles ont des synergies fonctionnelles, et que telle ou telle glande peut être troublée par ricochet dans son fonctionnement sans être modifiée dans sa structure anatomique. Cela doit nous encourager à persister en attendant de savoir distinguer le premier moteur d'une pathologie en cascades.

***

DE L'AVENIR DE LA CHIRURGIE DES PARATHYROIDES

Je voudrais, pour finir, examiner *l'avenir et la signification de la chirurgie des parathyroïdes* dont j'ai déjà parlé en 1932 dans la *Presse Médicale* (1).

(1) L'avenir et la signification de la chirurgie des parathyroïdes, *Presse méd.*, 20 juillet 1932, n° 58.

Et je dédie ces quelques phrases à la mémoire de Oppel, dont nous devons nous rappeler le nom aujourd'hui.

On aurait tort de croire que le but de la chirurgie des parathyroïdes est simplement d'enlever quelques adénomes dans la maladie de Recklinghausen, ou quelques parathyroïdes, modifiées ou non, dans la sclérodermie ou dans la polyarthrite ankylosante.

Sans doute, c'est ce qu'elle a fait jusqu'ici dans une phase de tâtonnement et d'orientation.

Mais, dans la réalité, c'est autrement que nous devons la concevoir désormais.

Je disais en 1932 que nous devions la comprendre comme une chirurgie du tissu conjonctif. Je pense toujours ainsi, mais j'irai aujourd'hui plus loin qu'il y a 4 ans.

Nous devons comprendre que, par la chirurgie des parathyroïdes, nous *inaugurons un nouveau département de la chirurgie, la chirurgie physiologique des grands cycles chimiques de l'organisme, une chirurgie qui existera certainement un jour, mais dont, pour l'instant, nous ne pouvons essayer que ce qui a trait au cycle du calcium, parce que, là, nous connaissons avec certitude l'organe régulateur.*

***

Le cycle du calcium n'est pas simple.

Un homme de 70 kgs, se nourrissant normalement, absorbe par jour, en moyenne, un gramme de calcium. Mais ce calcium alimentaire est presque totalement éliminé par les urines et par les fèces. Cependant, l'équilibre de la vie organique exige que le milieu intérieur en ait un taux constant. Il faut que le sérum sanguin en ait continuellement environ 9 à 10 milligrammes pour 100. La permanence de ce taux, constamment maintenu chez l'homme normal, est assurée par une incessante prise au squelette, qui se fait sous l'action de l'hormone parathyroïdienne.

C'est donc avant tout l'hormone parathyroïdienne qui règle en somme le sort du cycle calcique.

Dès lors, le problème qui s'offre à la chirurgie parathyroïdienne est d'analyser méthodiquement ce qui peut résulter d'un trouble dans la régulation de la prise calcique au squelette, et de chercher à en corriger les aberrations.

C'est avant tout un problème de pathologie expérimentale, auquel devra s'adjoindre secondairement un problème de clinique. Le problème thérapeutique ne viendra qu'après.

Je pense que le problème de pathologie expérimentale doit venir en premier lieu.

C'est lui seul, en effet, qui peut nous éclairer et nous faire comprendre des faits que l'on observe depuis longtemps, mais que l'on ne comprend pas, faute de ligne directrice.

Jusqu'ici, dans la médecine, on a généralement marché en sens inverse. On est allé de la clinique à l'analyse pathogénique. On peut penser que désormais, de plus en plus, c'est en sens inverse que l'on travaillera. On ira du plan physiologique au plan clinique, parce que, ainsi, la tâche sera plus simple et plus claire.

Jung et moi avons essayé dans cet esprit de partir de l'hyperparathyroïdisme expérimental, et de voir ce qu'il nous apprend.

Avec la parathormone de Collip, on peut obtenir aisément les symptômes suivants :

1° Une décalcification des os, commençant par le tissu spongieux, et par la bordure du canal médullaire ;

2° Des modifications consécutives de la teneur du sang en calcium et en phosphore, qui ont bientôt pour conséquence :

3° Des calcifications métastatiques plus ou moins généralisées, que l'on trouve dans la peau, dans le myocarde, dans les artères, dans les reins, dans les poumons, dans l'estomac, dans les ganglions lymphatiques — mais qui sont plus particulièrement fréquentes dans la peau, dans le myocarde et les artères;

4° Des modifications de la teneur des urines en calcium et en phosphore — qui peuvent être suivies d'une néphrite plus ou moins intense, et d'une lithiase rénale.

Ces différents éléments se groupent en trois types évolutifs : le suraigu, rapidement mortel, l'aigu et le chronique, tous trois faits des mêmes éléments.

Il n'y a entre eux qu'une différence essentielle, c'est que dans l'hyperparathyroïdisme qui dure, l'organisme se met bientôt en état d'équilibre et corrige la déviation calcique. Par suite, la calcémie revient à un taux normal et n'éveille plus l'attention comme dans l'hyperparathyroïdisme suraigu rapidement mortel et dans l'aigu. De même, le calcium urinaire, dont le seuil d'élimination peut être abaissé, reprend des valeurs sensiblement normales. De ce fait, le bilan calcique redevient positif.

En somme, quand on étudie les aspects de l'hyperparathyroïdisme expérimental, on en vient à cette conclusion que, si une hypercalcémie et une hypercalciurie plus ou moins notables sont, à coup sûr, des tests d'hyperparathyroïdie, *dans les états chroniques, une calcémie et une calciurie normales ne peuvent pas permettre d'éliminer l'hyperparathyroïdie, si l'analyse physio-pathologique en indique l'existence.*

On saisit de suite l'importance de cet enseignement de l'expérimentation.

Hypercalcémie-hypercalciurie, cela veut dire parathyroïdisme aigu évolutif.

Calcémie normale, calciurie normale, ou basse, bilan calcique positif, cela ne veut rien dire contre l'hypothèse hyperparathyroïdienne.

Par contre, *décalcification diffuse du squelette, calcifications métastatiques diffuses, doivent toujours orienter de suite vers l'hypothèse hyperparathyroïdisme.*

Il nous semble que la connaissance de ces faits est de grande importance pour la compréhension de la pathologie parathyroïdienne, on s'explique ainsi les incertitudes, le va-et-vient des opinions et les contradictions des statistiques touchant les syndromes parathyroïdiens.

Mais, alors, *quels sont les tests de l'hyperparathyroïdisme chronique ?*

Probablement, là comme ailleurs, la question ne peut pas se juger en toutes circonstances sur un seul élément caractéristique, et seul valable.

Il est aussi absurde d'exiger hypercalcémie ou hypercalciurie pour dire hyperparathyroïdisme, que d'exiger une hyperazotémie pour dire néphrite. Mais, si elles existent, l'hyperparathyroïdisme est certain.

Peut-on donner la signification d'un test à la décalcification diffuse du squelette et aux calcifications métastatiques ?

On ne peut pas le dire encore de façon formelle. Nous ne le savons pas sûrement, mais c'est probable. Et pour ce qui me concerne, je pense que devant une décalcification diffuse du squelette, *sans reconstruction*, surtout s'il y a des calcifications métastatiques du tissu conjonctif ou de divers organes, l'hyperparathyroïdisme est très probable.

Sans doute, expérimentalement, Askanazy et Ruthishauser ont obtenu de la décalcification diffuse en produisant des intoxications par le plomb, mais dans l'ordre des méthodes expérimentales physiologiques, ce n'est qu'avec le parathormone que l'on a jusqu'ici obtenu une décalcification massive.

Et, de même, on n'obtient des surcharges calciques diffuses qu'avec le parathormone.

La conclusion est, dans l'état actuel de la recherche, que dans les maladies à décalcification diffuse, chronique, et à calcifications métastatiques, c'est du côté des parathyroïdes qu'il faut regarder en premier lieu.

***

Autre question : dans l'hyperparathyroïdisme expérimental on obtient, surtout s'il est aigu, des calcifications diffuses du tissu conjonctif et des organes d'une part, et de la néphrite d'autre part.

Etant donné ceci, étant donné la surcharge calcique du myocarde, des artères, des divers tissus, révélée par l'expérimentation, étant donné la néphrite expérimentale obtenue avec le parathormone, et la lithiase rénale démontrée par Mandl, faut-il, en présence de toute une série de maladies, de troubles cardiaques, artériels, digestifs, rénaux, songer à de l'hyperparathyroïdisme ?

Personne ne peut encore répondre à cette question trop neuve. Mais on doit y songer.

Je voudrais proposer à la méditation des pathologistes les faits suivants :

Jung donne 4 unités d'extrait parathyroïdien (paratyrone de Byla) par jour à un jeune rat, pendant 26 jours. Le rat est tué le 27e jour. Le calcium est dosé dans le myocarde, qui contient 0,911 de calcium pour 1.000 de tissu sec, alors que le myocarde du témoin n'en a que 0,553.

Un rat âgé de 3 jours reçoit pendant 115 jours 1 unité de paratyrone par jour. Au bout de ce temps, son myocarde renferme 0 gr. 786 de calcium pour 1.000 de tissu sec. Le témoin n'en a que 0,483.

L'aorte thoracique de l'injecté renferme 7 grammes 546 de calcium ; il n'y en a que 0,869 chez le témoin.

En réfléchissant à ces faits expérimentaux, ne pense-t-on pas que *toute une série de maladies internes doivent être désormais étudiées sous l'angle de l'hypothèse parathyroïdienne, notamment les maladies où il y a des calcifications métastatiques, petites ou grandes, interstitielles ou en dépôt, en particulier la calcinose généralisée ou goutte calcaire ?*

L'idée pastorienne ne suffit pas à expliquer toute la pathologie. Les déviations des glandes à sécrétion interne soit par insuffisance congénitale, soit sous l'action de causes alimentaires pendant la croissance, soit sous l'effet de causes physiques (irradiation solaire insuffisante) ou par suite de déficit circulatoire, doivent probablement expliquer un grand nombre d'états pathologiques qui ne sont pas infectieux. C'est du moins une hypothèse vraisemblable, avec laquelle on peut travailler. Et dès lors, il paraît un peu enfantin de s'imaginer qu'il n'y a qu'une seule expression clinique de l'hyperparathyroïdisme, la maladie osseuse de Recklinghausen, et que dans ce cycle si complexe du métabolisme calcique, il n'y a qu'une seule maladie du dérèglement.

Ici comme ailleurs, il y a sans doute toutes sortes de modalités pathologiques, réglées par des facteurs secondaires que nous ignorons encore.

Et ce qui semble bien en faire la preuve, ce sont les résultats des opérations destinées à corriger l'hyperparathyroïdisme dans des maladies qui ont, par ailleurs, la marque parathyroïdienne.

Ainsi le cas suivant :

Un homme de 59 ans nous est adressé parce que depuis 20 ans, il a un dépôt blanchâtre dans ses urines. Il a eu à cette époque ses premières coliques néphrétiques, qui se sont souvent répétées depuis. Aucun traitement ne l'a amélioré. La radiographie montre un petit calcul dans le rein droit. Le Dr Villière, de Contrexéville, nous l'adresse, parce qu'il a constaté que son malade était hypercalcémique à 0,153.

Les urines sont boueuses. Nous trouvons une énorme calciurie à 3 gr. 33 par 100. Le calcul s'élimine spontanément après cathétérisme urétéral et pyélographie. La calciurie ne change pas.

La radiographie montre une légère décalcification des os de l'avant-bras et des tibias. Le 30 septembre 1935, nous enlevons, Jung et moi, deux parathyroïdes inférieures. Elles sont histologiquement saines. L'amélioration est rapide. Et deux mois plus tard, le malade nous écrit qu'il n'a plus de douleurs rénales, qu'il a des urines claires, sans dépôt, ce qui ne lui était pas arrivé depuis 20 ans, que son état général est transformé du tout au tout, et qu'il a engraissé de 5 kg.

La calcémie est basse à 0.084, la calciurie est normale.

Je trouve ce fait plein d'enseignement.

*
* *

CHIRURGIE DE L'INSUFFISANCE PARATHYROIDIENNE

L'hyperparathyroïdisme ne résume pas à lui seul toute la pathologie parathyroïdienne justiciable de la chirurgie.

Il y a d'assez fréquentes hypoparathyroïdies, dont l'expression clinique la plus brutale est la tétanie.

Sans doute, on peut remédier aux insuffisances glandulaires chroniques, à la tétanie, par l'administration d'hormone, ou de glandes fraîches, et surtout par l'injection de sels de chaux. On peut encore, suivant l'idée d'Oppel, mettre sous la peau un fragment d'os de bœuf. Et récemment, nous avons eu dans un cas de ce genre, Jung et moi, un très beau résultat, en glissant dans la cuisse de l'os purum de Orell.

Mais on peut aussi envisager le problème de plus haut, et chercher *à réactiver le parenchyme déficient en provoquant une vaso-dilatation à son niveau.*

Le problème est d'ordre général, et peut se poser pour toutes les glandes à sécrétion externe ou à sécrétion interne.

Il me préoccupe depuis longtemps.

Je ne crois pas que la greffe puisse, dans l'état actuel des choses, en être la solution. Tout ce que nous savons, dans l'ordre biologique, nous montre qu'elle n'est qu'un modeste capital rapidement détruit par le porteur, et qu'en aucune circonstance, elle ne peut être considérée comme une rente stable.

On peut, comme hypothèse de recherche, partir de cette idée que les insuffisances sécrétoires quantitatives ou qualitatives ne tiennent pas à l'insuffisante valeur intrinsèque des épithéliums. Celle-ci n'est jamais que relative, et tient soit à une insuffisante nutrition du tissu conjonctif qui lui sert de support vasculaire, soit à un apport trop médiocre des matériaux de base. Ne serait-il pas possible de réactiver les épithéliums, en provoquant, à leur niveau, une hyperhémie augmentant, dans l'unité de temps, la qualité et la quantité de sang circulant à leur niveau ?

Il y a une position expérimentale de ce problème. Elle consiste à voir d'une part l'effet des réductions circulatoires sur la valeur de telle ou telle glande, et d'autre part surtout l'effet de l'hyperhémie provoquée.

On pourrait également essayer de rechercher si, en augmentant l'apport des matériaux de base, on augmenterait le rendement d'un parenchyme.

Des études complémentaires devraient s'efforcer d'analyser ce que sont en soi les insuffisances glandulaires et essayer de doser telle ou telle hormone à la sortie de la glande, par les méthodes biologiques.

On arriverait ainsi, sans doute, assez vite à acquérir des précisions qui nous manquent encore.

Dans la vie de tous les jours, nous ne savons guère, en fait, la façon dont les glandes travaillent. Nous admettons leur activité et ses conséquences comme un fait. Nous n'avons aucune idée des conditions physiologiques nécessaires à leur travail, conditions chimiques élémentaires, c'est-à-dire alimentaires, conditions physiques et physiologiques, c'est-à-dire surtout circulatoires.

J'ai essayé de modifier certaines glandes, la thyroïde en 1920, le testicule et l'hypophyse avec Fontaine, il y a quelques années, et la surrénale récemment.

Avec Jung, je me suis plus spécialement occupé de la parathyroïde.

Nous avons vu d'abord que la réduction circulatoire diminue le rendement des glandes, du moins à l'état pathologique. Puis, expérimentalement, nous avons cherché à voir si l'ablation du ganglion cervical supérieur du sympathique modifiait les parathyroïdes du chien.

Etant donné les résultats positifs que nous avions obtenus expérimentalement, nous avons opéré trois tétanies spontanées, sévères, deux par ablation des

ganglions moyens, une par sympathectomie de la fourche carotidienne.

Une de nos malades, opérée par Jung, est guérie depuis 17 mois. Une autre, pathologiquement très complexe, a récidivé au bout de 8 mois. Une troisième demeure sans crise, avec un état général excellent, après cinq mois.

Ces résultats sont encourageants, et nous croyons qu'il y a lieu de poursuivre dans cette voie.

***

On voit par ces quelques considérations les divers aspects que pourra prendre, dans l'avenir, la chirurgie des parathyroïdes.

Je pense qu'il ne faut pas la considérer seulement avec les préoccupations habituelles un peu terre à terre de la chirurgie courante, dont l'objectif est surtout anatomo-pathologique.

Nous devons désormais chercher les progrès de la chirurgie dans une chirurgie physiologique à visée humorale, qui s'adressera aux grands mécanismes régulateurs de la vie végétative, tout à la fois par le sympathique et par les endocrines.

On peut espérer qu'à côté de la chirurgie du cycle du calcium, bientôt viendront s'adjoindre d'autres types de chirurgie endocrinienne, cherchant à atteindre les troubles du cycle des graisses, des cholestérols, du sodium, des protides phosphorées.

Par l'hypophyse, par la surrénale, par la rate, ce sera probablement possible.

Nous avons fait des choses plus difficiles.

Xe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Le Caire, 31 décembre 1935-4 janvier 1936 (1).

Deuxième question

Chirurgie du sympathique lombaire

1. M. W. Braeuker (Hambourg). — Dans les dix dernières années, l'auteur a eu l'occasion de pratiquer 287 opérations sur le sympathique lombo-sacré, y compris les sympathectomies péri-artérielles, sans une seule complication, preuve de la bénignité de ces interventions quand elles sont exécutées suivant une technique bien réglée et d'après de bonnes indications ; elles ne conviennent pas pour l'endartérite oblitérante ; mais dans la maladie de Raynaud, dans l'érythromégalie, dans certains ulcères trophiques, dans diverses dystrophies réflexes des extrémités, on obtient des résultats magnifiques, dont l'auteur précise le pourcentage très élevé.

La grande labilité du système nerveux végétatif de certains malades explique les troubles circulatoires observés parfois dans les résections du plexus hypogastrique, dont l'auteur signale quelques cas guéris de diverses façons.

L'anatomie et la physiologie du système sympathique doivent être profondément corrigées, et l'auteur, qui étudie cette question depuis vingt ans, réfute notamment les théories de Langley et de Kölliker. A son avis, les ganglions et les relais sympathiques périphériques agissent comme des centres réflexes autonomes. Accessoirement, l'auteur relate quelques beaux succès obtenus dans l'artérite par la surrénalectomie ou l'artériectomie. Il résume aussi des cas de dystonie et d'hypertonie guéris par surrénalectomie combinée à une sympathectomie thoraco-solaire. L'auteur entre aussi dans des considérations concernant la pathogénie et le traitement chirurgical du mégacôlon, des affections douloureuses et fonctionnelles des organes pelviens, des névromes d'amputation, des causalgies, de l'hyperhidrose, des ulcères trophiques, de l'atrophie osseuse aiguë, de l'œdème traumatique, des retards de consolidation, des pseudarthroses, de l'arthrite traumatique et déformante.

Beaucoup de ces affections, jadis incurables, ont trouvé dans la chirurgie du sympathique une excellente thérapeutique. Dans ce domaine nouveau, il existe encore beaucoup d'inconnues ; mais il est certain que des recherches anatomiques et physiologico-chimiques consciencieuses permettent de grandes espérances.

2. M. Angelo Chiasserini (Rome). — Dans ce rapport sur la chirurgie du sympathique lombaire, l'auteur s'occupe presque exclusivement de la contribution que ses assistants et lui-même ont apportée à la question.

Cette expérience est basée sur 81 résections du sympathique lombaire et, incidemment, 19 résections du nerf présacré ont été mentionnées.

La partie principale du rapport est consacrée aux interventions faites contre les désordres circulatoires artériels des membres inférieurs et contre les troubles trophiques vasculaires.

Après avoir rappelé les raisons qui l'ont amené à abandonner des interventions telles que la sympathectomie péri-artérielle et passer à des opérations sur les segments les plus centraux du sympathique lombaire dans le traitement des syndromes dus à une circulation déficiente des membres inférieurs, l'auteur parle des indications et des contre-indications de l'opération. Ces interventions ont été décidées après une série d'examens et de recherches, à savoir : l'anamnèse du malade, un examen clinique minutieux, les tests fonctionnels qui, s'ils sont faits avec les précautions nécessaires, permettent d'établir avec précision le degré et la qualité de l'obstruction vasculaire.

Un des éléments fondamentaux du succès de la sympathectomie lombaire est l'existence, dans l'obstruction vasculaire, d'un composant spastique dont l'élimination permette le rétablissement d'une circulation périphérique suffisante.

L'auteur n'est pas partisan de l'artériographie comme moyen de diagnostic dans les cas d'artérite.

Il donne la préférence à la ganglionectomie sur la ramicotomie et en précise les raisons.

Il décrit brièvement la technique opératoire des quatre méthodes employées par lui *a*) voie transpéritonéale latérale ; *b*) voie transpéritonéale médiale ; *c*) voie extrapéritonéale ; *d*) voie extrapéritonéale avec incision « en grille » des muscles pariétaux.

Il préfère les voies extrapéritonéales et surtout la dernière mentionnée.

Il a cru opportun de rapporter, très brièvement, en les divisant par groupes, les interventions qu'il a pratiquées.

Les deux premiers groupes comprenant 52 gangliectomies, dont 35 pour des altérations circulatoires graves des membres inférieurs et 17 pour ulcères plantaires sans complication de troubles circulatoires trop accentués.

Il rappelle les relations qui existent entre ces deux groupes de lésions. Il rapporte les résultats immédiats et les résultats éloignés et les commente.

Dans les autres groupes sont compris : 1 intervention pour maladie de Raynaud, 11 interventions pour ulcères

(1) Suite. — Voir la première question : Chirurgie des parathyroïdes, Gaz. des hôpit., 1936, n° 9, p. 149.

variqueux et séquelles de phlébites, 2 pour œdème du pied et de la jambe, 2 pour ulcération et douleurs de moignons d'amputation de la cuisse, 2 pour ulcères consécutifs à des lésions nerveuses, 4 pour arthrite ou arthrose, 2 pour paralysie spastique, 5 pour constipation chronique.

Vient ensuite, comme appendice, le groupe des 19 résections du nerf présacré pour dysménorrhée.

3. M. J. Gonzales-Aguilar (Santander). — L'auteur a fait une revue de nos connaissances actuelles sur l'anatomie et la physiologie du sympathique lombaire qui servent de base aux diverses opérations pratiquées sur ce système.

L'intervention qui doit être systématiquement préférée, quand on recherche des effets physiologiques durables, c'est la résection des ganglions lombaires supérieurs joints au rameau de connexion. Si on pratique des résections basses, on fait seulement la dénervation du sympathique de la jambe et du pied et l'opération n'a aucune efficacité sur les vaisseaux des muscles.

Les gangliectomies par voie transpéritonéale permettent de réaliser une opération plus complète et de pratiquer en un seul temps l'opération bilatérale, mais c'est là une opération qui présente de graves risques. La gangliectomie extrapéritonéale ne présente aucune gravité : elle est la voie d'élection dans la majeure partie des cas.

L'application de la gangliectomie du sympathique au traitement de la maladie de Raynaud donne des résultats d'un pourcentage désormais établi, ce qui indique que nous sommes en possession d'un moyen thérapeutique capable d'arrêter d'une manière permanente la marche progressive de la maladie et de guérir les lésions déjà établies mais qui ne sont pas encore amenées à la nécrose.

Dans les affections vasculaires périphériques d'origine inflammatoire, type Buerger, on peut seulement obtenir des résultats relatifs directement proportionnels à l'extension plus ou moins étendue des lésions vasculaires. Il ne paraît pas possible d'arrêter la marche de la maladie, mais on peut obtenir des améliorations qui permettent l'usage des membres affectés.

Dans les affectations vasculaires d'origine dégénérative, les résultats de cette chirurgie ont une valeur clinique minime.

Les malades atteints de polyarthrite chronique avec lésions de caractère non exsudatif sont soulagés par la gangliectomie lombaire.

Les troubles vasculaires et leurs conséquences trophiques, ceux des séquelles poliomyélitiques obtiennent des gangliectomies les mêmes bénéfices que ceux de la maladie de Raynaud.

4. MM. René Leriche et René Fontaine (Strasbourg). — De 1924 au 1er mai 1935, les auteurs ont pratiqué 152 sympathectomies lombaires. Dans presque tous les cas, la gangliectomie L3 et L4 suffit : celle-ci est aisément réalisable soit par voie transpéritonéale, soit par voie sous-péritonéale, à laquelle les auteurs donnent la préférence chaque fois qu'elle est possible.

La sympathectomie lombaire entraîne une vaso-dilatation durable dans le membre intéressé. Elle exerce également une action sur le tonus musculaire, la sensibilité, la sudation, et sur certaines fonctions viscérales. Elle n'entraîne aucun inconvénient. Sa mortalité, de 2,6 p. 100 dans la pratique des auteurs, est insignifiante.

Quant aux résultats, ils sont bons dans la chirurgie de la douleur (moignons douloureux, sciatiques rebelles, névralgies pelviennes d'origine cancéreuse) : excellents aussi dans l'hyperhidrose, les troubles vasomoteurs, la sclérodermie, l'ostéoporose. Avec de bonnes indications, ces opérations peuvent être utiles dans la chirurgie du tonus musculaire et dans les séquelles des phlébites. Dans le mégacôlon congénital, les opérations sympathiques sont également indiquées.

Les auteurs passent ensuite à l'étude des artérites et comparent les résultats que donne la sympathectomie lombaire dans ces cas, à ceux des autres méthodes chirurgicales et surtout de l'artériectomie. Ils arrivent à la conclusion que sympathectomie lombaire et artériectomie, loin de s'opposer l'une à l'autre, doivent le plus possible être combinées.

Dans l'ensemble, les résultats sont meilleurs dans l'artériosclérose que dans la thrombo-angéite. L'âge avancé des artérioscléreux, la fréquence des oblitérations très localisées, faciles à extirper, parlent en faveur de l'artériectomie dans ces cas, alors que la sympathectomie lombaire reste indiquée dans la maladie de Buerger dans laquelle elle sera utilement complétée par une surrénalectomie.

5. M. Gino Pieri (Udine). — L'expérience du rapporteur dans le domaine de la chirurgie du sympathique lombaire, jusqu'à la fin de 1934 (afin de disposer d'un délai post-opératoire suffisamment long) se base sur 120 cas, dont 56 concernant des malades opérés pour affections de l'appareil digestif (syndromes douloureux chroniques de la fosse iliaque droite, colite, constipation), 17 pour affections de l'appareil urinaire (néphralgies de différentes origines, cystite chronique douloureuse, parésie de la vessie, douleurs par épithélioma de la vessie), 6 pour affections de l'appareil génital masculin (douleurs testiculaires ou prostatiques, spermatorrhée), 22 pour affections de l'appareil génital féminin (syndromes douloureux de l'utérus (endo-artérite oblitérante, parésie spastique, dystrophies douloureuses, ulcus perforant, hyperhidrose).

6. M. Archibald Young (Glascow). — 1° Bien que le sujet à discuter ait été strictement limité à la chirurgie du sympathique lombaire, l'auteur a considéré qu'il était souhaitable de faire une revue plus large de toute la chirurgie du système sympathique. Il estime que le Congrès international de chirurgie est une occasion propice pour comparer les résultats des différentes méthodes. Il trouve en particulier nécessaire d'établir une comparaison critique entre les procédés péri-artériels et les interventions plus graves, telles que la gangliectomie et les résections tronculaires.

2° Dans la première partie de son exposé, l'auteur fait une revue des bases historiques, physiologiques et cliniques, de la sympathectomie péri-artérielle ; il récapitule systématiquement et avec une assez grande envergure les résultats de sa propre expérience à ce sujet dans le traitement des différents résultats morbides, tels que l'ulcère chronique, les insuffisances de cals osseux, certaines conditions articulaires mal précisées, certains spasmes, les œdèmes traumatiques et différentes affections vasculaires spasmodiques ou oblitératives.

Ces résultats montrent que dans la majorité des cas le choix de la sympathectomie péri-artérielle a été justifié. Dans 65 p. 100 des cas relatés par l'auteur, les résultats se sont montrés satisfaisants.

3° L'auteur examine ensuite et compare les résultats de la ganglionectomie et particulièrement de la ganglionectomie lombaire. Il examine la technique de cette intervention, les difficultés occasionnellement rencontrées, les suites immédiates et les résultats plus particulièrement dans les affections du type Raynaud, de la thrombo-angéite oblitérante, de l'artériosclérose et des combinaisons de ces diverses affections. Il expose également ses résultats dans des cas d'ostéo-arthrite, de poly-arthrites rhumatoïdes et de paraplégie spastique accompagnée de troubles vasculaires oblitératifs. Sur 22 cas relatés, il a obtenu 72,5 p. 100 de résultats satisfaisants.

4° Analysant les résultats de ces cas, il constate que la ganglionectomie lombaire dans la maladie de Raynaud donne d'excellentes perspectives de guérison ; que de ses propres cas de thrombo-angéite, il n'a que 30 p. 100 de résultats satisfaisants ; dans l'artériosclérose 50 p. 100 ; dans la combinaison des deux affections, également 50 p. 100 ; dans le seul cas d'ostéo-arthrite de la hanche, il a observé un excellent résultat, de même que dans une paraplégie spastique.

5° Le résultat le plus démonstratif de tous a été obtenu dans 6 cas de polyarthrite grave, du type rhumatoïde, où les malades complètement impotents et misérables ont été soulagés de leurs douleurs et rétablis au point de pouvoir reprendre une vie active.

6° L'auteur signale son expérience également dans d'autres cas de sympathectomie lombaire (neurectomie mésentérique inférieure, neurectomie pré-sacrée) dans les affections du type Hirschsprung, de même que les résultats qu'il a obtenus dans la neurectomie présacrée dans des troubles fonctionnels et douloureux de la vessie.

R. BECKERS.

(A suivre.)

SOCIETÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1935)

La vitamine C chez les Invertébrés. — MM. A. GIROUD et R. RATSIMAMANGA. Chez les Invertébrés, comme chez les Vertébrés, c'est l'hépato-pancréas qui est le plus riche, les tissus musculaires les plus pauvres en acide ascorbique. Dans de nombreuses espèces, on constate une relation manifeste entre le taux de vitamine C et la présence de caroténoïdes : c'est un fait presque constant que les auteurs, avec C.-P. Leblond, ont eu l'occasion de montrer en particulier chez les plantes. Les organes des Invertébrés sont un peu plus riches que ceux des Vertébrés, et, d'autre part, la teneur globale des premiers, du fait de l'importance de la masse viscérale, est plus élevée que celle des mammifères ; ils constituent donc une source très appréciable de vitamine C.

La globulie de base. — MM. L. BINET et M.-V. STRUMZA. On connaît bien, chez l'animal et chez l'homme, l'existence de la polyglobulie d'effort. Il était intéressant de rechercher ce que devient le taux globulaire au cours du repos profond tel que le réalise l'anesthésie générale. C'est ce qu'ont fait les auteurs. Leurs examens ont porté sur le sang du cœur ou de l'artère fémorale, chez 100 chiens éveillés et 105 chiens chloralosés depuis plus d'une heure. Ils ont ainsi observé, de façon constante, une diminution du nombre des hématies par mmc. et une diminution du taux de l'hémoglobine chez les chiens profondément endormis, par comparaison avec les chiens éveillés. Cette différence s'observe même quand le sommeil est obtenu avec un anesthésique utilisable sous un faible volume, et n'est donc pas imputable à la dilution de la masse sanguine. Faut-il admettre l'existence d'une « globulie de base », inférieure à la globulie de l'animal éveillé au repos, et qui s'expliquerait par la stase circulatoire que détermine l'anesthésie et par la formation de « dépôts » d'hématies dans les vaisseaux périphériques ?

Action du p-aminosulfamide sur les infections streptococciques expérimentales de la souris et du lapin. — M. et Mme J. TRÉFOUËL, MM. F. NITTI et D. BOVET ont mis en évidence l'action antistreptococcique de la para-aminophénylsulfamide dans les infections expérimentales. Cette substance a été essayée sur la souris dans les conditions décrites par Domagk, et a donné des résultats analogues à ceux du Prontosil. Chez les lapins inoculés avec vingt fois la dose mortelle d'une culture de streptocoques, l'hémoculture reste négative dans les jours qui suivent le traitement, et l'on observe une survie qui n'a pas dépassé huit jours pour des animaux traités deux jours de suite.

A propos de la bacillémie chez le cobaye tuberculeux et de sa mise en évidence par les injections d'extrait acétonique de B.K. — MM. J. VALTIS et F. VAN DEINSE confirment les expériences de L. Nègre et J. Bretey d'après lesquelles l'inoculation du sang citraté provenant de cobayes tuberculeux à des cobayes neufs, suivie du traitement de

ces derniers par des injections bi-hebdomadaires d'extrait acétonique de B.K., permet de mettre en évidence l'existence d'une bacillémie tuberculeuse chez l'animal tuberculeux dans les cas où l'injection du sang citraté non suivie par le traitement par l'extrait resterait négative. Les cultures des cobayes traités et devenus tuberculeux se montrent plus virulentes pour le lapin que la culture avec laquelle avaient été infectés les cobayes dont provenait le sang citraté.

Etat d'allergie intense, rapide et durable conféré au cobaye par ingestion de bacilles tuberculeux morts enrobés dans de l'huile de vaseline, et son mécanisme. — M. A. Saënz relate comment il a réussi par ingestion à la pipette de bacilles morts, enrobés dans de l'huile de vaseline, à conférer rapidement à des cobayes un état d'allergie durable et intense.

Par l'ingestion à la pipette il a provoqué la pénétration de l'émulsion bacillaire dans la trachée, d'où infection des voies aériennes supérieures. Par sa constance et sa densité, l'huile maintient les bacilles au contact de la muqueuse pulmonaire ; dans ces conditions, les corps microbiens sont capables de provoquer des réactions cellulaires spécifiques dont l'intensité dépend de la quantité de microbes ingérés. Comme pour les bacilles vivants, la condition *sine qua non* de l'allergie est donc liée à la formation de lésions tuberculeuses tissulaires.

La greffe bréphoplastique de l'hypophyse chez le rat. — M. R. May. La greffe bréphoplastique (transplantation fonctionnelle et durable de tissus d'embryons ou de nouveau-nés chez des animaux jeunes ou adultes) intra-oculaire d'hypophyse fait réapparaître, chez des rats hypophysectomisés deux mois auparavant, l'aspect normal du poil, l'activité, et des testicules normalement constitués. Dans les cas obtenus jusqu'ici, elle a provoqué une croissance qui n'atteint pas celle des témoins normaux. Le greffon d'hypophyse dans l'œil a, 135 jours après son implantation, un aspect histologique normal.

Teneur en lipase du foie normal et du foie en dégénérescence. — MM. Noël Fiessinger et Alfred Gajdos signalent l'abaissement constant de la lipase hépatique au cours des dégénérescences graisseuses, tant en pathologie qu'en expérimentation.

LIVRES NOUVEAUX

Ecole pratique du Secouriste spécialisé en asphyxies. Temps de paix et temps de guerre (1), par le médecin-colonel Cot.

Le Médecin-Colonel Cot, attaché à l'état-major du Général inspecteur de la Défense aérienne du territoire, vient de publier un nouvel ouvrage, intitulé : *Ecole pratique du Secouriste spécialisé en Asphyxies du temps de paix et du temps de guerre.*

Cet ouvrage simple, clair, didactique et surtout essentiellement pratique, est appelé à rendre de grands services aux infirmiers et aux infirmières Z, ainsi qu'à tous ceux qu'intéresse le problème du péril aérien.

Ce travail fait le plus grand honneur à son auteur, dont le premier traité, paru en 1930 et intitulé : *Les Asphyxies accidentelles*, fut couronné par l'Académie de Médecine en 1932.

C'est pourquoi nous ne saurions conseiller trop vivement à nos lecteurs la lecture de l'ouvrage du colonel Cot. Il n'est, au surplus, que le résumé fidèle de l'enseignement pratique qu'il donne tous les jours comme directeur technique des Secours aux Asphyxiés de la Ville de Paris.

L. G.

(1) In-8 de 188 pages avec de nombreuses figures. — Prix : 16 fr. — Paris, Le François.

Le jeu des 36 bêtes, par M. André Demaison. Edité par les Laboratoires Deglaude (1).

Les Laboratoires Deglaude viennent de faire éditer avec un très grand luxe un roman de M. André Demaison. Il s'agit d'une bien curieuse étude de mœurs chinoises observée à Madagascar. Là comme dans tant d'autres endroits du globe, il se forme des communautés chinoises, dont les coutumes, le mystère échappent complètement aux Européens. Le lecteur y trouvera une description intéressante du fameux jeu des 36 bêtes, qui passionne les joueurs d'Extrême Orient.

Le livre, magnifiquement illustré par M. Jacques Darcy, est envoyé aux médecins sur demande et dans la limite des exemplaires disponibles, par les Laboratoires Deglaude.

Est-il nécessaire de rappeler le succès remporté par les précédentes éditions d'art Deglaude : la *Princesse Palatine*, de Paul Reboux, et *Sang gitane*, de Raymond Escholier, ouvrages aujourd'hui complètement épuisés ? F. L.-S.

(1) Laboratoires Deglaude, 15, boulevard Pasteur, Paris (XVe).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

13996. — M. Maurice Thorez, député, demande à M. le Président du Conseil, quelle est l'intention du Gouvernement en ce qui concerne l'extension aux départements de la Moselle, du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, de la législation française sur l'assistance médicale gratuite (loi de 1893) et sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables (loi de 1905). (Question du 11 octobre 1935.)

Réponse. — Le 26 décembre 1929, un projet de loi portant introduction de la législation médicale gratuite dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, a été déposé sur le bureau de la Chambre des députés et renvoyé à la Commission d'Alsace et de Lorraine. Le 26 juin 1931, M. Weydmann a déposé son rapport sur ce projet de loi et sur une proposition de M. Robert Schuman et plusieurs de ses collègues, rendant applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite. Le rapport de M. Weydmann a été repris le 17 novembre 1933 par application de l'article 36 du règlement de la Chambre des députés et renvoyé à la commission d'Alsace et de Lorraine. (*J. O.*, 28 décembre 1935.)

HONORAIRES

14991. — M. Xavier Vallat, député, demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° si un médecin peut réclamer comme honoraires à un malade indigent le tarif de responsabilité de la caisse ; 2° si, ce faisant, il viole la loi sur les assurances sociales. (*Question du 14 janvier* 1936.)

Réponse. — Pour la première question, réponse négative. Pour la deuxième question, réponse affirmative. En l'état actuel de la jurisprudence et jusqu'au 1er avril 1936, date de la mise en vigueur du décret-loi du 20 octobre 1935, les honoraires des médecins sont réglés, dans le cas de malades assurés sociaux indigents inscrits sur les listes établies en conformité de l'article 59 de la loi du 30 avril 1930, partie par les caisses d'assurances sociales, partie par les services d'assistance médicale gratuite. Le tarif appliqué est celui des accidents du travail. En tout état de cause, un

médecin violerait la loi des assurances sociales s'il réclamait directement des honoraires à un malade indigent inscrit sur les listes d'assistance médicale gratuite. (*J. O.*, 24 janvier 1936.)

NOTES POUR L'INTERNAT

ASTHME

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT [1]

III. Mais depuis les descriptions classiques, on a, de jour en jour, *étendu considérablement le cadre de l'asthme.*

A) On lui a d'abord rattaché toute une série de manifestations paroxystiques beaucoup moins typiques, mais ayant ce caractère fondamental d'*alterner chez un même sujet avec des crises typiques*, d'apparaître dans des conditions étiologiques analogues à celles de l'asthme, et qui relèvent probablement d'une pathogénie identique.

a) *Les asthmes atypiques.* — Asthme catarrhal.

1) Aigu. — Crises nocturnes dans lesquelles prédomine le catarrhe : soit nasal, véritable coryza permanent, mêlé de paroxysmes de dyspnée asthmatique ; soit bronchique.

2) Chronique. — Tableau de tousseur chronique avec paroxysmes asthmatiques.

b) *Les asthmes associés ou intriqués des modernes.* — Très souvent, l'asthme s'accompagne de lésions bronchopulmonaires, l'asthme est *intriqué d'emblée*, et c'est ce qui le différencie de l'asthme vieilli des classiques, où les lésions pulmonaires succédaient à une longue évolution chronique, et paraissaient en être seulement une conséquence.

1) Emphysème.

2) Sclérose consécutive à une infection aiguë, à une infection chronique : syphilis, surtout tuberculose (discuté autrefois ; actuellement surtout tuberculose fibreuse).

3) Parfois véritable tuberculose évolutive ; en tous cas tuberculose discrète, où les signes radiologiques sont bien plus nets que les signes généraux (en rapprocher les périlobulites de Sergent).

Dans ces cas, loin d'être une conséquence de l'asthme, pour les modernes, ces lésions ne constituent qu'une épine irritative.

C'est là également qu'on a pu observer un véritable *état de mal asthmatique*, rebelle à tout traitement.

c) *Les équivalents de l'asthme.* — Manifestations spasmodiques isolées ou alternant avec des crises d'asthme, elles doivent, pour certains, en être rapprochées par : le terrain commun ; l'alternance avec des crises typiques chez un même sujet ; la fréquence de l'éosinophilie, et en être distinguées, car *elles ne s'accompagnent pas de dyspnée.*

1) *Coryza spasmodique.* — 1° Coryza spasmodique périodique ou rhume des foins. Catarrhe aigu des fosses nasales, survenant chez certains malades à l'époque de la floraison des graminées.

Ces malades toussent, éternuent, présentant une intense congestion des muqueuses oculo-nasales. Les éternuements apparaissent souvent par crises pénibles à l'occasion d'une cause futile.

Ces crises cessent généralement de façon brusque vers le milieu de l'été.

Certains de ces malades peuvent d'ailleurs devenir des asthmatiques vrais avec des crises de dyspnée et signes bronchiques.

2° Coryza spasmodique apériodique. — Survenant à n'importe quel moment, et réalisant un tableau clinique identique.

2) *Trachéo-bronchite spasmodique.* — Ici, des crises de toux spasmodique et quinteuse, d'abord sèche, puis ramenant une expectoration glaireuse, surviennent la nuit, à heure fixe, souvent dans certaines positions, et durent une à deux heures.

Absence de dyspnée et de tout signe stéthacoustique, mais expectoration contenant des éosinophiles.

En outre, on peut observer des formes intermédiaires avec l'asthme vrai, avec quelques sibilances et un peu de dyspnée, véritables *formes larvées* de l'asthme.

3) *Toux coqueluchoïde*, avec éosinophilie dans l'expectoration (quelques cas).

4) *Bronchite à éosinophiles.* — Enfin, dans certains cas, l'asthme est précédé ou suivi d'une bronchite sans éléments spasmodiques, sans dyspnée, avec signes généraux excellents. Mais les crachats contiennent des éosinophiles en abondance.

B) *On a encore étendu le cadre de l'asthme*, en lui rattachant des manifestations très différentes, mais qui alternent souvent d'une façon curieuse avec des accès dyspnéiques : urticaire, eczéma, goutte, tachycardie paroxystique essentielle, prurigo et laryngite striduleuse chez l'enfant.

C) D'où la notion générale d'un *terrain commun* à toutes ces manifestations.

On a pu dire que les asthmatiques se rattachaient à la grande diathèse des arthritiques.

IV. Un cas à part : l'*asthme infantile.* — Il s'observe chez l'enfant et chez le nourrisson, mais surtout vers cinq ans.

Il s'agit là d'un *asthme humide avec fièvre.* — a) Début. Prodromes : coryza, éternuements, pendant deux ou trois jours.

b) Brusquement, la nuit, apparaît une crise de suffocation avec dyspnée, polypnée, battement des ailes du nez, cyanose des extrémités, tirage.

La température s'élève à 38°-38°5.

Il existe une tachycardie à 120-180.

A l'auscultation, on trouve des râles sonores, sibilants disséminés.

La première crise fait toujours errer le diagnostic : on pense à une bronchite capillaire.

C'est vers le deuxième ou troisième jour que la disparition progressive des signes fonctionnels et des signes physiques permet un diagnostic.

Il faut savoir d'ailleurs que ces crises *peuvent être modifiées :* accès à peine ébauchés (essoufflements et sibilances momentanés) ; parfois elles semblent surtout consister en coryza, rhinorrhée ; quand les accès sont très rapprochés, un catarrhe bronchique persistant semble les unir : l'asthme infantile est plus catarrhal que celui de l'adulte.

L'asthme ganglionnaire de Joal est une forme intriquée avec une adénopathie trachéo-bronchique.

Par ailleurs, et spécialement *chez le nourrisson*, la fréquence d'une infection amygdalienne, de troubles digestifs et hépatiques, d'urticaire, d'eczéma, de prurigo, de la notion d'hérédité, de rachitisme, pourront faire penser, associés à un terrain favorable, au développement des crises d'asthme.

L'arrêt de ces crises par l'adrénaline parachève le diagnostic.

Enfin *le pronostic* de l'asthme infantile est bien spécial. Il guérit souvent, et d'autant plus vite qu'il a commencé plus tôt : vers la puberté au plus tard, pour celui qui a commencé dans le jeune âge (3 à 5 ans) ;

De dix-huit à vingt ans, pour celui qui a commencé plus tard (8 à 10 ans).

Il ne laisse pas de traces.

(*A suivre.*)

R. TROTOT.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 11, p. 185.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 14. — SAMEDI 15 FEVRIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX (admissibilité). — Questions données : « Artère iliaque externe et ses branches. — Volvulus du côlon pelvien. »

Questions restées dans l'urne : « Artère poplitée et ses branches. — Anévrismes artériels poplités. — Anatomie du nerf phrénique gauche. — Diagnostic et traitement des plaies du cœur. »

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 10 février. — Questions données : « Examen clinique et diagnostic d'une épaule traumatisée. — Symptômes et diagnostic des artérites oblitérantes des membres inférieurs. »

MM. Genevrier, 19,2; Desfosses, 17,3; Boissonnat, 22,8; Lévy, 23; Klotz, 23,5; Goudot, 17,5; Lascaux, 22,4; Coulombeix, 18,9; Mme Aldou, 23,2; M. Sagaut, 22,7.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Nouveau régime* (1re année). — L'écrit d'anatomie aura lieu le 3 mars. Les convocations seront distribuées au secrétariat les 28 et 29 février, de midi à 15 h., guichet n° 2.

— *Congés des Jours gras 1936.* — A l'occasion des Jours gras, la Faculté sera fermée les lundi 24 et mardi 25 février (cours, travaux pratiques, examens et bibliothèque).

Le secrétariat sera ouvert les lundi 24 et mardi 25 février, de midi à 15 h.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique et pathologie médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon s'ouvrira le lundi 26 octobre 1936 devant la Faculté de médecine de Nancy.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

GUERRE. — Le médecin lieutenant-colonel Arène est nommé à l'état-major particulier du ministre.

M. le médecin général Fournereaux, directeur du Service de santé de la 8e région, à Dijon, a été placé dans la 2e section (réserve).

M. le médecin colonel Capdevielle, place de Limoges, est nommé directeur, par intérim, du Service de santé de la 13e région, à Clermont-Ferrand.

M. le médecin colonel Schneider, Ecole supérieure de guerre, est nommé, à compter du 9 janvier 1936, directeur, par intérim, du Service de santé de la 9e région, à Tours.

— Mutations :

Médecins colonels. — M. Fayet, sous-directeur du Service de santé de la 3e région, Rouen, est affecté comme sous-directeur du Service de santé de la 5e région, à Orléans ; — M. Lemoine, médecin chef de l'hôpital militaire du Belvédère, Tunis, est nommé directeur du Service de santé des troupes de Tunisie, Tunis ; — M. Mahaut, sous-directeur du Service de santé des troupes du Maroc, est affecté comme sous-directeur du Service de santé de la 3e région, à Rouen.

Médecins lieutenants-colonels. — M. Saulnier, médecin des hôpitaux militaires, major de l'Ecole du Service de santé militaire, Lyon, est affecté à l'hôpital militaire du Belvédère, Tunis, médecin chef et président de commission de réforme ; — M. Dorange, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tours, est affecté à l'hôpital militaire de Rennes, président de commission de réforme; — M. Delpy, médecin des hôpitaux militaires, salles militaires de l'hospice mixte de Tours, maintenu et désigné comme médecin chef et président de commission de réforme.

Médecins commandants. — M. Chaineaux, des salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne, est affecté au 25e d'artillerie, Châlons-sur-Marne; — M. Tricault, médecin des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon, est affecté comme major de l'Ecole du Service de santé militaire, Lyon.

MÉDAILLE DU DOCTEUR GEORGES LABEY. — Les amis et les élèves du docteur Georges Labey ont l'intention, à l'occasion de son départ des hôpitaux, et en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître Ch. Pillet.

Une souscription est ouverte à cet effet. Tout souscripteur de 100 fr. aura droit à un exemplaire de la médaille.

Prière d'adresser les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (VIe). (Compte chèques postaux, Paris 599.)

A LA MÉMOIRE DE LÉON FREY. — La Société de stomatologie, dans sa séance du 21 janvier dernier, a rendu un émouvant et officiel hommage à la mémoire d'un de ses membres les plus éminents, le docteur Léon Frey, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien secrétaire général adjoint de la Société de stomatologie, stomatologiste honoraire des hôpitaux, chargé de cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris, décédé à Nice le 22 décembre 1935.

En présence des membres les plus proches de la famille du savant disparu, le président de la Société de stomatologie, puis le docteur Chompret, chef des travaux pratiques de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris, le docteur Ch. Ruppe et Mme le docteur Chevallier-Oppenot — amis, collaborateurs ou parents du docteur Frey — évoquèrent, en termes émus, le souvenir de leur regretté collègue, dans le cadre d'intimité et de simplicité qu'il aimait particulièrement.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE RECRUTEMENT DES CHEFS DE TRAVAUX

Nous avons attiré l'attention dans notre précédent numéro sur la question du recrutement des chefs de travaux des Facultés de médecine, qui a été soumise au Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Voici quelques détails sur ce sujet, nous les empruntons à l'*Information Universitaire*, dont on connaît l'excellente documentation.

« Le projet répond à diverses préoccupations : 1° établir une coordination entre les agrégés, chefs de travaux et assistants des Facultés de médecine, « de manière à faire disparaître les anomalies et les contradictions actuelles » ; 2° « relever le niveau et définir les obligations des chefs de travaux et des assistants » ; 3° étendre aux Facultés de médecine « quelques dispositions déjà appliquées avec succès dans les Facultés des Sciences », pour un « effort d'unification ».

La distinction entre patentés et non patentés serait étendue aux trois cadres, seuls les non patentés pouvant prétendre à la pérennisation ou titularisation, après un stage uniforme de 3 ans.

Pour être nommé chef de travaux, il faudrait désormais remplir l'une des trois conditions suivantes : 1° avoir été institué agrégé d'une Faculté de médecine ; 2° être docteur en médecine et docteur ès sciences ou docteur en médecine et diplômé supérieur de pharmacie (*pour les chefs de travaux des sections de pharmacie des Facultés mixtes, le doctorat en médecine ne serait pas exigé des candidats* justifiant du diplôme de pharmacien et du doctorat ès sciences ou du diplôme supérieur de pharmacien et de la licence ès sciences) ; 3° *justifier du doctorat ès sciences et de l'inscription sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur (Faculté des Sciences)*. Les docteurs en médecine, les pharmaciens et les docteurs ès sciences pourraient les uns et les autres être délégués pour une année renouvelable (six ans au maximum).

Le minimum de service serait assimilé à celui des Facultés des Sciences, avec toutefois la possibilité de grouper le service dans un seul semestre.

A signaler enfin parmi les dispositions diverses du projet, l' « extension aux Facultés de médecine des préparateurs temporaires qui rendent des services si appréciables aux Facultés des Sciences ».

Ainsi le doctorat ès sciences serait appelé, dans certains cas, à remplacer le doctorat en médecine. Nous avons certes beaucoup de considération pour le doctorat ès sciences, mais jusqu'à nouvel ordre, nous continuons à estimer que les chefs de travaux de tout ordre des Facultés de médecine et des Facultés mixtes doivent être *d'abord* docteurs en médecine.

F. L. S.

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que le projet a été combattu en séance par M. Fedel qui a apporté les protestations de la Confédération des Syndicats médicaux, du Conseil général des Sociétés d'arrondissement et de l'Association corporative des étudiants en médecine.

Finalement un texte légèrement modifié a été voté. Pourront être nommés chefs de travaux dans les Facultés de médecine : 1° les agrégés des Facultés de médecine ; 2° les docteurs en médecine, *ou* les pharmaciens *ou* les docteurs ès sciences sous la réserve que les candidats seront pourvus d'un certificat d'aptitude spécial.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 17 février. — Jury : MM. Baudouin, président ; Marcel Labbé, Donzelot, Haguenau. — M. Alépée. Traitement de la dysphagie douloureuse chez les tuberculeux. — M. Markovits. Troubles vasculaires conditionnés par les côtes cervicales et les apophysomégalies de la 7e vertèbre cervicale.

Mardi 18 février. — Jury : MM. Tanon, président ; Joannon, Mouquin, Sézary. — M. Beniuminovici. Répartition de la pellagre en Roumanie. — M. Charbonnier. Etude de la prophylaxie antivénérienne à Hanoï. — M. El-Akrout. Les pratiques de la prière et l'hygiène chez les musulmans. — M. Fischer. Le problème médico-social de l'ouvrière enceinte. — M. Kula. Hygiène du cuir chevelu. — M. Quijano. La lèpre en Colombie. — M. Winternitz. Travail et orientation professionnelle des tuberculeux guéris.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

REVUE GENERALE

L'ÉVOLUTION DE LA NEUROLOGIE
SES PERSPECTIVES D'AVENIR

Par M. J. LHERMITTE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin chef à l'hospice Paul Brousse.

Le principe que tout ce qui est vivant est soumis à une évolution n'est plus contesté aujourd'hui. Or, toute science est création de l'esprit humain et, par cela même, soumise à un changement progressif ou à des mutations dues à l'influence d'un génie ; évolution lente ou évolution brusquée, peu importe à notre objet, ce qui est capital c'est que le système de nos connaissances est soumis à des modifications incessantes qui infléchissent ses contours mais ne modifient pas sa structure profonde. C'est pourquoi l'étude d'une quelconque des branches des sciences biologiques nous fait toujours découvrir sous le réseau diapré et mouvant d'apparences bien propres à déconcerter le laïc, le même courant et les mêmes structures. C'est par celui-là et par celles-ci qu'est assurée la continuité de l'évolution.

Pour prendre l'exemple auquel est consacré ce chapitre, l'étude du système nerveux à l'état de santé et de maladie a toujours tendu, depuis ses humbles origines qui datent d'Homère et d'Hippocrate, à une connaissance plus précise de la morphologie des éléments nerveux, de leurs fonctions et des altérations anatomiques et fonctionnelles que leur font subir les processus morbifiques.

Notre objet n'est pas ici de suivre, pas à pas, l'évolution de la Neurologie, ce qui exigerait de longs développements, mais de montrer dans son ensemble la courbe du développement de nos connaissances en matière de système nerveux.

La Neurologie, ainsi que nous l'avons indiqué, est la science qui a pour objet le système nerveux, c'est dire que cette discipline ne peut être séparée de la Psychiatrie, laquelle vise plus spécialement les déviations morbides des fonctions psychiques.

Dire que le cerveau est le siège ou l'organe de la pensée apparaît aujourd'hui un truisme dont on rougit presque en l'énonçant ; mais il s'en faut que cette idée que nous tenons presque pour naturelle ait été admise comme une vérité de fait. Le plus grand philosophe de l'Antiquité, Aristote, ne l'admettait point.

Il semble que ce soit Alcméon de Crotone qui, le premier, localisa dans le cerveau le siège de nos sensations, de nos perceptions et fit de l'encéphale le centre même de la vie de notre pensée.

Mais l'Abdéritain ne limitait pas sa vue au problème physiologique et tout de même que devait le faire plus tard l'auteur de la maladie sacrée (l'épilepsie), ce génie intuitif apercevait dans le désordre des mouvements du cerveau, l'origine des désordres de la pensée. « Si le cerveau n'est pas sain, s'il est trop froid, trop humide ou trop sec, c'est par lui que nous délirons, que des craintes et des terreurs nous assiègent », écrit-il.

Si l'évolution de la Neurologie fut arrêtée pendant de longues années par la lourde doctrine du Stagirite elle reprit son essor avec les Hippocratiques et surtout Galien.

Certes, les connaissances d'Hippocrate en Neuropathologie sont assez réduites, mais les faits que le Maître de la Médecine a précisés sont de qualité. Bien avant Huglings Jackson, Hippocrate montrait que les blessures du cerveau entraînent des convulsions dans le côté du corps opposé à l'hémisphère cérébral lésé et avant Harvey Cushing et les neurochirurgiens modernes, Hippocrate avait non seulement la notion de l'altération des nerfs optiques par l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, mais encore connaissait la manière de s'en rendre maître par le moyen de la trépanation pariétale. Nous pourrions multiplier les exemples qui nous révèlent l'ébauche encore informulée, mais bien vivante, de la méthode anatomo-clinique mise en œuvre par Morgagni, Laënnec, Duchenne (de Boulogne) et Charcot.

Après Galien, de Pergame (2e siècle après J.-C.), la Neurologie s'écarte de la ligne qu'elle avait suivie et s'engage dans la voie de la physiologie. Devançant Brown Séquard et Vulpan, Galien réalise chez l'animal (généralement le porcelet), des expériences précises de section de la moelle et des racines et démontre, devant un public curieux, les effets qu'entraîne l'interruption unilatérale ou bilatérale des conducteurs spinaux ; la réalité des hémiplégies, des paraplégies d'origine spinale est aussi démontrée.

René Descartes devait après de bien longues années, pousser plus avant la pensée galénique et développer une conception purement mécaniciste des fonctions nerveuses ; et « comme la physiologie moderne est toute mécaniste, écrivait Ch. Richet, en ce sens nous sommes tous cartésiens ». La grande découverte de Descartes en Neurologie est celle de l'activité réflexe, cette fonction élémentaire du système nerveux qui aujourd'hui marque de sa forte empreinte toute conception de la vie du système cérébro-spinal et même tend à absorber, comme nous le verrons avec les doctrines de Pavlov et de Bechterew, toute la physiologie.

Lorsqu'on parle de Descartes, l'on ne manque point de rappeler la grande erreur du philosophe : l'identification du siège de l'âme avec le *coronarium*, la glande pinéale, ou épiphyse, mais on oublie que cette idée de la centralisation des facultés supérieures qui fut reprise par Vieussens, La Peyronie, Haller représente un vestige d'une antique tradition prégalénique et que, au reste, nous voyons, aujourd'hui même, remettre à la mode cette même idée sous la forme d'un centre du moi (Ich Zentrum), d'un centre de la conscience personnelle. Il est vrai qu'on déplace ce centre et que de l'épiphyse on le fait descendre dans l'infundibulum ; en vérité, la différence est-elle si grande ?

L'influence de la pensée de Descartes fut immense et c'est à la source cartésienne que puisèrent largement les esprits dont l'influence fut grande en Neurologie. Je fais allusion ici aux Haller, aux Bonnet, aux Hartley, au bouillant La Mettrie et surtout au grand Thomas Willis.

Mais tandis que Willis admettait encore que les circonvolutions cérébrales sont faites d'un lacis vasculaire, Gall et Spurzheim en véritables révolutionnaires

renversent les anciennes idoles et posent deux principes qui devaient diriger l'évolution de la Neurologie : la substance grise des circonvolutions est la matière ou l'origine de la substance blanche, et, d'autre part, contrairement aux autres viscères, foie, poumons, reins, etc..., qui sont formés par le groupement d'éléments de même structure et donc dotés de mêmes fonctions, le cerveau est un organe hétérogène, c'est-à-dire composé d'autant de systèmes particuliers qu'il comporte de fonctions. Fait nouveau en biologie, Gall et Spurzheim ne prétendent point définir l'essence des fonctions nerveuses et dire le *pourquoi* des phénomènes qu'ils observent, le *comment* leur suffit.

Mais Gall et Spurzheim sont surtout des anatomistes, ce qui les intéresse presque exclusivement c'est la relation qui unit telle morphologie à telle fonction et telle lésion à telle désorganisation d'une fonction. A la suite de Gall, la Neurologie ne suit plus d'aussi près la voie de la physiologie et adopte délibérément la méthode anatomo-clinique dont le fondement tient dans la confrontation des données cliniques et des résultats anatomiques. Mais il fallait le don de l'observation et de l'investigation clinique de Duchenne (de Boulogne), le génie de Charcot et de Vulpian pour édifier les cadres de la Neuropathologie où s'insèrent, aujourd'hui encore, les maladies que nous observons.

L'influence de Charcot et de son école devait avoir un retentissement prolongé car il n'est pas éteint, mais l'on s'aperçoit aujourd'hui que la méthode purement anatomo-clinique qui acquit sa perfection entre les mains de M. et Mme Dejérine, d'une part, et de Pierre Marie, de l'autre, a donné à peu près tous ses fruits, et de nombreux neurologistes interrogent l'avenir avec anxiété en se demandant dans quelle voie doit s'engager maintenant la Neurologie et quelles sont ses perspectives d'avenir. Devons-nous attendre du microscope et de la révélation complète de la texture fine du système nerveux à l'état normal et pathologique la solution des problèmes que nous posent les fonctions cérébro-spinales ; en d'autres termes, la morphologie peut-elle redevenir un fil conducteur et nous guider vers la découverte des lois qui commandent les diverses activités qui se déroulent au sein de la matière nerveuse ? N'est-il pas plus utile de nous plier à la discipline physiologique qui a conduit à tant de découvertes lorsqu'elle s'est appuyée sur la médecine expérimentale ? Nous voici en apparence à la croisée des chemins, et morphologistes et expérimentateurs accumulent leurs recherches, chacun estimant que la voie qu'il suit est la plus sûre.

En réalité, ce ne sont là que disputes d'écoles, la neurologie ne peut s'engager exclusivement dans telle ou telle voie, car le progrès ne peut s'accomplir que si les résultats de l'expérimentation sont incessamment confrontés avec les données de la morphologie. Et c'est précisément cette absence de liaison entre ces deux disciplines physiologique et morphologique qui fut responsable non seulement de bien des erreurs de la Neurologie, mais de sa stagnation, pendant une certaine période.

D'autres erreurs sont venues des anatomo-cliniciens, et celles-ci dérivent d'une source qui tient dans une confusion fondamentale et tenace. Bien que dénoncée par Hughlings Jackson, Henry Head, V. Monakow cette confusion demeure dans bien des esprits et peut être tenue pour une des causes majeures de la dispute qui met aux prises antilocalisationnistes et localisationnistes. Il nous faut insister sur ce point.

Si Gall et Spurzheim avaient dénoncé l'hétérogénéité du manteau cérébral, et si Broca en 1861 avait considéré la 3e circonvolution frontale gauche comme le centre du langage articulé, c'est à Hitzig que l'on doit la première démonstration irréfutable des localisations cérébrales.

Toutes les expériences réalisées chez l'homme à l'état de veille par les Neurochirurgiens devaient conduire à la conclusion que le manteau cérébral est formé d'une agglomération de centres dotés de fonctions différentes. Et cela d'autant plus que, sur ce point, les données de la méthode anatomo-clinique recouvraient exactement celles qu'apportaient les expériences les mieux conduites.

Le raisonnement sur lequel on se basait plus ou moins explicitement était le suivant : puisque l'excitation de telle région donnée de l'écorce cérébrale provoque tel phénomène et que son ablation entraîne tout l'opposé, cette région comprend donc le centre de la fonction qui tantôt est excitée et tantôt annihilée. C'était confondre deux choses essentiellement distinctes : la localisation d'une lésion et la localisation d'une fonction. Cette erreur, Hughlings Jackson, Henry Head, Von Monakow l'ont dénoncée ; car c'est de cette défectueuse interprétation que sont nées les naïves et fragiles théories sur l'aphasie, l'apraxie, les agnosies, bref tous les phénomènes qui remplissent l'entre-deux qui sépare la Neurologie de la Psychiatrie.

C'est pourquoi contre les tenants des localisations cérébrales telles que les conçoivent encore nombre de neurologistes, s'est dressée toute une pléiade d'antilocalisationnistes sous la conduite de Pierre Marie, de K. Goldstein, de Monakow, de Brugia, pléiade qui s'est remise à la discipline de H. Jackson.

Reprenant l'idée de Darwin et de H. Spencer sur l'évolution, Jackson démontre que les maladies du système nerveux doivent être considérées comme une inversion du développement naturel, une contre-partie de l'évolution phylo- et ontogénétique du système nerveux, que les processus morbifiques ne sont que des agents de la dissolution de ses fonctions. De plus, ces fonctions d'intégration ne se localisent pas dans des centres étroitement circonscrits mais mettent en jeu plusieurs systèmes morphologiques. Et lorsque H. Jackson décrit ses trois niveaux (levels), l'un où se déroulent les phénomènes élémentaires des réflexes simples, l'autre où se passent les actes automatiques, le dernier enfin qui est le siège des actes volontaires, il n'entend nullement intégrer ces plans ou niveaux physiologiques avec des structures qui se présenteraient comme des tranches de plus en plus élevées dans la morphologie du système cérébro-spinal ; car Jackson distingue soigneusement quand il parle d'anatomie, de physiologie ou de psychologie.

Mais si, aujourd'hui, il n'est plus permis de confondre localisation lésionnelle et localisation fonction-

nelle, est-ce à dire cependant que, à l'exemple de Goldstein et de Hoche, il faille ne plus s'engager dans la recherche des localisations anatomiques cérébrales ? Nous ne le pensons pas. En effet, grâce aux travaux de Campbell, de Brodmann, de C. et O. Vogt, de V. Economo nous savons que le cortex cérébral se décompose en plus de deux cents champs, ou aires, caractérisés par une disposition spéciale de leurs composants cellulaires (péri-caryones), fibrillaires, névrogliques et vasculaires.

Mais si, à n'en pas douter, non seulement l'écorce cérébrale mais toutes les parties de l'encéphale telles que les couches optiques et les corps striés (C. Vogt, Sager) se décomposent en dispositifs morphologiquement distincts, est-ce à dire que chacun d'eux possède une fonction spécifique distincte ? C. et O. Vogt ont toujours défendu ce point de vue en montrant que l'excitation d'un même champ chez des animaux d'espèces différentes, est toujours suivie du même résultat. Et O. Foerster a fait les mêmes observations chez l'homme. Mais voici mieux encore, depuis la découverte des phénomènes bioélectriques de l'encéphale réalisée par Berger (1929) et poursuivie par Adrian et Mattews, Kornmuller et Tonnies, Foerster, Cazzano.

Sans prétendre ici à décrire l'électrencéphalogramme, je rappellerai que les oscillations électriques détectées par le galvanomètre à corde ou par un oscillographe à bobine relié à la superficie du cerveau, ou même plus simplement à la surface du crâne sont de deux ordres : une onde α qui, selon Berger, serait l'expression électrique saisissable des phénomènes psychiques et une onde β qui traduirait l'activité propre du tissu nerveux. Or, Kornmuller et Tonnies ont pu montrer que, chez le cobaye, le chat, le chien et le singe au repos, l'application de l'oscillographe permet de recueillir des courants bioélectriques différents pour chaque aire corticale ; en sorte que l'on peut superposer à la carte cyto-myélo-architectonique de C. et O. Vogt, une « carte bioélectrique ». Mais, encore une fois, si chaque aire cérébrale laisse reconnaître une activité bioélectrique spéciale, gardons-nous de confondre cette activité avec la fonction biologique. Les phénomènes bioélectriques encéphaliques, s'ils apparaissent bien en relation avec l'activité psychique, ne sont qu'un témoignage des phénomènes psychologiques mais non pas ces phénomènes eux-mêmes. En d'autres termes, lorsque Adrian et Matthews voient les oscillations du galvanomètre appliqué sur l'occipital de l'homme éveillé se modifier et devenir très rapides et courtes, ils peuvent en inférer que le sujet est l'objet d'une sensation visuelle mais ils ne sauraient dire la qualité de cette vision.

Le principe des localisations cérébrales a trouvé aussi un nouveau fondement dans les réflexes conditionnels ou associatifs de Pavlov-Bechterew. En associant ainsi que le fait Pavlov l'effet d'un excitant absolu, la viande pour le réflexe salivaire, par exemple, avec un excitant conditionnel tel qu'une excitation sonore ou lumineuse définie, on peut saisir, grâce aux phénomènes d'inhibition qui se développent dans les régions qui avoisinent les analyseurs excités, comment s'articulent, se juxtaposent et s'intriquent les diverses pièces de la mosaïque cérébrale. Après un long détour, nous revenons ainsi au principe de Descartes pour lequel l'animal n'était qu'une mécanique, un assemblage de réflexes ; mais avec Pavlov les réflexes se sont singulièrement assouplis et le cerveau au lieu d'être statique est devenu tout dynamisme. Depuis quelques années l'étude des réflexes conditionnels s'est transportée de l'animal chez l'homme et certains esprits pensent que la réflexologie pourra, dans un avenir prochain, remplacer la psychologie. Sans rien enlever à l'intérêt que présente la réflexologie, il est permis de ne pas souscrire à cet enthousiasme, et de penser que si beaucoup d'éléments du comportement humain ne sont guère que des réflexes, la conscience et tous les phénomènes qui s'y déroulent échappent aux prises de la réflexologie.

Pavlov et ses collaborateurs ayant remarqué que les animaux ne réagissaient pas tous de la même manière devant les excitations conditionnelles, avaient considéré que l'on pouvait établir trois types fondamentaux de chiens : le sanguin caractérisé par la difficulté de l'établissement des réflexes conditionnels, le mélancolique tout à l'opposé où les réflexes se fixent très rapidement, enfin le colérique dans lequel les réflexes conditionnels sont difficiles à fixer.

Chez l'homme, Marinesco et ses collaborateurs en particulier Kreindler, ont pu montrer que dans les névroses, et l'hystérie en particulier, le développement et la solidité des réflexes de Pavlov s'avèrent très différents de ce qu'ils sont chez l'homme sain ; que, d'autre part, l'étude des réflexes conditionnels permet de nous orienter d'une manière beaucoup plus précise qu'autrefois, dans le développement conjoint de l'activité psychique et des différents centres encéphaliques. Bien plus, Marinesco et Kreindler ont pu démontrer la réalité d'un parallélisme complet entre les structures myéloarchitectoniques ou cellulaires et le comportement psycho-moteur de l'animal considéré dès les premiers jours de la vie jusqu'à l'âge adulte. Nous ne savons pas encore comment se créent ces liens entre les différentes excitations et par quel processus intime se relient deux centres très éloignés de manière que la stimulation de l'un primitivement indifférente, amène l'excitation d'un centre éloigné ; s'agit-il de la création de nouvelles structures, selon l'idée générale de Cajal, ou de facilitation (Bahnung) d'aiguillage, selon le mode de penser des physiologistes (Sherrington) ? Le problème n'est pas résolu. Au reste, les deux hypothèses ne sont pas antinomiques, car depuis A. Kappers l'on sait précisément que ce qui détermine le développement des expansions dendritiques et axonales comme aussi le groupement des neurones en centres morphologiques, n'est rien d'autre que les excitations qui parviennent au système nerveux et tirent leur origine soit des organes, soit du monde extérieur.

Ainsi qu'on pouvait le supposer *à priori*, les réflexes conditionnels sont réglés dans une large mesure par le degré d'excitabilité des centres nerveux ; et il y a quelques années Tilney montrait que la précision des réponses motrices secondaires à des excitations de l'écorce cérébrale, était liée au degré de conduction des stimuli appliqués, et Marinesco et Sager, grâce à la chronaxie, nous apportaient une preuve nouvelle des liens de dépendance étroite qui unissent la motricité

fonctionnelle du système nerveux et le mode de comportement de l'animal.

Si la découverte des phénomènes bioélectriques et des réflexes conditionnels nous permet de mieux circonscrire le problème de la nature des phénomènes nerveux et d'appréhender directement au moins une partie de ceux-ci, l'étude de l'excitabilité des éléments nerveux en fonction du temps, la chronaxie, découverte par L. Lapicque, a renouvelé la physiologie du système nerveux en nous montrant comment s'effectuait le passage d'une excitation venue des arborisations terminales d'un neurone aux arborisations d'un neurone articulé avec le précédent par l'intermédiaire de la synapse de Sherrington.

Ainsi que l'a fait voir Lapicque, l'influx passe facilement d'un neurone à un autre si tous deux sont isochrones (c'est-à-dire répondent à la même excitabilité temporelle) et ne passe pas si les éléments sont hétérochrones ; la disjonction chronaxique se produit lorsque les chronaxies de deux éléments diffèrent dans le rapport de 1 à 2. Or, l'expérience nous apprend que les chronaxies sont sensibles à bien des influences et que deux éléments normalement isochrones cessent de l'être à la suite d'un traumatisme, d'un apport toxique, d'une modification du régime circulatoire, enfin de leur séparation des centres auxquels ils sont subordonnés. Sans que cette donnée nouvelle résolve toutes les obscurités dont s'enveloppe ce curieux phénomène de l'inhibition, du moins, grâce à la chronaxie, nous pouvons mieux le préciser. Aussi bien en expérimentation qu'en clinique, en effet, nous sommes aux prises avec l'inhibition ; car c'est ce phénomène qui a fait douter de certaines localisations cérébrales en étendant la dissolution des fonctions à des territoires beaucoup plus étendus que ceux que frappait la lésion anatomique (diaschisis de V. Monakow).

Le système organo-végétatif. — Jusqu'en ces dernières années, l'attention des neurologistes s'était concentrée presque exclusivement sur les fonctions du système cérébro-spinal de la vie de relation et l'on ne s'était guère préoccupé de cette partie du système nerveux dont les ramifications infinies pénètrent tous nos viscères, tous nos organes, enveloppent les vaisseaux sanguins et lymphatiques de leurs inextricables lacis pour en régler l'harmonie fonctionelle et dont presque personne, cependant, n'ignorait l'importance, car celle-ci nous avait été révélée par Bichat (1820). La découverte des glandes à sécrétion interne par Cl. Bernard et Brown-Sequard a entraîné la « redécouverte » du système organo-végétatif et, par contre-coup, la Neurologie n'est plus demeurée cérébro-spinale, elle est devenue aussi la science des fonctions sympathiques, c'est-à-dire des appareils nerveux qui règlent la vie de nos tissus, aussi bien que le jeu de nos vaisseaux, de nos glandes et, dans une certaine mesure, contrôlent le fonctionnement de notre vie psychique.

La mise en lumière des premiers centres végétatifs encéphaliques est due à Cl. Bernard qui montra que la piqûre du bulbe rachidien détermine selon l'endroit blessé, tantôt la polyurie, tantôt la glycosurie, tantôt l'albuminurie. Les choses en restèrent là pendant longtemps, et l'on fut surpris de ne rencontrer qu'exceptionnellement au cours des processus bulbaires, la polyurie, l'albuminurie ou la glycosurie. L'explication en fut donnée par Aschner, lequel montra que les centres bulbaires de Cl. Bernard n'étaient que secondaires et que, en fait, les dispositifs principaux qui règlent l'activité organo-végétative sont situés non dans le bulbe mais beaucoup plus haut, dans le diencéphale médian, c'est-à-dire dans la région médiane et basilaire du cerveau.

Ces notions sont aujourd'hui connues grâce aux efforts conjugués des médecins et des chirurgiens, au premier rang desquels se place R. Leriche.

En pratiquant des sections ou des ablations des différentes pièces du sympathique judicieusement choisies, les neurochirurgiens ont pu démontrer de quel retentissement s'avérait le système végétatif sur la croissance ou la vie des tissus altérés par la maladie, à quel degré inconnu jusqu'ici, le sympathique anormalement excité influait sur le régime des circulations locales, enfin comment la résection des ganglions ou des troncs sympathiques pouvait apporter un soulagement immédiat et souvent la disparition complète de douleurs engendrées par un processus cardio-vasculaire ou viscéral.

Mais le système organo-végétatif ne tient pas seulement dans ses structures périphériques (chaîne prévertébrale, ganglions intra-viscéraux), il comporte aussi une organisation centrale dont nous appréhendons maintenant les pièces maîtresses.

Confirmées par J. Camus et G. Roussy, les expériences d'Aschner incitèrent les cliniciens à rechercher l'origine de plusieurs maladies dont l'origine demeurait obstinément cachée, dans des lésions portant précisément sur le mésodiencéphale médian. Les résultats de leurs recherches dépassèrent leur espérance ; en effet, nous savons aujourd'hui que les altérations qui atteignent et désorganisent ces centres végétatifs, s'accompagnent de polyurie, de polydipsie, de glycosurie ; bien plus, aussi bien l'expérimentation que les faits cliniques ont apporté la preuve que certaines glandes telles que les glandes sexuelles sont directement sous l'influence de ces centres diencéphaliques et qu'une altération de ceux-ci est capable d'entraîner soit l'atrophie avec suppression de la fonction, soit l'hypertrophie de l'appareil sexuel (la macrogénitosomie précoce). Tous ces centres échelonnés dans la paroi ventrale du ventricule médian contrôlent ainsi indirectement l'activité de nos principaux émonctoires ainsi que le métabolisme de l'eau, des substances hydrocarbonées et des lipides. Mais leur influence ne s'arrête point là, et une série de faits a montré que la régulation de la température corporelle, grâce aux modifications de la thermogénèse et de la thermolyse, de même que l'équilibre des éléments figurés du sang, étaient également soumis au contrôle des centres que nous avons en vue.

Mais ces modifications des métabolismes hydrique, lipidique, hydro-carboné, comme aussi la perturbation des fonctions endocriniennes ne peuvent pas ne pas avoir un retentissement sur le comportement instinctif de l'individu. Et, en fait, il en est bien ainsi car non seulement nous avons vu apparaître comme conséquences de processus morbides du mésodiencéphale un dérèglement des besoins alimentaires ou sexuels, témoigné par une soif inextinguible, une exagération

de l'appétit (hyperorexie), la boulimie, l'impuissance sexuelle, la dysménorrhée ou l'aménorrhée, mais les chirurgiens ont pu faire éclore, aussitôt après une légère excitation du plancher du IIIe ventricule, un besoin impérieux de boire, comme aussi une envie irrésistible de dormir.

Le sommeil, en effet, se montre profondément influencé par toutes les modifications anatomiques ou fonctionnelles qui portent sur les centres organo-végétatifs du diencéphale et les observations ne se comptent plus aujourd'hui qui apportent le témoignage que les sommeils morbides, la narcolepsie et la léthargie prolongée, sont liés à l'adultération du dispositif régulateur du sommeil et de la veille situé à la base du cerveau. Mais ainsi que Lhermitte l'a montré, le sommeil n'est pas seulement un état négatif que caractérise la dissolution des fonctions de conscience et de direction psychologique, il comporte aussi un aspect positif qui n'est autre que le rêve. Aussi avons-nous pu observer, ainsi que V. Bogaert, Popoff et d'autres, à la suite de lésions portant sur la région du dispositif du sommeil, des véritables rêves morbides ou des fragments de rêve sous la forme de visions étranges, mobiles silencieuses survenant devant une conscience à demi-assoupie et réalisant un véritable état de rêve éveillé.

La découverte de tels faits nous introduit directement au sein de la sphère psychique et pose devant nous à nouveau le problème jamais résolu des rapports du physique et du moral, de la pensée et des sentiments avec l'organe matériel qui sous-tend notre activité psychique, le cerveau. Et l'idée générale de J. Camus, de M. Reichardt selon laquelle il y aurait à la base du cerveau un dispositif régulateur des fonctions psychiques, se précise davantage et trouve sans cesse de nouveaux appuis dans une observation plus exacte des faits. Ainsi la Neurologie non seulement rejoint mais pénètre la psychiatrie en dénonçant à l'origine d'authentiques manifestations mentales, le dérèglement ou la désorganisation matérielle des centres organo-végétatifs cérébraux. Une conception dynamique remplace l'ancienne image statique du fonctionnement du système nerveux, l'étude morphologique des structures demeure, certes, indispensable, mais l'avenir n'est plus en cette discipline qui doit s'effacer devant la recherche plus directe des modifications de l'activité réelle du système nerveux telle que nous en saisissons les alternances physiologiques et les modifications morbides grâce aux méthodes des réflexes conditionnels, de la chronaxie, des variations du potentiel électrique figurées dans l'électro-encéphalogramme, hier encore, méthodes de laboratoire, aujourd'hui techniques indispensables en clinique neurologique et psychiatrique.

Applications pratiques de la transfusion sanguine. Indications et contre-indications, choix des donneurs et détermination du groupe sanguin. Techniques usuelles et techniques d'exception, par Roger Moline, interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8 de 60 pages avec 12 figures. — Prix : 10 francs. (Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles ».) — Paris, J.-B. Baillière et Fils.

Xe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Le Caire, 31 décembre 1935-4 janvier 1936 (1).

Troisième question

Chirurgie du Côlon, cancer excepté

1. M. Manuel Corachan (Barcelone). — La diversité des affections pathologiques qui doivent entrer dans le cadre de ce rapport et par conséquent son étendue empêchent d'en faire un véritable résumé. L'auteur se borne donc à énumérer les différents points qu'il a envisagés.

L'auteur a étudié en détail l'aspect chirurgical de toutes les affections du côlon, le cancer excepté, exposant sa conception actuelle de la question et les indications chirurgicales. Ce travail est basé sur son expérience personnelle et sur la bibliographie qu'il a consultée concernant spécialement les travaux publiés depuis 1930. Il renvoie le lecteur, pour une étude bibliographique détaillée antérieure à cette date, au rapport de Finsterer qui résume la bibliographie de 1926 à 1930, et au rapport de Nordmann, pour la bibliographie antérieure à 1926.

L'auteur a divisé son rapport en 14 chapitres qui traitent successivement de l'anatomie et de la physiologie du côlon relativement à la technique opératoire ; des anomalies congénitales (mégacôlon, cæcum mobile, etc.), sujet actuellement en pleine évolution ; du volvulus de l'anse sigmoïde, du cæcum et du côlon transverse, en insistant particulièrement sur les idées de Zoege von Manteuffel quant à la pathogénie du volvulus cæcal ; de l'invagination du côlon (invagination colo-colique seulement) ; des indications opératoires dans la stase intestinale chronique, que l'auteur croit très limitées ; des plaies du côlon ; des fistules stercorales invétérées (l'auteur est partisan de l'exclusion intestinale) ; des indications opératoires dans les affections du côlon (colite ulcéreuse, ulcère du côlon, polypose diffuse) ; de la diverticulite et de la diverticulose ; des pseudo-tumeurs inflammatoires ; de la tuberculose ; de la syphilis et de l'actinomycose et, finalement, des tumeurs bénignes.

Chacun des différents chapitres est accompagné d'une étude clinique de l'affection et d'un bref résumé sur son étiopathologie, spécialement détaillé dans les affections qui servent de base aux indications opératoires.

L'auteur n'expose pas les détails de la technique opératoire parce qu'il ne croit pas qu'ils peuvent s'inclure dans l'énoncé du rapport.

2. M. V. Schmieden (Francfort). — On peut trouver, dans les diverticules du gros intestin, une prédisposition au développement de complications plus ou moins graves. Grâce au progrès du diagnostic radiologique, il est maintenant facile de localiser le diverticule. Dans ce rapport, on trouvera détaillée la description de l'étiologie, de la symptomatologie et du traitement du diverticule.

La diverticulite aiguë et les complications de la diverticulite chronique réclament le traitement chirurgical. Si elle est possible, la résection est la méthode idéale. Si elle n'est pas possible, les données bibliographiques permettent de dire que le traitement palliatif peut être suivi de succès.

Encore que difficile, le diagnostic différentiel des processus de sténose inflammatoire et de tumeur maligne est important.

(1) Fin. — Voir la première question : Chirurgie des parathyroïdes, *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 9, p. 149 ; — Deuxième question : Chirurgie du sympathique lombaire, *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 13, p. 213.

3. M. J. SCHOEMAKER (La Haye). — L'auteur donne quelques exemples d'éclatement du côlon à la suite de traumatisme de l'abdomen.

Les anomalies congénitales par manque de torsion du côlon ne sont pas de grande importance au point de vue clinique, mais le cæcum descendu dans le petit bassin peut donner des symptômes qui nécessitent une intervention.

Le dolichocôlon n'est pas une entité morbide, mais il peut engendrer un volvulus et, combiné avec une obstipation sévère, donner un syndrome assez sérieux.

Il y a trois théories sur l'étiologie du mégacôlon. Il n'est pas probable que la théorie mécanique soit juste, les coudures, etc., sont plutôt secondaires, la maladie est congénitale, peut-être avec une malformation primitive du système nerveux.

La thérapeutique peut être médicale et chirurgicale. L'opération de choix est la colectomie partielle avec extériorisation, mais la sympathectomie a eu aussi des succès remarquables.

L'auteur donne une description de la dilatation aiguë du côlon. Il explique la mélanose du côlon comme causée par le cascara.

La polypose générale du côlon ne peut être guérie que par la colectomie totale.

Les opérations pour l'obstipation sont rejetées, excepté pour une vraie stase. Les colites ulcéreuses ont été traitées dans les rapports du premier Congrès international de gastro-entérologie, Bruxelles 1935.

La technique opératoire est décrite d'après les dernières publications.

4. M. ROBERT SOUPAULT (Paris). — L'auteur, sans chercher à résumer l'ensemble trop vaste de la chirurgie colique en général, a choisi quatre chapitres, parmi les moins étudiés :

a) Les *diverticulites des côlons*, assez fréquentes surtout sur le sigmoïde, se présentent sous les aspects les plus divers. On peut les catégoriser en formes subaiguës, aiguës et chroniques.

Les *formes subaiguës* (poussées de diverticulite ou diverticulo-sigmoïdite plus ou moins étendues) cèdent très souvent au traitement médical. Opérées, elles seront avantageusement traitées, en règle générale, ou par la résection du diverticule enflammé, ou par une prudente extériorisation-résection de l'anse.

Les *formes aiguës* sont la *péritonite généralisée* par perforation qui nécessite d'extrême urgence suture de la perforation et drainage ; et la *péritonite circonscrite* ou abcès péricolique qu'il faut drainer d'abord, et réséquer ou non suivant les cas, plus tard.

Les *formes chroniques* sont la tumeur *inflammatoire* qu'il y a intérêt à réséquer chaque fois que possible, après dérivation préalable quelquefois (les tumeurs fistulisées dans la vessie guérissent ou par cure radicale du trajet fistuleux, ou par la simple colostomie en amont), et les *formes sténosantes*, pour lesquelles la méthode de choix est la résection en deux temps du segment colique intéressé.

b) La *polypose recto-colique diffuse* essentielle, comme les polypes isolés des côlons, doivent être détruits ou extirpés sitôt que reconnus, à cause des hémorragies graves qu'ils peuvent provoquer, en raison surtout de leur incontestable tendance à la dégénérescence cancéreuse.

Chaque fois que les polypes, isolés ou nombreux, occupent exclusivement le rectum ou le bas sigmoïde — cette localisation étant de beaucoup la plus fréquente — on parviendra au but par la destruction diathermique à travers le tube endoscopique.

Mais si la polypose s'étend plus haut encore, ou si elle siège sur tel autre segment colique, l'opération s'impose sans discussion. Les soins pré-opératoires, la transfusion ont une grande importance.

Les *dérivations* ne peuvent être acceptées que comme palliatifs momentanés ou préparation à une exérèse. Le principe de la colectomie, en effet, s'impose, théoriquement du moins. La *colectomie* se fera le plus souvent en plusieurs temps. On ne reculera qu'en présence de l'état général trop grave du malade, d'où le principe de confier ces cas au chirurgien dès les premiers stades.

c) L'*ulcus simplex*, très rare lésion, a toujours été jusqu'ici méconnu à l'état latent. La complication la plus fréquente est la perforation qui, soudaine, en péritoine libre, sera opérée précocement (suture, drainage du péritoine) ; qui au milieu d'adhérences forme un abcès (drainage et cure secondaire de la fistule qui y succède parfois). Lorsque l'ulcère a été le point de départ d'une infiltration inflammatoire, une résection segmentaire du côlon peut devenir nécessaire.

d) Les *colites ulcéreuses* sont encore l'objet de recherches sur leur étiologie et de débats sur la meilleure thérapeutique à leur appliquer.

Le traitement médical doit être poursuivi avec énergie et clairvoyance. Si après six mois environ son échec est patent, il faut sans attendre recourir aux moyens chirurgicaux.

Instituées dès le début, une *appendicostomie* ou une *cæcostomie* pour faciliter les lavages coliques, ont pu aider, dans les formes légères, à obtenir la guérison.

Plus tard, elles sont insuffisantes et les *dérivations* (colostomie, iléostomie), à condition d'être totales, ont paru à beaucoup la meilleure méthode, parce que peu risquée et, d'autre part, souvent efficace ; malheureusement, on doit, en règle générale, les considérer comme définitives.

A leur suite, ou bien plus rarement d'emblée, et uniquement lorsque le cas est favorable à tous points de vue, la *colectomie* est à tenter car, seule, elle débarrasse l'organisme d'un foyer infectieux persistant, met à l'abri des complications (hémorragies, cancer, etc.) et remédie aux atrésies coliques tardives, processus de guérison anatomique normal.

La portion rectale abordable par voie endoscopique doit recevoir des soins préalables ou consécutifs qui la rendent apte à recevoir l'abouchement de l'intestin au-dessus des portions réséquées. Sinon, c'est encore l'anus définitif qui succédera à la colectomie.

Dans les *formes segmentaires* très particulières (recto-sigmoïdite), l'*extériorisation-résection* en plusieurs temps semble préférable à la simple colostomie en amont.

En tout cas, la colite ulcéreuse est, il ne faut pas l'oublier, redoutable et par sa gravité et par sa ténacité : celle-ci ne devra pas être perdue de vue au moment où l'on penserait trop vite avoir réussi à obtenir la guérison.

En terminant, nous voulons nous excuser auprès des auteurs que, malgré une consciencieuse bibliographie, nous aurions pu oublier de citer. La littérature mondiale actuelle est telle qu'on ne saurait éviter toute omission.

QUATRIÈME QUESTION

Conditions chirurgicales de la bilharziose

1. IBRAHIM ALI PACHA (Le Caire). — Les œufs de Bilharzies ont été trouvés dans presque tous les organes, mais l'infection des voies génito-urinaires et du côlon est la plus fréquente. La lésion typique est le nodule bilharzien qui peut évoluer en donnant naissance à de petites hémorragies étoilées, des « Sandy Patches », des kystes, des papillomes ou des ulcères qui se cicatrisent produisant des rétrécissements. La vessie est le plus souvent atteinte, toutes ces lésions peuvent s'y rencontrer, la radiographie montre la calcification des parois. Un cancer peut s'y former. L'hématurie terminale en est le symptôme essentiel. L'uretère

infecté est dilaté, calcifié et rétréci ; la muqueuse montre plusieurs kystes. Les vésicules séminales et le cordon spermatique sont quelquefois atteints. Dans le côlon, on trouve des polypes et des ulcères accompagnés de symptômes dysentériques.

Une splénomégalie particulière existe en Egypte qui semble être due, selon toutes probabilités, à la bilharziose.

2. M. N. Makar (Le Caire). — I. *Bilharzia du cordon spermatique et du testicule.* — L'incidence de l'infection du cordon et de l'épididyme est déterminée par les particularités anatomiques des anastomoses entre les veines mésentériques et les veines spermatiques et peut-être aussi des anastomoses entre les plexus veineux pelviens et les veines déférentielles.

On n'a que rarement noté d'affection du testicule ou de la vaginale.

Il est à noter qu'environ 22 p. 100 des affections du cordon spermatique et de l'épididyme (la gonococcie exceptée) sont d'origine bilharzienne.

La maladie s'installe graduellement et lentement. Elle touche des adultes jeunes, qui se plaignent ordinairement d'enflure, rarement de douleurs.

Le cordon est nodulaire ou bien couvert de corpuscules lenticulaires ou enveloppé dans une grande masse unique.

La cystoscopie, la sigmoïdoscopie ainsi que la radiographie sont quelquefois nécessaires pour établir un diagnostic exact.

Le diagnostic différentiel doit tenir compte des affections similaires dues à la bilharzia, à la tuberculose, à la syphilis, aux tumeurs, etc.

Dans la forme massive, le testicule devra être sacrifié. Dans les autres formes, le pronostic est bon.

Le traitement médical est efficace seulement dans la forme granuleuse ; les autres formes doivent être soumises à l'opération.

II. *Une note préliminaire sur certaines lésions bilharziennes de l'urètre prostatique.* — L'hémospermie, d'habitude, est un symptôme capital de la bilharzia de l'urètre prostatique et des vésicules séminales. Dans quelques cas l'hématurie aussi.

Les images urétroscopiques sont annexées au texte.

III. *Bilharzia de la vésicule biliaire.* — Un cas a été rapporté dans lequel des lésions extrêmement rares de bilharziose primitive de la vésicule biliaire ont provoqué de la stase duodénale.

Au cours de son assemblée générale tenue le 2 janvier à la Faculté de médecine sous la présidence du professeur Jean Verhoogen (Bruxelles), président du Comité international, la Société a entendu le rapport de son secrétaire général L. Mayer, annonçant notamment l'adhésion d'un pays et de membres nouveaux (ce qui porte les nations à 47 et les membres à 1.328), et de son trésorier P. Lorthioir ; il a été décidé que la cotisation triennale serait portée à 450 francs belges et que les membres recevraient gratuitement le *Journal international de chirurgie.* Pour les rapports, le russe a été accepté comme langue slave.

L'Assemblée a choisi comme siège du Congrès de 1938 la ville de Vienne (Autriche), portant à la présidence le professeur Matas, de New-Orléans.

Les questions à l'ordre du jour seront : 1° *le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle ;* 2° *les greffes osseuses ;* 3° *le traitement du kyste et de l'œdème du poumon.*

Les professeurs Sauerbruck (Berlin) et Hybbinette (Stockholm) ont été élus vice-présidents du Comité international, où le professeur Lenormant représentera la France, remplaçant le regretté professeur Proust, et où le docteur Abadie, d'Oran, représentera l'Afrique du Nord.

René Beckers.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1936)

Notice. — M. Lenormant lit une notice nécrologique sur M. Charles Walther, récemment décédé.

L'œuvre sanitaire de la France au Maroc. — M. Achard, à l'occasion d'un voyage récent au Maroc, examine non seulement ce qui a été fait déjà pour l'hygiène publique dans ce pays, mais aussi ce qui reste à faire : augmentation des formations sanitaires, asiles d'aliénés, lutte contre la tuberculose, lutte contre les maladies vénériennes, contre le paludisme, protection de la natalité, hygiène infantile, mesures contre l'alcoolisme, adductions d'eau potable et évacuation des eaux usées, amélioration de l'habitat.

Pour ce programme, il faut nécessairement du temps et de l'argent. Ce n'est que peu à peu que la population indigène changera ses habitudes et sera convertie aux pratiques d'hygiène.

Citant à ce propos une publication, rédigée par quelques jeunes Marocains et quelques personnages politiques de France, où sont rassemblées des réclamations nombreuses relatives surtout à l'administration, à la justice, aux finances, plus qu'à la santé publique, M. Achard montre que ces demandes ont été déjà satisfaites en partie ou sont comprises dans le programme du service de santé. N'est-ce pas, conclut-il, le plus bel éloge que l'on puisse faire de ce service et de l'œuvre qu'il a su accomplir ?

La valeur pratique de la culture des crachats pour le diagnostic des tuberculoses paucibacillaires. — MM. Fernand Bezançon, Paul Braun et André Meyer. — Grâce aux perfectionnements apportés à la technique de Petroff par Petragnani et Löwenstein, la recherche des bacilles de Koch dans les crachats a pu passer du laboratoire de recherches dans la clinique courante.

Depuis cinq années, MM. F. Bezançon, P. Braun et André Meyer pratiquent cette culture d'une façon systématique dans leur laboratoire et présentent à l'Académie les résultats qu'ils ont obtenus.

Ils utilisent pour la culture le milieu de Petragnani peut être un peu plus simple à préparer que le milieu de Löwenstein. Ils font toujours marcher de pair la technique de l'homogénisation à la soude qui leur est familière et la culture. Une partie du produit homogénisé est soumise à l'examen microscopique, l'autre partie, après correction de l'alcalinité, est ensemencée sur le milieu de Petragnani. Le seul perfectionnement apporté par eux à la technique est l'emploi systématique d'un grand nombre de tubes, 12 au minimum, parfois jusqu'à 25.

L'extrême pauvreté de certains produits en bacilles est telle que souvent on n'obtient qu'une ou deux colonies sur 1 ou 2 tubes, dans certains cas une seule colonie sur 12 tubes, une colonie sur 25.

En raison de cette pauvreté en bacilles de certains produits, on comprend la supériorité de la culture sur l'inoculation au cobaye, l'inoculation à un grand nombre d'animaux étant pratiquement impossible ; la sensibilité de la culture étant, d'autre part, à peu près égale à celle de l'inoculation au cobaye comme l'ont montré Saenz et Costil.

Grâce à la collaboration précieuse de MM. Bocquet et Saenz, de l'Institut Pasteur, les auteurs ont pu faire une étude approfondie d'un grand nombre d'échantillons de bacilles tuberculeux, en particulier d'échantillons provenant de cas où cliniquement il n'y avait pas de preuves de tuberculose.

Ils ont vu qu'il s'agissait bien de bacilles humain-pathogènes, non pas de bacilles paratuberculeux. Les bacilles paratuberculeux sont, d'ailleurs, d'une extrême rareté dans les crachats. Il s'agit alors presque toujours de bacilles chromogènes.

Les auteurs ont fait porter leurs recherches sur 861 échantillons de crachats, dans 118 cas ils ont pu obtenir sur milieu de Petragnani des cultures positives.

Sur ces 118 cas, dans 20 il s'agissait d'individus présentant des signes radiologiques plus ou moins importants, mais chez lesquels des examens répétés de crachats, même après homogénisation, n'avaient pas révélé la présence de bacilles.

Dans 19, il s'agissait d'anciens tuberculeux considérés comme guéris, d'anciens porteurs de pneumothorax abandonné.

Dans 18 cas, il n'y avait ni signes radiologiques, ni signes cliniques et les malades pouvaient être considérés comme des « cracheurs de bacilles sans lésions apparentes ».

Dans 2 cas, enfin, il s'agissait d'un abcès du poumon authentique, dans 1 autre de dilatation des bronches sans signes radiologiques apparents de tuberculose.

Les auteurs montrent toute l'importance pratique de la culture, en raison de sa rigueur scientifique, de sa facilité d'exécution qui permet de l'utiliser pour les examens systématiques des collectivités.

Elle permet enfin de donner la solution d'un problème qui s'est posé récemment à l'occasion des communications des auteurs sur les « cracheurs de bacilles tuberculeux sans lésions apparentes ». La culture des crachats permet en effet d'affirmer qu'il s'agit bien de bacilles tuberculeux et non de bacilles paratuberculeux, la présence de ceux-ci étant exceptionnelle dans les voies respiratoires.

L'absence de bacilles tuberculeux démontrée par la culture dans les voies respiratoires supérieures soit chez les individus sains vivant au contact de tuberculeux, soit même chez des tuberculeux avérés montre que lorsque l'on constate des bacilles dans ces cas, ils proviennent en réalité du parenchyme pulmonaire même.

En résumé, il ressort de ce travail que, en dehors des cas où il s'agit de début de poussée évolutive encore à bacilles rares, si dans quelques cas chez des « cracheurs de bacilles sans lésions apparentes », on peut parler de « bacilles de sortie » (injection de vaccin, cures solaires), dans la plupart des cas la constatation de bacilles rares dans la culture, alors même qu'il n'y a aucun signe clinique apparent, aucune anomalie radiologique, n'est que la traduction d'une tuberculose tout à fait discrète, tout à fait atténuée, d'une tuberculose encore dans la trame. Et cela, soit qu'on l'observe chez d'anciens tuberculeux considérés comme guéris, chez d'anciens pleurétiques, chez d'anciens porteurs de pneumothorax ; soit qu'on la voie chez des tuberculeux porteurs de tuberculose externe, ou atteints de bronchite chronique, d'asthme, d'emphysème, ou présentant des hémoptysies à répétition ; soit enfin chez des individus n'ayant présenté aucune manifestation tuberculeuse, mais vivant dans l'entourage de tuberculeux.

La valeur séméiologique de la présence de bacilles pour le diagnostic de la tuberculose n'est en rien diminuée par ces constatations nouvelles, si l'on veut bien n'attacher aux méthodes de laboratoire qu'une valeur relative.

La constatation de rares bacilles, comme la cuti-réaction, n'a que la valeur d'un symptôme dont on doit tenir le plus grand compte, mais qui ne doit pas à lui seul entraîner le diagnostic de tuberculose maladie et déclancher les sanctions prophylactiques et thérapeutiques que comporte celui-ci quand il s'agit d'une tuberculose évolutive.

La nocivité du pain blanc. — M. Delbet rappelle que les mangeurs de pain blanc sont plus exposés aux tumeurs

que les mangeurs de pain bis ou de pain complet qui contiennent plus de vitamines A et de magnésium.

Le Formol dans le domaine médical. — M. A. TRILLAT fait l'historique de la découverte des propriétés antiseptiques du formol et de ses applications dans le domaine de l'histologie, de l'hygiène et de la médecine.

Il mentionne le rôle que lui-même et d'autres savants français ont joué dans ces applications qui sont devenues, comme on le sait, considérables.

Cette mise au point de l'histoire du formol était à connaître étant donné le nombre d'auteurs qui se sont occupés de la question.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux associés en remplacement de MM. Cazeneuve (de Lyon) et Mairet (de Montpellier) décédés.

Au premier tour de scrutin sont élus : MM. Edmond Sergent (d'Alger) et René Leriche, professeur de clinique chirurgicale à Strasbourg.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1935)

Mésentérite sclérosante rétractile et occlusion intestinale aiguë. — M. MONSAINGEON fait un rapport sur l'observation suivante communiquée par M. Lefort (de Paris). Celui-ci voit et opère au cinquième jour d'une occlusion intestinale aiguë une femme de 83 ans. A l'intervention, outre deux brides épiploïques qui n'expliquent pas l'occlusion, il trouve un moignon d'appendice rattaché par une bride fibreuse à l'extrémité distale de l'appendice, fixée intimement à la surface du mésentère. Toute cette région est le siège de lésions intenses : plaque indurée, étoile fibreuse, brides scléreuses étendues jusqu'à l'intestin grêle et l'étranglant. Une libération patiente et prudente permet de lever les obstacles. L'intérêt de cette observation réside dans le fait que l'appendicite, cause d'occlusion, remontait à 53 ans auparavant. Elle apporte une contribution aux faits de mésentérite rétractile d'origine lymphangitique.

Deux observations d'infarctus partiel de l'intestin grêle. Une observation d'infarctus iléo-mésentérique dû à une hernie étranglée. — M. BLANC fait un rapport sur ces trois cas d'infarctus intestinal communiqués par M. A. Lefort (de Paris). Les deux premières observations correspondent à cette variété troublante appelée « infarctus guérissant spontanément », au sujet de laquelle l'explication pathogénique proposée par Grégoire (manifestation localisée d'un schock anaphylactique grave) paraît très séduisante. Dans le troisième cas, M. Lefort s'est trouvé en présence d'une hernie crurale étranglée avec un infarctus iléo-mésentérique ; la malade, très shockée, a succombé. Rappelant les théories actuellement mises en avant pour expliquer ces lésions curieuses, inconnues il y a vingt ans, M. Blanc insiste sur l'intérêt que présentent les recherches à leur sujet.

Les tumeurs dites bénignes du sein contiennent parfois des germes de cancer. Leur opération large, mais esthétique. — M. DUPUY DE FRENELLE communique une série d'examens histologiques qui ont décelé des foyers cancéreux dans des pièces opératoires d'adénofibrome cliniquement typique, de mammite chronique localisée en foyer, de kyste solitaire du sein. Dans un cas, il existait des métastases cancéreuses dans des ganglions auxiliaires d'apparence et de volume normaux, alors que la pièce mammaire, très largement enlevée, ne présentait que des lésions de mammite chronique. Ces observations montrent aussi que les lésions histologiques dépassent souvent, en étendue, dans la glande, la surface de la lésion apparente.

Se basant sur ces faits, l'auteur préconise l'ablation très large, d'une seule pièce, avec son pédicule axillaire, de toute lésion chronique du sein, nettement identifiée par la palpation, — mais en utilisant les procédés opératoires de la chirurgie esthétique. « La moindre induration mammaire chronique, écrit-il, le plus petit foyer de mammite doit devenir le prétexte d'une opération esthétique, car cette lésion, d'apparence clinique insignifiante, peut contenir un foyer cancéreux, gros de menace pour l'avenir. Une petite plaque indurée de mammite commande une large résection de la glande avec son pédicule lymphatique axillaire. Cette opération peut être faite largement, très consciencieusement et rester néanmoins esthétique... La résection mammaire doit comprendre environ la moitié de la glande. La conservation du mamelon et d'un petit cône sous-mamelonnaire permet presque toujours une opération qui, en définitive, donne un résultat esthétique. » Cette conservation rend la mutilation moins disgracieuse que l'amputation classique qui est toujours indiquée lorsqu'on a le moindre doute clinique sur la nature cancéreuse de la lésion.

MM. BOVIER, BRODIER, LANOS, PAPILLON, RUBENS-DUVAL, DARTIGUES, BURTY, Raymond PETIT, PEUGNIEZ, Charles BUIZARD considèrent comme très exagérées les conclusions de M. Dupuy de Frenelle, en particulier en ce qui concerne les mammites chroniques, qui rétrocèdent habituellement très simplement. Ils soulignent l'utilité de l'examen histologique (examen extemporané et examen secondaire plus approfondi). Ils s'élèvent contre le terme « opération esthétique », car on doit exclure toute préoccupation d'esthétique quand il s'agit d'enlever des lésions cancéreuses ou même soupçonnées d'être cancéreuses.

LIVRES NOUVEAUX

Petite chirurgie de la bouche (1), par le Dr R. THIBAULT, stomatologiste de l'hôpital Saint-Antoine, professeur à l'Ecole française de stomatologie.

Cet ouvrage est destiné aux étudiants et aux spécialistes odonto-stomatologistes désireux de s'initier à la pratique de la petite chirurgie de la bouche.

On y trouve en effet une description détaillée de toutes les interventions (extraction chirurgicale, extraction de dent de sagesse et canine incluses, curettage apical, cure radicale d'un kyste, etc...) susceptibles d'être effectuées par le praticien sous anesthésie loco-régionale et à son cabinet, à l'exclusion des opérations qui, en raison de leur siège ou de leur gravité, sont plutôt du domaine de la chirurgie maxillo-faciale.

Un chapitre est consacré à l'installation et à l'instrumentation chirurgicales, à la préparation du patient et aux soins post-opératoires. Un autre a trait aux différentes méthodes d'anesthésie locale ou régionale. Pour celles-ci comme pour les diverses techniques opératoires, sont seuls exposés les procédés simples et couramment utilisés, car le but de cet ouvrage reste essentiellement pratique.

Une illustration abondante, provenant en majeure partie de photographies ou de schémas faits au cours d'opérations, permet au lecteur de saisir sur le vif les diverses manœuvres opératoires et de se diriger ensuite utilement lors de ses interventions personnelles. L. G.

(1) In-8 couronne de 200 pages avec 111 figures dans le texte et 5 planches de radiographies en hors-texte. — Prix : 25 fr.; franco, 27 fr. 50. — Paris, l'Expansion scientifique française.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



DIASTOGÈNE F
Kola fraîche stabilisée
Manganèse
Arsines
Fenugrec
(comprimé glutinisé inclus dans le cachet)
abrège les convalescences
2 à 3 cachets par jour
Laboratoire Dehaussy
66 rue Nationale
Lille

N° 15. — MERCREDI 19 FEVRIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (admissibilité). — Jury : MM. de Massary, Apert, Rist, P.-E. Weil, Boidin, Herscher, Darré, Gautier, Binet, Cathala, Jacob, Etienne Bernard.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX (admissibilité). — *Epreuve de médecine opératoire.* — MM. Gosset, 10; Padovani et Sauvage, 9; Guillot, 5; Gérard-Marchant, 9; Rudler, 6; Zagdoun, 7; Patel, 8; Dufour et Petit, 6.

Première question : « Désarticulation du gros orteil avec son métatarsien. »

Deuxième question : « Artère cubitale au tiers supérieur. »

Epreuve de médecine opératoire. — MM. Lecœur, 8; Couvelaire, 7; Audouin, 5; Cordier, 4; Billet, 5; Baumann, 6, Vuillième, 5; Longuet, 7; Hepp, 5; Dreyfus-le-Foyer, 4.

Première question : « Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter. »

Deuxième question : « Désarticulation du poignet. »

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 12 février. — Questions données : « Diagnostic des angines de poitrine. — Invagination intestinale aiguë chez le nourrisson. »

MM. Gautreau et Botreau-Roussel, 19; Chevalier, 20,5; Trémolières, 15,7; Pérol, 14,1; Samain, 24; Deguillaume, 18; Duret et Mme Levachkevitch, 23,6; Canetti, 22,5.

Séance du 13 février. — Questions données : « Adénites inguinales aiguës et chroniques. Symptômes et diagnostic. — Fracture de l'étage moyen de la base du crâne. »

MM. Raymondaud, 17,2; Walther, 17,9; Villanovre, 16,3; Mlle Provendier, 10; MM. Pahmer, 16,1; Deuil, 25,1; Mme Boulenger, 18; MM. Maschas, 23,6; Cotillon, 17,6; Magder, 18,5.

Séance du 14 février. — Questions données : « Rupture traumatique de l'urètre périnéo-bulbaire. — Myxœdème acquis de l'adulte. »

MM. Robin, 18; Loeper, 22; Tiret, 24,1; Olivier (M.), 21; Brissaud, 24,1; Lacorne, 18; Glénard, 22; Debelut, 22,5; Dennewald, 18,6.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — La chaire d'histologie et embryologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est déclarée vacante.

— NANCY. — La chaire de thérapeutique de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est déclarée vacante.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Legrand (d'Auberchicourt, Nord).

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — PRODUITS STUPÉFIANTS. — Le *Journal officiel* du 13 février publie un arrêté relatif à la limitation de la fabrication et de la distribution des produits stupéfiants (morphine, héroïne, codéine, dionine, cocaïne).

UNION DES MÉDECINS ARMÉNIENS DE PARIS (37 *bis*, rue de Ponthieu). — Le mercredi 19 février 1936, à 9 h. du soir, dans la salle D de l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Ser-

pente, M. le professeur Laignel-Lavastine fera une conférence sur « La cyclothymie (la folie à double forme) dans la littérature, les arts et la politique ».

LES ILLETTRÉS DANS L'ARMÉE. — D'après le *Journal officiel* du 5 février (Débats parlementaires, p. 227) le nombre des illettrés dans l'armée serait en diminution. La moyenne paraît être de 7 p. 100. En 1931 il y en avait 8,4 p. 100, en 1935 (contingent d'avril) 6,1 p. 100.

Il serait intéressant de connaître aussi le nombre des recrues ignorant le français. Autrefois il était fréquent de rencontrer des jeunes soldats ne parlant que le breton. Maintenant, grâce au jeu des naturalisations, il arrive parfois des jeunes soldats ignorant complètement le français. Il serait intéressant de savoir combien. On se rend compte du travail qui incombe aux cadres : instruction militaire, école primaire et école Berlitz !

HÔPITAL BEAUJON-CLICHY. — OZONOTHÉRAPIE. — Chaque matin, à 11 h., dans le service d'électro-radiologie du docteur Aubourg, M. le docteur M. Legoux fera une démonstration des applications médicales de l'ozone, sur le nouvel appareil Carpentier-Duflot, producteur de O^3.

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DE M. LE PROFESSEUR LERICHE AU COLLÈGE DE FRANCE (1)

M. le professeur Charles Nicolle, malheureusement souffrant, s'est fait suppléer cette année dans la chaire de médecine du Collège de France par M. le professeur René Leriche (de Strasbourg). L'an dernier c'était M. Etienne Burnet qui avait remplacé M. Nicolle, et nous n'oublions pas que dans les années précédentes, M. Nicolle avait déjà associé à son cours des conférenciers prestigieux, MM. Leriche, Jean Fiolle et Georges Duhamel.

Devant un auditoire très nombreux au premier rang duquel se trouvait précisément le Dr Georges Duhamel, M. Leriche a commencé son cours. Il débuta en adressant ses remerciements à M. Joseph Bédier, directeur du collège de France, à ses collègues et en particulier à M. Charles Nicolle, « l'un des esprits les plus pénétrants de la médecine contemporaine ».

M. Leriche a choisi comme sujet de son cours : la *Chirurgie de la douleur*. L'étude de la douleur a certes, été faite par des philosophes et des littérateurs, mais celle de la douleur physique ne figure habituellement pas dans le programme des cours, non plus que dans les traités de médecine.

Le professeur Jean Fiolle a exprimé un jour le désir que la chirurgie pût s'élever au-dessus d'elle-même. L'étude du problème de la douleur, pense M. Leriche, est bien de nature à satisfaire le souhait de M. Fiolle.

Après avoir exposé quelques considérations sur le problème de la douleur physique, M. Leriche l'étudie d'abord sur le plan de la physiologie, ensuite sur le plan médical. « La maladie, dit-il, est un drame sournois en deux actes ; la douleur n'apparaît guère qu'au deuxième acte. C'est un surcroît de misère. Est-elle utile au médecin ? Elle se montre généralement quand il est trop tard. » Puisque la douleur est inutile, il faut la supprimer. Et voilà où commence la difficulté. En médecine, la douleur est d'une analyse délicate, nous sommes toujours au seuil de l'inconnaissable. « Les douleurs, en effet, n'ont pas de support anatomique. Si la douleur de laboratoire s'étudie chez un homme sain, on peut la doser. Chez le malade, la douleur arrive comme un ouragan et échappe à toute analyse. »

M. Leriche considère qu'il existe une réelle « géométrie » de la souffrance : certaines douleurs répondent à un territoire fixe, d'autres sont impossibles à localiser.

Au point de vue chirurgical, il y a des douleurs dans le territoire cérébro-spinal ; il y a aussi des douleurs dans le système sympathique.

Il existe dans le sympathique des fibres centripètes capables de transmettre les impressions douloureuses — les artères sont sensibles —. François Frank a vu, il y a bien longtemps déjà, la sensibilité du sympathique. M. Leriche est justement fier d'être d'accord avec un Maître qu'on oublie généralement de citer.

En terminant, M. Leriche esquisse rapidement les faits nouveaux mis en valeur par ses remarquables travaux sur la chirurgie du sympathique qui mérite bien le nom de chirurgie de la douleur.

F. L. S.

(1) Rappelons que les cours de M. le Professeur René Leriche ont lieu les vendredi et samedi à 18 heures, au Collège de France.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ÉTUDIANTS. TRANSFERT DE DOSSIER

15020. — M. Gaston Thiébaut, député, demande à M. le ministre de l'éducation nationale si un étudiant de clinique dentaire ayant échoué deux fois à ses examens peut être autorisé à s'inscrire à une autre faculté pour réparer ses échecs. (Question du 16 janvier 1936.)

Réponse. — Le transfert d'un dossier d'un étudiant ayant échoué à un examen est exceptionnel. En effet, aux termes de l'article 22 du décret du 21 juillet 1897, relatif au régime scolaire et disciplinaire des universités : « l'étudiant ajourné à un examen ne peut changer de faculté ou école sans une autorisation spéciale du doyen ou directeur. Cette autorisation ne peut être accordée que pour motif grave. Mention du motif est faire au dossier de l'étudiant. » (*J. O.*, 8 février 1936.)

RENSEIGNEMENTS

MAISON DE SANTÉ MÉDICALE des environs de Paris demande étudiant en médecine français ayant terminé ses stages pour internat. Fin mars. — S'adr. aux bureaux du Journal.

LIVRES NOUVEAUX

Le sang des hypertendus (1), par G. CARRIÈRE et Claude HURIEZ.

Etudier, dans des conditions aussi rigoureuses que possible, les principales propriétés physico-chimiques du sang d'un nombre important de cas d'hypertension artérielle permanente, tel a été le but de ce travail.

Au début, MM. Carrière et Huriez exposent les raisons purement cliniques qui leur ont permis de répartir leurs 105 observations en un certain nombre de groupes, qui ne préjugent d'aucune conception pathogénique prématurée.

Le plan adopté pour l'exposé des recherches a consisté à réunir en un certain nombre de chapitres juxtaposés (techniques, résultats, travaux antérieurs, interprétation...) tout ce qui a trait à tel ou tel constituant du sang des hypertendus. Pour prendre une connaissance complète de la propriété étudiée, le lecteur n'est donc pas obligé de se reporter à plusieurs parties du volume.

L'étude détaillée de chaque propriété a conduit les auteurs à envisager ensuite, de façon plus générale, la biologie des divers types cliniques de la maladie hypertensive. Pour chaque groupe d'hypertendus, ils ont dressé un bilan schématique des principales variations humorales, indiquant celles qui paraissent surtout dues aux complications ou associations morbides et celles qui étaient plus nettement en rapport avec le processus hypertensif.

Après plus de deux mille déterminations physico-chimiques, il leur a semblé possible de grouper en *une seule formule biologique schématique*, celles des perturbations humorales qui furent retrouvées dans chaque type d'hypertension permanente. Cette formule reflète les modifications profondes de tous les métabolismes chez les hypertendus et objective surtout *le remaniement capital de leur équilibre lipido-protidique*. Pour les auteurs : « *Le sang des hypertendus est anormalement riche en ses principaux constituants chimiques, mais cet excès leur semble électif à un double point de vue.* » Ils opposent les valeurs à peu près normales de l'azotémie et de la chlorémie de ces malades, les teneurs légèrement augmentées de leur plasma en glucides, aux modifications profondes des métabolismes des lipides et des protides. Ils insistent particulièrement sur les anomalies de répartition des produits de chaque métabolisme. L'augmentation de la cholestérinémie déborde celle de la masse totale des lipides, de même que l'hypersérinémie est plus marquée que l'hyperprotidémie totale.

Par ailleurs, ces modifications chimiques conditionnent l'augmentation de la densité et de la viscosité sanguines et sériques. Les auteurs ne croient pas qu'il faille considérer ces perturbations physiques du sang et du sérum des hypertendus, malgré leur netteté, comme capables de déclencher le processus hypertensif, en aggravant le travail myocardique ou en modifiant l'écoulement du sang dans les vaisseaux. Ils ne considèrent *ces anomalies physiques que comme des intermédiaires entre les troubles du métabolisme humoral et les centres régulateurs de la tension artérielle.* Ils accordent une place toute spéciale à *l'augmentation de la tension onkotique du sérum*, au cours de l'hypertension artérielle permanente. Mais il importe, d'après les auteurs, de rester très prudents dans l'interprétation des déviations humorales au cours de l'hypertension artérielle permanente, qui pose de nombreux problèmes : — Ce syndrome est-il d'abord constant, est-il observé dans tous les types d'hypertension artérielle ? — Cette formule traduit-elle une imperméabilité rénale ? — Quel est, dans sa réalisation, le rôle à attribuer au dysfonctionnement de certains parenchymes et plus particulièrement aux perturbations endocriniennes ?

(1) In-8 de 392 pages. — Prix : 50 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Carrière et Huriez tirent des données intéressantes, à cet égard, de la comparaison des formules humorales de divers états morbides, ce qui leur permet : — de montrer que les variations humorales et les variations tensionnelles affectent des liens étroits, — d'insister sur les différences entre les formules humorales de la maladie hypertensive et des diverses néphrites, — d'opposer point par point la formule biologique de l'hypertension et de la néphrose lipoïdique et d'en déduire quelques données intéressantes sur la réalisation du processus hypertensif, — de souligner l'opposition absolue entre le syndrome humoral de l'hypertension et celui de la maladie d'Addison. Cette comparaison affirme la spécificité des variations humorales au cours des processus tensionnels les plus différents. L'origine endocrinienne et plus particulièrement surrénalienne de ces troubles tensionnels et humoraux y trouve un appui dont la valeur ne saurait échapper. Par ailleurs, « la note glandulaire » est accentuée par le rapprochement des formules biologiques des divers états thyroïdiens et hépatiques et du syndrome humoral de l'hypertension artérielle permanente.

Tels sont les faits que les auteurs semblent en droit de souligner au terme de l'étude du sang des hypertendus. Est-ce à dire qu'ils autorisent une conception univoque du mécanisme pathogénique de l'hypertension artérielle permanente ? Ce serait négliger, bien à tort d'après eux, le rôle du système nerveux et plus particulièrement du sympathique. Mais concevoir, à la suite de Loeper, la perturbation humorale « comme un intermédiaire entre le processus morbide et la réaction constatée », ne diminue aucunement l'intérêt qui s'attache à sa connaissance.

L'étude du sang des hypertendus permet donc aux auteurs, d'insister sur les troubles profonds de la nutrition de ces malades, *de considérer ces perturbations métaboliques et humorales comme liées à un dysfonctionnement de multiples parenchymes, surtout endocriniens. Le rôle des surrénales du corps thyroïde et du foie leur semble à ce point de vue capital.* « Et même si ces manifestations humorales ne sont que les intermédiaires entre, d'une part, le retentissement de troubles de la nutrition peu connus sur de multiples métabolismes et, d'autre part, les réactions du système régulateur de la tension artérielle, ce syndrome cependant, en raison de sa grande fréquence, montre, comme l'avaient prévu certains auteurs, que *l'hypertension habituelle possède un substratum humoral propre...* »

« Le but de ce livre est surtout d'apporter des faits. » Outre le résultat de recherches poursuivies depuis plus de deux ans par Carrière et Huriez et leurs collaborateurs, le lecteur trouvera également une riche documentation sur la biologie humorale de l'hypertension artérielle permanente, dans une bibliographie qui suit servilement le plan de l'exposé. Les auteurs n'avaient pas d'autre ressource pour classer de façon logique et pratique plus de 800 références.

L. G.

Les hydrocéphalies aiguës et subaiguës d'origine optique. Accidents méningés otogènes purement hypertensifs, par Robert BOURGEOIS, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. Un volume de 178 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le traitement de la méningite cérébro-spinale, par Ch. DOPTER, médecin général inspecteur, membre de l'Académie de médecine, 1 volume grand in-8 de 140 pages. — Prix : 20 francs. (Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles ».) — Paris, J.-B. Baillière et Fils.

Traitement des ictères infectieux, par le professeur Noël FIESSINGER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. 1 volume grand in-8 de 52 pages. — Prix : 10 francs. (Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles ».) — Paris, J.-B. Baillière et Fils.

L'ACIDE CARBONIQUE ALVEOLAIRE CHEZ LES CARDIAQUES DECOMPENSES

Par MM. BROUSTET, SERVANTIE et H. VITAL.

Travail du service de M. le professeur MAURIAC (de Bordeaux).

A l'heure où l'on s'engage de plus en plus dans l'étude physio-pathologique des grands syndromes morbides, il est particulièrement indiqué d'orienter dans ce sens l'étude de l'insuffisance cardiaque. Nous ne pouvons plus en rester, dans l'appréciation des troubles circulatoires, aux constatations purement séméiologiques du désordre des battements du cœur et de la stase périphérique. Nous devons, autant que possible, chercher le retentissement de ces troubles circulatoires sur les grandes fonctions de l'organisme, et savoir quelles modifications apporte cette stase périphérique à la composition du milieu intérieur.

Divers travaux ont montré les tendances des auteurs modernes à pousser leurs investigations dans cette voie. D'une part, des recherches ont été faites sur les altérations chimiques des humeurs, et tout particulièrement sur le taux de l'acide lactique. Meakins et Long, Jerwell, Eppinger, Diaz, nous-mêmes avec Rioux et Suberbielle nous sommes attachés à l'étude de la lactacidémie des cardiaques décompensés.

Il semble qu'il y ait aussi beaucoup d'intérêt à étudier les perturbations qu'apportent à la composition physico-chimique des humeurs des affections susceptibles à la fois de troubler l'hématose et d'entraîner un ralentissement de la circulation périphérique.

De fait, la notion d'une acidose circulatoire a été établie, depuis 1922, par Meakins, Dautrebande et Fetter.

C'est une acidose d'un type bien spécial, et qui mérite une place à part dans le cadre des acidoses.

L'acidose cardiaque. — Voici, d'après Meakins, Dautrebande et Fetter, Fraser, Ross et Dreyer, ses caractères principaux.

Chez les cardiaques, l'air alvéolaire est pauvre en CO^2 ; le pH urinaire est abaissé ; la réserve alcaline du sang veineux est, elle aussi, fortement abaissée : pareilles constatations amènent à la conclusion qu'une *acidose non gazeuse* existe chez ces malades.

Or, l'analyse de leur sang artériel conduit à des conceptions diamétralement opposées. Celui-ci est fortement alcalin, son pH tend à s'élever et la réserve alcaline est augmentée : il existe donc une alcalose dans le sang artériel.

Pour expliquer cette acidose du sang veineux, l'hypothèse de l'hyperlactacidémie se présente naturellement à l'esprit. D'après Dautrebande elle n'est pas conforme à la réalité. En effet, dans les expériences de stase provoquée, le sang veineux provenant des zones en stase n'est pas plus chargé en acide lactique que le sang veineux normal.

Or, dans ce processus d'acidose veineuse, la stase sanguine semble bien jouer un rôle capital, et c'est à elle que Dautrebande fait appel pour expliquer ces résultats discordants.

Si l'on soumet, sous une pression donnée, un sang total recueilli sous paraffine à l'action du CO^2, le plasma absorbe la plus grande partie de ce CO^2, et, partant, devient plus riche en bicarbonates. Si, dans des conditions expérimentales identiques, on soustrait au sang en question une certaine quantité de plasma, on l'appauvrit très sensiblement en bicarbonates, puisque les globules rouges ne contiennent qu'une quantité très inférieure de ce sel.

La stase locale reproduit ces conditions expérimentales. Si l'on place un garrot sur un membre, le sang veineux, dans le territoire ainsi bloqué, voit sa courbe de dissociation en CO^2 et son pH fortement abaissés : l'acidose apparaît.

De même, chez le cardiaque, l'apparition de l'acidose du sang veineux trouve une explication analogue. Tout d'abord, le ralentissement circulatoire entraîne un enrichissement du plasma en bicarbonate. Mais, dans les zones en stase, le sang perd une certaine partie de ce plasma qui fuit dans les tissus. Avec le plasma passent des sels, des chlorures, des bicarbonates — d'où chute de la réserve alcaline.

Ainsi cette déperdition de plasma au niveau des zones de stase permet d'expliquer le paradoxe d'un sang artériel alcalin et d'un sang veineux acide.

Il faut ajouter d'ailleurs qu'une partie du problème reste à résoudre. Si l'on arrive, suivant l'hypothèse de Dautrebande, à comprendre pourquoi le sang artériel alcalin se transforme en un sang veineux acide, on ne voit pas comment le sang artériel pulmonaire, acide, va devenir un sang veineux pulmonaire, alcalin. C'est forcément durant la traversée pulmonaire que se fait cette transformation, mais suivant un mécanisme qui nous échappe. Nous n'aborderons d'ailleurs pas ce chapitre dans le présent travail ; nous avons voulu seulement signaler ce qui nous paraît être une lacune dans la conception des acidoses cardiaques (1).

L'étude du CO^2 alvéolaire. — L'une des conséquences de l'acidose est la modification de la composition de l'air alvéolaire. Le centre respiratoire, éminemment sensible à l'action des « ions H », déclenche une surventilation pulmonaire qui diminue le CO^2 alvéolaire.

Ainsi la mesure du CO^2 alvéolaire est-elle un moyen indirect, mais très sûr, d'apprécier l'acidose circulatoire.

Proposition qui n'est exacte qu'à deux conditions : c'est que, d'une part, la ventilation pulmonaire puisse s'accomplir normalement ; c'est que, d'autre part, la mesure du CO^2 alvéolaire soit parfaitement correcte.

(1) Récemment M. J. Dallemagne, dans le laboratoire du Professeur Dautrebande, au cours de l'étude des troubles post-anesthésiques de l'équilibre acide-base, a constaté lui aussi l'acidose circulatoire et l'alcalose paradoxale. De ses remarquables recherches menées avec une technique expérimentale impeccable, il a pu tirer les conclusions suivantes : « Entre les sangs artériel et veineux il existe un seul organe, le poumon, qui doit être nécessairement responsable du phénomène, probablement par stase sanguine au niveau des capillaires alvéolaires et passage de bicarbonate du sang veineux dans les tissus pulmonaires... Le poumon nous apparaît ainsi comme un organe susceptible de déverser du bicarbonate dans le sang ou d'en accumuler dans son parenchyme suivant le sens du déséquilibre acide-base. »

M. J. DALLEMAGNE. Contribution à l'étude des troubles post-anesthésiques de l'équilibre acide-base (*Arch. internat. Med. Experim.*, 10, p. 522. Déc. 1935.)

En premier lieu, il est facile de comprendre que le maintien du CO^2 alvéolaire à un taux assez bas — malgré l'apport constamment renouvelé du CO^2 sanguin, exige une bonne ventilation pulmonaire, une surventilation même. Mais celle-ci ne pourra s'accomplir parfaitement que si la cage thoracique a conservé une souplesse suffisante, que si le poumon ne rencontre pas d'obstacle à son expansion — soit du fait de la rigidité thoracique, soit du fait d'épanchements importants de la plèvre. Nous verrons, dans quelques-unes de nos observations que la présence d'obstacles de cet ordre a modifié sensiblement le taux du CO^2 alvéolaire.

La seconde condition est une affaire de technique. Nous avons utilisé pour le prélèvement et le dosage du CO^2 celle de Haldane-Priestley, dont nous rappelons seulement les grandes lignes.

Le prélèvement est fait à l'aide d'un tube de Bohr, préalablement vidé d'air. Ce tube, obturé par un robinet, est mis en communication avec un tuyau de caoutchouc dans lequel expire le malade. Au moment convenable, on ouvre le robinet du tube de Bohr, qui s'emplit aussitôt de l'air contenu dans le tuyau de caoutchouc voisin. Mais quel est le moment convenable pour obtenir de l'air alvéolaire ? Il faut, bien entendu, l'air alvéolaire véritable, et non point un mélange d'air alvéolaire et d'air bronchique. Selon la technique de Haldane-Priestley, il suffit, pour obtenir l'air alvéolaire, de faire, après une brusque expiration normale, une brusque expiration forcée, et l'air alors rejeté est bien l'air alvéolaire. Il peut sembler étrange que, malgré l'importance de l'arbre bronchique, l'air alvéolaire vrai soit aussi facilement obtenu, et l'on pourrait émettre des doutes sur la validité de cette mesure. En réalité, l'expérience montre que sur un même sujet, sachant respirer, on pourra faire six, huit, dix prises d'air alvéolaire, et trouver chaque fois un chiffre strictement identique. Cette constance dit la valeur de la méthode ; si les échantillons analysés étaient faits d'un mélange d'air alvéolaire et d'air bronchique, mélange en des proportions fatalement variables, on ne trouverait jamais deux fois le même chiffre. En outre, la concordance parfaite du CO^2 alvéolaire et du CO^2 artériel fournit un argument supplémentaire à la valeur de la méthode.

Mais il n'en est pas moins vrai que ce prélèvement de gaz alvéolaire réclame la collaboration du sujet. Gêné dans sa respiration, peu compréhensif, il se prêtera mal à la manœuvre et des causes d'erreur apparaîtront de son fait.

Pour ce qui est du dosage — dont nous ne donnerons pas ici la technique, rappelons que, pratiqué suivant la méthode de Haldane, sa réalisation est sûre ; mais la manœuvre de l'appareil de Haldane compliqué, délicat, demande un apprentissage prolongé, et, même entre des mains expertes, reste fort longue.

Le CO^2 alvéolaire chez les cardiaques. — Dans les conditions que nous venons de préciser, nous avons dosé le CO^2 alvéolaire de douze malades en état d'insuffisance cardiaque. Les dosages ont été faits en série, avant, pendant les traitements tonicardiaques administrés, et à leur suite. Tous les malades étaient hospitalisés et leur observation complète a été régulièrement recueillie.

D'après les résultats obtenus, nous pouvons classer nos malades en plusieurs groupes.

Certains répondent parfaitement aux données établies par Meakins, Dautrebande et Fetter : leur CO^2 alvéolaire est sensiblement abaissé à la phase de franche décompensation ; l'action heureuse des tonicardiaques relève le taux de CO^2 et celui-ci devient voisin de la normale lorsque le malade a retrouvé son équilibre circulatoire.

Voici deux observations typiques :

Obs. I. — *Insuffisance mitrale fonctionnelle chez un hypertendu.* — Daus..., 62 ans, employé de magasin.

Envoyé à l'hôpital par son médecin pour décompensation cardiaque, le malade entre le 17 mai 1934 dans le service du professeur Dupérié (1).

Le début des troubles remonterait à un mois environ.

A ce moment, cet homme, jusque-là bien portant, éprouva de la dyspnée d'effort, s'accompagnant d'une sensation de constriction précordiale. Parfois, on note l'apparition d'un léger brouillard, ou bien de points brillants venant gêner la vision du sujet. Ni céphalées, ni crampes des extrémités. Légère pollakiurie nocturne.

Il y a dix jours, s'installe de la dyspnée de décubitus et progressivement de l'œdème des membres inférieurs.

Aucun antécédent pathologique dans l'histoire de cet homme.

Examen le 18 mai. — Malade légèrement cyanosé et dyspnéique. Pouls à 78, irrégulier.

Cœur : pointe au septième espace un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. — Impulsion violente à la palpation.

Souffle systolique rude de la pointe se propageant dans l'aisselle. Le deuxième bruit est claqué au foyer aortique.

T. A. : Mx 14 ; Mn 10 1/4, 1° 1/2.

Il existe un léger œdème des membres inférieurs.

Stase pulmonaire aux bases, peu importante.

Le foie est un peu volumineux, non douloureux.

Après lavement purgatif et ventouses scarifiées aux bases pulmonaires, le sujet, qui est oligurique (200 cc. en 24 heures) est mis au traitement digitalique : LXV gouttes de digitaline en 5 jours, du 18 au 23 mai.

Premier dosage d'air alvéolaire : 18 mai. Pouls 78 irrégulier. Respiration : 32.

CO^2 alvéolaire	5,1
O^2 alvéolaire	16

Deuxième dosage : 22 mai. Grosse amélioration, bien-être du sujet. Repos nocturne. Plus de dyspnée de décubitus. Les œdèmes ont notablement régressé. Urines : 1.700 cc.

A l'auscultation, le souffle est beaucoup moins intense ; on entend plutôt un premier bruit très prolongé. Le deuxième bruit est toujours claqué au foyer aortique.

Pouls 62 : irrégulier. Respiration 19.

CO^2 alvéolaire	5,2
O^2 alvéolaire	15,1

Troisième dosage le 5 juin. Malade semble bien compensé. Pouls 72, régulier. Respiration 16.

CO^2 alvéolaire	5,5
O^2 alvéolaire	15,2

On prescrit cependant un traitement de consolidation : XL gouttes de digitaline du 5 au 10.

Quatrième dosage : 9 juin.

Pouls 79. Respiration 17.

CO^2 alvéolaire	6,2

T. A. : Mx 18. Mn 7-1°, 7.

Urines : 3.000 cc.

Obs. II. — Pierre L..., 54 ans, manœuvre.

Le malade se présente à la consultation du professeur Dupérié, le samedi 12 mai 1934.

Début des troubles, il y a huit jours environ. Sensation d'étau au niveau du cœur, avec angoisse augmentant lors d'un effort, même minime. En même temps, toux sèche sans expectoration,

(1) Nous remercions vivement M. le Professeur Dupérié d'avoir bien voulu nous autoriser à publier les observations recueillies dans son service.

survenant par crises. Température au-dessous de 37°. Un médecin consulté au bout de deux jours, a prescrit XX gouttes de digitaline par jour pendant 3 jours (7, 8, 9 mai). Le 12 mai, cet homme se trouvant toujours fatigué, vient à la consultation du professeur Dupérié. A ce moment, tachycardie régulière, à 160, non modifiable par la marche et l'effort. Pas de souffle orificiel. Le malade entre dans le service.

Dans les antécédents de cet homme, on ne relève aucune maladie infectieuse. Pas d'éthylisme, ni de spécificité.

Dès l'entrée du malade dans le service, l'oscillomètre de Pachon ayant montré une T. A. de : Mx 9, Mn 7 1/2- 1° 1/2, il a été pratiqué par M. Dubarry, interne du service, une injection de 1/4 de milligr. d'ouabaïne intraveineuse.

T. A. après l'injection : Mx 10 1/2, Mn 7 1/2-1°1.

De plus, on commence une cure digitalique : 4 gouttes du 12 au 16.

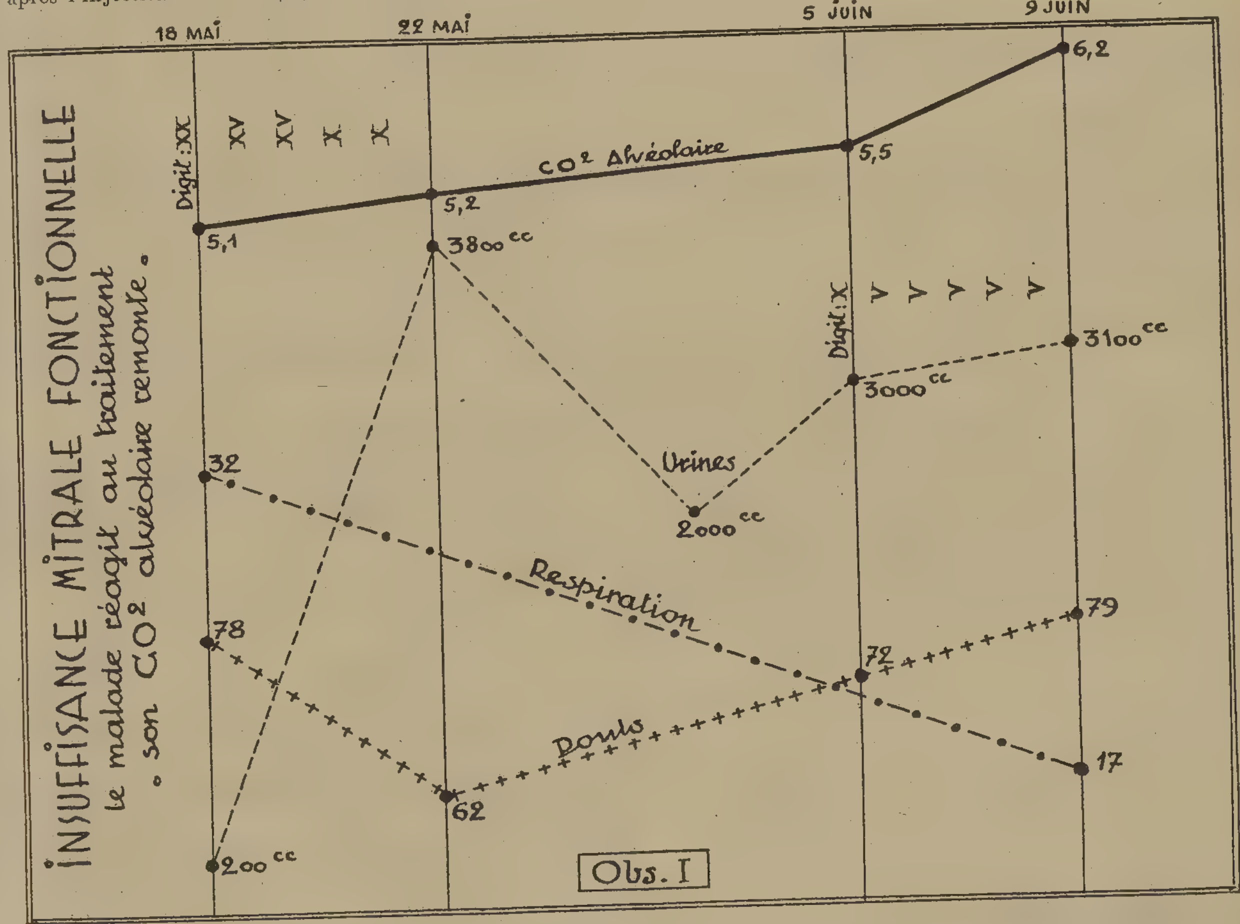
Premier dosage le 14 mai. Malade n'éprouvant aucune gêne. Pouls à 160 régulier. On ne perçoit aucun souffle au stéthoscope. Il n'y a ni œdème des membres inférieurs, ni dyspnée, ni cyanose. Urines : 900 cc.

Pouls 158. Respiration 24.

CO^2 alvéolaire	4,7
O^2 alvéolaire	14,6

Le 15 mai. Pouls à 140 régulier. T. A. Mx 9, Mn 7 1/2, 1° 3/4. On injecte : 1/8 de milligramme d'ouabaïne dans la veine. Dans la journée le pouls tombe à 88, mais arythmie complète.

Deuxième dosage le 16 mai.



Pouls 84. Respiration 20.

T. A. : Mx 11 1/2, Mn 8, 1°2.

CO^2 alvéolaire	5,2
O^2 alvéolaire	14

Le 17 mai. Pouls à 60, arythmie complète. Malade n'éprouve aucune gêne. Urines : 1.200 cc. Electrocardiogramme pratiqué par le docteur Guénard.

Conclusions : arythmie complète par fibrillation auriculaire. Extra-systoles ventriculaires droites. Anomalies du complexe ventriculaire. Troubles de conductions des branches du faisceau de His.

On décide de donner de la quinidine : première dose : 0,20, soit un comprimé. On augmentera de 0,20 par jour.

Deuxième dosage le 19 mai.

Pouls 75. Toujours irrégulier. Respiration 20.

T. A. : Mx 11, Mn 6, 1° 2 1/2.

CO^2 alvéolaire	5
O^2 alvéolaire	15

Troisième dosage le 22 mai. Le malade a déjà absorbé : 1 gr. 20 de sulfate de quinidine.

Pouls 80, très arythmique. Respiration 20.

CO^2 alvéolaire	5,2

Le 24 mai. Malade euphorique. Pouls 65 régulier. On arrête la progression des doses de quinicardine pour demeurer à 1 gr. par jour, et redescendre ensuite progressivement.

Troisième dosage le 25 mai.

Pouls 68, régulier. Respiration 20.

T. A. : Mx 11, Mn 6, 1° 3 1/2.

CO^2 alvéolaire	6
O^2 alvéolaire	14,7

Le 27 mai, mort subite dans l'après-midi. Mort qu'aucun trouble ne laissait prévoir le matin.

Dose totale de quinidine, 5 gr. 60 en huit jours.

Autopsie : Cœur étalé, un peu gros. Aucune lésion valvulaire.

Dans d'autres cas, conformes encore aux données de Meakins, Dautrebande et Fetter, le taux du CO^2 alvéolaire est abaissé, et reste abaissé malgré toutes tentatives thérapeutiques : celles-ci sont vaines ; le malade succombe. L'abaissement permanent du CO^2 alvéolaire est ainsi l'indice d'une asystolie irréductible. En voici des exemples :

Obs. III. — *Insuffisance aortique. Hyposystolie.* — François J..., 58 ans, cultivateur.

Envoyé dans le service du professeur Mauriac, pour « maladie de cœur », avec crises de dyspnée nocturne.

Début, il y a deux ans par dyspnée d'effort. En même temps : céphalée, bourdonnements d'oreilles, sensation de « doigt mort ».

En janvier 1934 : crise d'œdème pulmonaire à la suite de laquelle s'installe de la dyspnée de décubitus. Le malade doit cesser tout travail, à cause de la gêne respiratoire.

En avril 1934 : des œdèmes des membres inférieurs font leur apparition. Le repos, l'ouabaïne intraveineuse les font régresser.

Pas de maladies infectieuses, ni de spécificité dans les antécédents. Ethylisme ancien avec pituites matinales et rêves professionnels.

Examen le 13 mai :

Appareil cardio-vasculaire.

Pointe au 6e espace, sur la ligne mamelonnaire. Double souffle à l'orifice aortique. Double souffle intermittent crural de Durozier à la fémorale.

Artères souples, dont les battements sont visibles sous les téguments.

Pas de pouls unguéal ni de signe de Musset.

T. A.: Mx 17, Mn 10, 1° 5.

Les membres inférieurs présentent un léger œdème. Le foie un peu gros n'est pas douloureux.

Urines: 900 cc.

Sang: urée: 0,66. B. W.: 0.

Traitement: les 12, 13, 14 mai: solucamphre.

Premier dosage le 14 mai:

Pouls 80, régulier. Respiration 20. Légères douleurs précordiales nocturnes.

CO^2 alvéolaire 4,8

Le 15 mai on commence une cure de digitale: X gouttes par jour du 15 au 20 mai.

CO^2 alvéolaire 4,6
C^2 alvéolaire 15

Insomnie et sensation d'étouffement dans la nuit du 15 au 16.

Troisième dosage le 19 mai:

Pouls 60. Respiration 20.

T. A.: Mx 12, Mn 5 1/2, 1° 4.

CO^2 alvéolaire 4,6

Le malade demande à quitter le service. L'œdème des jambes a disparu, mais de légères douleurs précordiales persistent.

Obs. IV. — *Maladie mitrale d'origine rhumatismale. Asystolie.* — Mme X..., 42 ans, hospitalisée dans le service du professeur Mauriac.

Nous résumerons brièvement sa longue observation. C'est une femme de petite taille, d'aspect malingre et gracile, qui présenta à l'âge de 12 ans une première crise de rhumatisme articulaire aigu, intense, généralisée, puis une deuxième atteinte identique à 18 ans. Le traitement salicylé ne put empêcher l'atteinte du cœur, signée par les dégâts causés à sa valvule mitrale. Mariée, la malade a eu quatorze grossesses, mais sept enfants seulement sont vivants, les autres étant nés avant terme ou morts pendant l'accouchement.

La plupart des gestations s'accompagnèrent d'accidents nécessitant l'admission de cette femme à l'hôpital Boursier.

B. W. négatif.

Examen le 26 février 1934.

Malade cyanosée dyspnéique. Léger œdème des membres inférieurs. Foie débordant les fausses côtes, non douloureux.

Auscultation du cœur. Insuffisance et rétrécissement mitraux.

Stase pulmonaire aux bases.

Premier dosage de gaz alvéolaires:

Pouls 120, irrégulier. Respiration 42.

CO^2 alvéolaire 4,2
O^2 alvéolaire 16,5

Deuxième dosage: 3 mars:

Pouls 115. Respiration 52.

T. A.: Mx 12, Mn 6, T° 2 1/2.

CO^2 alvéolaire 3,8

La malade reste décompensée malgré la digitaline per os et des injections d'ouabaïne intra-musculaires.

Troisième dosage le 27 avril 1934.

Pouls 116, irrégulier. Respiration 34.

CO^2 alvéolaire 4

La malade demande à quitter le service bien que son état soit peu satisfaisant. Elle y rentre le 5 juin 1934 en état de grande asystolie. Enorme œdème des membres inférieurs. Hydrothorax droit, dont la ponction retire: 500 cc.

Pouls 94, très irrégulier. Respiration, 38.

Quatrième dosage:

CO^2 alvéolaire 4,5

Solucamphre.

Sangsues sur le foie.

Décès le 7 juin, malgré l'injection répétée d'ouabaïne intraveineuse, en raison de l'effondrement de la tension artérielle.

Ainsi pouvons-nous mettre en évidence, chez un certain nombre de cardiaques, des modifications du CO^2 strictement conformes à celles décrites par Meakins, Dautrebande, modifications qui ont servi de base à la conception des Acidoses cardiaques.

Mais, avant de discuter la portée et le mécanisme de ces constatations, il convient d'envisager maintenant un certain nombre d'observations dans lesquelles les résultats obtenus ne répondent pas à la conception classique.

Obs. V. — Lucien V..., entré le 16 février 1934 dans le service du professeur Dupérié.

Vient pour sensation de fatigue intense, et essoufflement très rapide à la marche. A dû cesser tout travail.

Début apparent des troubles, il y a une vingtaine de jours. Oppression thoracique. Striction au niveau de la gorge. Crises de dyspnée nocturne obligeant le malade à s'asseoir sur son lit. Pas de douleurs véritables au niveau de la région précordiale. Ni toux, ni expectoration mousseuse caractéristique. Cet état d'oppression avec crises paroxystiques nocturnes se maintient jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital. Il n'y a jamais eu d'œdème des membres inférieurs. Pas de douleur dans l'hypocondre droit.

Cet homme a fait sept ans de service militaire au Maroc. Quelques accès palustres, pas de dysenterie. Pas d'antécédents spécifiques ni éthyliques. Bronchopneumonie il y a un an. Marié, un enfant bien portant.

Examen le 13 février.

Cœur: pointe au septième espace en dehors de la ligne mamelonnaire. A ce niveau souffle systolique en jet de vapeur se propageant peu. Pas de dédoublement à la base. Pouls à 60 régulier.

T. A.: Mx 15, Mn 10 1/2, 1°3.

Pas d'œdèmes des membres inférieurs.

Poumons: foyer de râles fins au niveau du mamelon gauche en avant. En arrière râles humides, surtout à la base droite.

Les urines sont diminuées, 900 cc., un peu foncées. Pas d'albumine, mais très nombreux leucocytes, cylindres granuleux et hyalins.

Température à 38°4.

Le 15 février: Teinte bouillon sale des urines.

Albumine .... 22 gr.
Urobiline .... fort excès
Urée sanguine 1,20

B. W.: négatif.

En même temps le sujet voit sa dyspnée augmenter et éprouve une sensation de gêne précordiale.

Il est soumis au régime des néphrétiques. De plus, du 16 au 20 février, il reçoit chaque jour 1/2 milligramme d'ouabaïne intra-musculaire.

Ensuite: du 20 au 25, XXX gouttes de digibaïne par jour.

Le 25 février: Urines 2.000 cc., légèrement troubles.

Albumine 0,75

Rares leucocytes, quelques hématies, pas de cylindres granuleux.

Le sujet présente un œdème assez important du membre supérieur droit. Léger œdème des membres inférieurs.

Premier dosage d'air alvéolaire le 26 février: Persistance des signes d'auscultation. Léger œdème de la face postérieure des cuisses. Diminution de l'œdème du membre supérieur droit.

Pouls 90, régulier. Respiration 24.

CO^2 alvéolaire 4,5
O^2 alvéolaire 16,8

Deuxième dosage le 1er mars.

Pas de changement appréciable dans l'état du malade. Légère stase pulmonaire. On note une instabilité du pouls qui passe de 65 à 92 dans la même journée.

Respiration: 22.

CO^2 alvéolaire 4
O^2 alvéolaire 15,5

Troisième dosage le 3 mars.

Pouls 82. Respiration 28.

CO^2 alvéolaire 3,8
O^2 alvéolaire 18

Dans la nuit du 3 au 4 mars, palpitations avec douleurs en épingle au niveau du cœur.

T. A.: Mx 16 1/2, Mn 11, 1°2.

Léger œdème des membres inférieurs. On prescrit du « spartoval », 3 comprimés par jour.

Quatrième dosage le 11 mars: Le malade se sent bien. Les œdèmes ont disparu. Il persiste une albuminurie légère: 0,15. L'urée sanguine est revenue à la normale.

Pouls 76. Respiration 22.

CO^2 alvéolaire 5,1
O^2 alvéolaire 14,9

T. A. : Mx 17, Mn 11, 1°2.
Le malade quitte l'hôpital.
Revient consulter un mois après environ, car éprouve de nouveau de la dyspnée et des douleurs précordiales.
Le 16 avril : Persistance du gros souffle systolique de la pointe. Pas d'œdèmes ni de gros foie. Après quinze minutes de repos complet, on fait un prélèvement d'air alvéolaire.
Pouls 84. Respiration 20.

CO^2 alvéolaire 4,2
O^2 alvéolaire 16

Le malade promet de rentrer dans le service, mais on ne l'a jamais revu.

Dans cette observation les chiffres fournis par les trois premiers dosages de CO^2 alvéolaire semblent paradoxaux. En effet, alors que l'ouabaïne et la digitaline ont un effet favorable sur le cœur, ralentissent le rythme du pouls et de la respiration, relèvent la tension artérielle, le CO^2 baisse régulièrement. Il faut sans doute chercher l'explication de cette anomalie dans les troubles rénaux. Au début de son insuffisance cardiaque, le malade présentait, en dehors de ses accidents proprement circulatoires, une poussée de néphrite aiguë, signée par une albuminerie de plusieurs grammes, de la cylindrurie, une azotémie à 1 gr. 20. Symptômes qui permettent de supposer de façon tout à fait légitime qu'à son acidose cardiaque il associait une acidose rénale. La persistance, peut-être le développement de celle-ci, malgré l'amélioration de l'insuffisance cardiaque explique le maintien à un taux très bas du CO^2 alvéolaire. Une semaine plus tard, alors que le cœur restant en bon état de fonctionnement, les signes rénaux ont à peu près disparu, le CO^2 remonte nettement à 5,1.

Il n'est donc pas présomptueux de supposer que le facteur rénal surajouté aux troubles cardiaques a apporté une note nouvelle et empêché la manifestation de l'Acidose cardiaque dans sa pureté. Mais la réalité de celle-ci, et sa disparition, suivant la règle commune, sous l'action des tonicardiaques, n'en sont pas moins certaines dans cette observation.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1936)

Etude de la fixation de l'alcool sur l'encéphale de rat rendu expérimentalement alcalosique. — Mlle Jeanne Lévy.

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1936)

Détection de l'hormone oestrogène dans l'urine de la femme enceinte. — Dans une note, présentée par M. A. Desgrez, MM. H. Bierry et B. Gouzon étudient une réaction de fluorescence fournie par l'hormone oestrogène et l'appliquent à la recherche de cette hormone dans l'urine, en vue du diagnostic précoce de la grossesse.

Les auteurs analysent comparativement la composition du rayonnement de fluorescence de l'hormone extraite de l'urine et d'hormones pures et cristallisées.

De ces résultats il apparaît dès maintenant que la méthode des spectres de fluorescence constitue une méthode spécifique et sensible pour la détection de l'hormone oestrogène dans l'urine de la femme enceinte.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1935)

L'influence du pneumo-péritoine sur la cytologie de l'exsudat péritonéal au cours de la tuberculose expérimentale. — MM. C. Ninni et P. Pezzangora, étudiant l'influence du pneumo-péritoine sur la cytologie de l'exsudat péritonéal chez des cobayes inoculés par voie péritonéale, ont constaté que le renversement du rapport monocytes/lymphocytes s'établit plus précocement chez les cobayes tuberculeux traités avec le pneumo-péritoine que chez ceux non traités avec le pneumo-péritoine.

D'autre part, chez ceux traités avec le pneumo-péritoine, la lymphocytose est plus intense, tandis que les polynucléaires disparaissent plus tôt.

Le temps d'apparition de l'allergie dermique n'étant pas modifié sous l'effet du pneumo-péritoine, il semble que le temps d'apparition de l'allergie soit seulement lié à la dose et à la virulence des bacilles injectés.

L'influence du pneumo-péritoine sur l'évolution de l'infection tuberculeuse et sur la teneur des bacilles de Koch de l'exsudat péritonéal des cobayes. — MM. C. Ninni et P. Pezzangora. Le pneumo-péritoine, au cours de la tuberculose expérimentale, produit une exsudation déjà sensible après 24 heures.

Il augmente l'action bactériopexique de l'épiploon et de la séreuse péritonéale.

Il semble, d'autre part, exercer une influence favorable sur l'évolution de la tuberculose péritonéale en prolongeant la vie des animaux.

Etude sur la répartition du chlore dans les tissus du lapin après injection intraveineuse de NaCl. — MM. Sciclounoff et René R. Mach, après avoir étudié chez l'homme les modifications de la chlorémie après injection intraveineuse de 8 gr. de NaCl, examinent chez le lapin la teneur des organes en chlore après injection intraveineuse de sel de NaCl à 20 p. 100 à raison de 1 gr. de NaCl par kilogramme d'animal. Voici leurs conclusions :

1° L'augmentation maxima du Cl se fait pour tous les organes dans les 5 minutes qui suivent l'injection intraveineuse de NaCl.

2° Les organes ayant normalement une teneur élevée en Cl, comme le rein, le poumons et la peau, retiennent une quantité plus forte de Cl que les autres organes (de 0 gr. 90 à 1 gr. 80 par kilogramme de tissu.

3° Les organes ayant à l'état normal une faible teneur en Cl. comme les muscles et le foie ne fixent qu'une très faible partie du Cl injecté (au maximum 0,20 gr. par kilogramme d'organes).

4° Contrairement à ce que certains auteurs ont affirmé, ces expériences montrent que le foie ne paraît pas jouer un rôle particulier dans le métabolisme du chlorure de sodium.

Sur l'étiologie du typhus des carnassiers de ménagerie. — M. Ach. Urbain. Le typhus des carnassiers de ménagerie est sous la dépendance d'un virus filtrable, qui peut être décelé dans le sang et la rate des animaux ayant succombé à l'infection.

C'est donc une affection différente de la gastro-entérite infectieuse des chats, puisque aucun des chats utilisés au cours de nos recherches n'a pu être infecté avec le filtrat des organes des carnassiers ayant succombé au typhus.

Sur la présence d'une substance antioestrale dans les urines de certaines femmes. — MM. Durupt, Lagarde et Bregou ont décelé la présence dans l'urine de certaines femmes montrant des signes d'insuffisance ovarienne et de stérilité, d'une substance antagoniste des hormones oestrales.

En mélangeant les urines de ces femmes avec celle d'une femme gravide, la gonadostimuline se trouve neutralisée et les souris ne réagissent plus.

Ces observations sont particulièrement instructives au point de vue clinique, et il est possible que les insuccès de la thérapeutique ovarienne, aussi bien que le syndrome clinique de l'hypoovarie puissent être mis sur le compte de cette antigonade.

Quelques examens chimiques sur des sangs moranylés ou liquoïdés.— MM. R. Nattan-Larrier et P. Tcherniakofsky, recherchant un anticoagulant applicable à l'étude chimique clinique du sang, ont essayé le Moranyl et le Liquoïd. Ces deux corps ne gênent en rien le dosage quantitatif, de l'urée, de la cholestérine, des sucres, du calcium et du potassium. Seul le dosage du sodium est impossible.

Injections continues d'insuline chez le chien. II. Dose limite par voie intra-artérielle et intra-veineuse mésentérique. — MM. A. Baudouin, J. Lewin et E. Azérad. L'activité de l'insuline varie avec la voie par laquelle on l'injecte. A cet égard les auteurs ont constaté les différences suivantes : la dose limite est d'environ 0,01 unité par kg. heure pour les voies intra-artérielle et intra-veineuse mésentérique, contre 0,05 unité par kg. heure — dose limite par voie veineuse périphérique.

Action sur la teneur en corps cétoniques des urines des injections continues d'adrénaline. — MM. A. Baudouin, H. Bénard, J. Lewin et J. Sallet. L'injection intraveineuse prolongée d'adrénaline fait apparaître chez le chien un certain degré d'acétonurie. Celle-ci pour des doses d'adrénaline très fortes, oscillant entre 3,5 et 6,3 mgr. n'est pas très intense ; elle se maintient aux environs de 0,050 gr. de corps cétoniques totaux (en acétone) par 24 heures.

Le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie périodique. — MM. Georges Guillain, L. Rouquès et Ch. Ribadeau-Dumas, ayant pratiqué un examen du liquide céphalo-rachidien le 8e jour d'une crise de paralysie périodique ayant supprimé la motilité des quatre membres, du tronc et du cou, ont constaté une hyperalbuminose modérée, une réaction de Pandy légèrement positive et un élargissement de la courbe de précipitation du benjoin colloïdal. Johnsson et Shinosaki ont noté également des modifications du liquide céphalo-rachidien. Ces constatations, contraires à l'opinion de la plupart des auteurs qui mentionnent que le liquide céphalo-rachidien est normal pendant les crises de paralysie périodique et durant leur intervalle, semblent prouver que des produits toxiques peuvent passer dans le liquide céphalo-rachidien au cours des crises de paralysie périodique.

Sur la toxicité du sérum sanguin dans la paralysie périodique. — La pathogénie de la paralysie périodique humaine, affection très rare, n'est pas précisée ; il apparaît toutefois que l'éventualité d'une intoxication intermittente peut expliquer les principaux caractères de l'affection. MM. Georges Guillain, L. Rouquès et Ch. Ribadeau-Dumas ont mis en évidence chez le cobaye les propriétés toxiques du sérum d'une malade présentant des crises de paralysie périodique, par la méthode des injections intracarotidiennes employée par Pagniez dans son étude du sérum des épileptiques. Au milieu et à la fin des crises et en période d'accidents subaigus, le sérum présente une toxicité anormale déterminant chez l'animal des myoclonies, de grandes crises convulsives et la mort, accidents qu'on ne produit pas avec les sérums normaux. Le sérum de leur malade prélevé en dehors des crises ne provoquait pas d'accidents toxiques. Les propriétés toxiques du sérum sont thermolabiles, le chauffage à 56° pendant 20 minutes les supprime complètement.

Ces expériences semblent prouver la réalité d'une intoxication intermittente dans la paralysie périodique.

Election. — M. Bariéty est nommé membre titulaire.

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1935)

Contribution au diagnostic différentiel entre le groupe des streptocoques et pneumocoques et le groupe des entérocoques par le ricinoléate de soude. — M. H. Virolle signale que l'emploi du ricinoléate de soude contribue à la différenciation, quelquefois très difficile, entre le groupe des streptocoques et pneumocoques et le groupe des entérocoques. En effet, le ricinoléate de soude, même en solutions très étendues, tue très rapidement les pneumocoques et les streptocoques, tandis qu'il laisse indemnes les entérocoques. Cette méthode peut avoir son utilité lors d'analyses biologiques ainsi que d'analyses d'eaux d'alimentation, où l'entérocoque est de plus en plus recherché.

Conditions de la réaction au nitrate d'argent comme test de l'acide ascorbique. — MM. A. Giroud, C.-P. Leblond, R. Ratsimamanga, M. Rabinovicz rappellent que la réaction de l'acide ascorbique est spécifique. Une seule exception, ce sont les grains de mélanine qui réduisent le réactif. La confusion est impossible. Cette réaction dépend d'une série de conditions. Elle dépend d'abord de la concentration de l'acide ascorbique, permettant ainsi une approximation du taux de celui-ci. Sa sensibilité grande in vitro est plus faible in vivo. Elle peut être empêchée plus ou moins par des substances inhibitrices. Il est possible que les substances à fonction sulfhydryle jouent un rôle à cet égard, mais ce n'est pas démontré in vivo. Cette réaction ne révèle donc pas nécessairement tout l'acide ascorbique présent dans un tissu donné, mais l'acide ascorbique dont le pouvoir réducteur n'est point inhibé.

Dosage de l'acide oxalique dans le sang des cancéreux. — MM. E. Aujaleu, F.-H. Colombies et A. Montariol ont dosé l'acide oxalique du sang total par la méthode de Maugeri, chez 80 cancéreux. Ils admettent après de nombreux dosages, chez le sujet cliniquement sain, le chiffre de 35 mgr par litre comme taux normal. Le taux de l'acide oxalique le plus faible a atteint 22 mgr. par litre, le plus élevé 77 mgr. par litre. 18 p. 100 des malades examinés voient le taux de leur acide oxalique sanguin nettement augmenté. Il n'existe aucune relation entre cette hyperoxalémie, le siège, la nature histologique et le degré d'évolution de la tumeur.

Elimination intestinale du bacille tuberculeux chez le lapin. — MM. Paul Carnot, H. Lavergne et A. Fierrer ont repris certaines expériences déjà anciennes de M. Ch. Richet fils sur l'élimination intestinale expérimentale du bacille tuberculeux. Ils ont obtenu par culture des résultats parallèles à ceux observés par cet auteur par inoculation au cobaye. Ces résultats apportent un argument en faveur d'une

élimination intestinale du B. tuberculeux par l'appendice cæcal.

Elimination du bacille de Koch chez le lapin par les parois intestinales. — MM. Paul CARNOT, H. LAVERGNE et A. FIEHRER ont retrouvé par culture du B. tuberculeux dans la vésicule 8 heures après son injection intra-veineuse ; ils n'en ont pas retrouvé dans l'urine, mais la culture a également montré dans le contenu intestinal, en particulier appendiculaire, des B. tuberculeux qui sont les témoins d'une élimination par les parois intestinales. Les auteurs concluent à l'intérêt de la recherche du B. K. dans les matières fécales comme témoin des bacillémies tuberculeuses inapparentes.

L'imprégnation lactique des tissus est-elle la véritable cause de la polynévrite aviaire ? — M. R. LECOCQ montre que l'adjonction d'acide lactique à une ration exagère les besoins en vitamines B de l'organisme du pigeon. Il en résulte que des crises polynévritiques se manifestent avec des doses de levure qui, en l'absence d'acide lactique, seraient suffisantes pour les empêcher. L'imprégnation lactique des tissus semble être la véritable cause des accidents polynévritiques observés dans l'avitaminose B comme dans le déséquilibre alimentaire.

Emploi d'antigènes englobés dans la lanoline pour la préparation de sérums thérapeutiques. — M. WEINBERG et Mlle Maylis GUILLAUMIE rappellent leurs recherches sur la préparation des sérums antigangréneux par des injections d'antigènes englobés dans la lanoline.

Ils ont obtenu par ce procédé des sérums spécifiques de haut titre avec les antigènes des quatre types du *B. perfringens*, du *B. œdematiens* et du *B. histolytique*. Ils ont obtenu au bout de 4 injections sous-cutanées, quelquefois déjà au bout de 3 injections, des sérums thérapeutiques de titre assez élevé pour être utilisés dans la pratique sérothérapique.

Ces résultats sont d'autant plus nets qu'on opère avec les souches plus toxiques. Avec les toxines très fortes, on obtient rapidement un sérum de haut titre, après 3-4 injections de très petites quantités d'antigènes.

Les auteurs ont essayé de remplacer la lanoline par la gélatine et la gélose, substances plus facilement résorbables par l'organisme. Faites sur lapin, ces expériences ont donné à peu près les mêmes résultats que la lanoline. Mais la gélose est difficile à manier et les antigènes englobés dans la gélatine provoquent quelquefois des délabrements plus considérables que les antigènes englobés dans la lanoline.

Variation du spectre d'absorption du sang des poules leucémiques après l'introduction d'un complexe lécithine-perhydrite. — M. J. MAGAT, Mlle D. ABRAGAN et M. M. MAGAT ont décrit dans une note précédente les modifications du spectre d'absorption du sang de poule, après introduction par voie intra-veineuse d'un complexe perhydrite-lécithine décrit par J. Magat. Ces recherches ont été étendues aux poules leucémiques. Tandis que les spectres de sang de poule leucémique et de poule normale sont identiques avant l'injection, on trouve qu'après l'injection du complexe lécithine-perhydrite, les spectres ne sont plus les mêmes dans les deux cas. On trouve dans le sang leucémique un affaiblissement de la bande d'absorption correspondant au complexe peroxy-hémoglobine et une accentuation de la bande du méthémoglobine acide libre, produit de décomposition du peroxy-hémoglobine.

Les processus de peroxydation et peut-être même d'oxydation sont donc modifiés.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1935)

Dans son Assemblée générale, la Société de thérapeutique a élu pour l'exercice 1936-1937 : président : M. le professeur Maignon ; vice-président : M. le professeur Rathery.

Le Prix Antoine Courtade a été décerné à M. Jacques Odinet pour l'ensemble de ses travaux sur la Thérapeutique thymique.

Traitement de l'hypertension par l'hémocrinothérapie. — M. FILDERMAN, qui a présenté à la Société, il y a deux ans, six malades atteints d'artérites oblitérantes, en présente deux autres, le dernier du service de M. Hercher, de l'hôpital Lariboisière. Tous ces malades ont été soumis à l'hémocrinothérapie ovarienne ou pancréatique. Leur état a été nettement amélioré.

L'auteur applique l'hémocrinothérapie à l'hypertension artérielle avec un succès constant depuis 4 à 5 ans. Il relate ses 34 observations, dont 3 seulement sans résultat ; dans ces trois cas, aucune médication n'a réussi. C'est un traitement simple, facile, pratiqué avec les solutions opothérapiques du commerce. Ses effets persistent des mois et, le plus souvent, des années. En cas de récidive, un petit nombre d'injections produisent le même effet. Cette méthode donne d'excellents résultats aussi dans l'angine de poitrine, où elle se montre meilleure que les autres médications. Elle est également efficace contre les syndromes fréquemment associés à l'hypertension : obésité, diabète, asthme, eczéma, anthrax, furonculose, etc... Ceci est particulièrement intéressant pour la physiologie endocrinienne.

L'hormone lutéinique. — MM. H. PENAU et H. SIMONNET rappellent d'abord le rôle physiologique du corps jaune, ils décrivent rapidement les propriétés pharmacodynamiques des extraits de corps jaune et insistent plus particulièrement sur celles de la progestine. Ils donnent la méthode de dosage qu'ils ont employée pour titrer leurs extraits. Ils exposent enfin les résultats cliniques qu'ils ont obtenus par l'emploi de cette hormone.

L'emploi thérapeutique de l'hormone lutéinique est fondé sur ses propriétés biologiques, elle est indiquée particulièrement comme adjuvant dans le traitement des aménorrhées, son action antihémorragique dans les ménorrhagies et les métrorragies est remarquable, elle est utile dans certains cas de stérilité, ainsi que dans l'avortement habituel.

Influence de l'exercice considéré comme agent thérapeutique dans les maladies de la nutrition. — M. M. BOIGEY constate que l'exercice accroît la quantité d'oxygène fixé dans les tissus. Sous l'influence de cette suroxygénation sanguine et tissulaire, les organes glandulaires réagissent les premiers. Les reins, le foie, la nappe glandulaire intestinale et l'émonctoire cutané sont vivement sollicités. L'exercice provoque, en somme, une stimulation générale de toutes les fonctions. On a un peu perdu de vue l'importance de l'émonctoire cutané que l'exercice met fortement en œuvre. En recourant systématiquement à la sudation provoquée par le mouvement, on obtient des résultats décisifs dans le traitement des maladies de la nutrition. La fonction d'élimination cutanée a des rapports tellement étroits avec celles de tous les autres organes, qu'on ne peut concevoir un état de nutrition vraiment en équilibre sans la participation incessante de la fonction sudorale.

Action favorable de quelques tentatives de pneumothorax sans insufflations. — M. Georges ROSENTHAL a vu survenir des améliorations cliniques notables chez des malades justiciables de pneumothorax, mais chez qui la symphyse rendait l'insufflation inefficace. Repoussant l'hypothèse du pithiatisme, il attribue ces faits au développement d'une sclérose pulmonaire diffuse qui oriente la lésion vers la guérison.

Injections intraveineuses de levure de bière vivante à 37°. — M. Georges ROSENTHAL cultive la levure de bière à 37° sur les milieux classiques, en particulier sur la gelose de Sabouraud, et les geloses lactosée et glucosée. L'inoculation intraveineuse répétée à quelques jours, comme à deux mois de distance de deux C. C. de culture riche dans la veine marginale de l'oreille du lapin a été absolument tolérée. Des mises en culture ultérieure du sang des lapins inoculés après 10 et 30 minutes, ont montré l'épuration rapide du milieu sanguin. L'expérimentation, en démontrant la tolérance de la voie intravasculaire, ouvre ainsi une voie nouvelle d'application des levures à la thérapeutique ; d'autant plus que les injections hypodermiques ne déterminent aucune réaction locale appréciable ; fait antérieurement connu.

Actions comparées du charbon actif et de diverses substances médicamenteuses sur la flore intestinale, la formation de l'indol et l'indoxylurie. — MM. Maurice DEBRAY et A. GRIGAUT ont recherché l'action du charbon actif sur le colibacille et sur l'indol. Une culture de 48 h. de colibacilles sur eau peptonée, additionnée du 20e de son poids de charbon, subit une clarification presque totale et l'indol y disparut complètement. Dans d'autres expériences, le charbon fut ajouté avant l'ensemencement et l'on constata après 48 heures d'étuve, l'absence totale d'indol et un développement microbien extrêmement réduit.

Ces constatations expérimentales confirment les résultats cliniques. Le charbon actif rétablit l'équilibre normal entre les fermentations et les putréfactions. Son action n'est pas directement antiseptique, il agit en fixant par adsorption une proportion importante de germes intestinaux, fixe les toxines et les ptomaïnes. En particulier, il absorbe l'indol et fait rapidement disparaître l'hyperindoxylurie.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LE RÔLE DES INTERNES DANS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Le Conseil d'Etat, statuant au Contentieux, vient dans sa séance du 8 novembre 1935 de rendre un intéressant arrêt concernant le rôle des internes dans les établissements hospitaliers.

Voici les circonstances de la cause. Une dame avait été transportée à l'Hôpital d'Angers à la suite d'un accident de motocyclette au cours duquel elle s'était fracturé le bras. Une impotence partielle du poignet et du bras droits avait subsisté après la consolidation de la blessure. La malade prétendait en trouver l'origine dans les conditions du traitement qu'elle avait suivi et demandait que les Hospices d'Angers soient condamnés à lui payer la somme de 100.000 francs à titre de dommages-intérêts.

En premier lieu, la requérante alléguait que les premiers soins lui avaient été donnés irrégulièrement par l'interne de service.

Le Conseil d'Etat a écarté ce moyen.

Que dispose, en effet, le texte légal qui réglemente l'exercice de la médecine par les internes dans les hôpitaux ?

L'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, qui détermine les conditions de l'exercice illégal de la médecine, prévoit une exception à l'application de ses dispositions en faveur des « élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci a placés auprès de ses malades ».

Par conséquent, si un interne a donné ses soins à un malade alors qu'un docteur en médecine pouvait exercer sur lui sa surveillance, il ne saurait être valablement prétendu que l'interne a agi irrégulièrement.

Or, le Conseil d'Etat a pu établir que tel avait été le cas en l'espèce et que le grief formulé par la malade n'était donc pas fondé.

Il est bon d'ajouter que le Conseil d'Etat avait également examiné si le règlement des Hospices d'Angers ne prévoyait pas des dispositions plus rigoureuses que celles de la loi du 30 novembre 1892. Tel n'était pas le cas. Mais il y a lieu de dire que pareille contestation entre un malade et l'Assistance publique de la Seine se serait présentée quelque peu différemment. En effet, le règlement de cette administration dispose dans son article 66 que les chirurgiens doivent procéder eux-mêmes à toutes les opérations, mais qu'ils peuvent autoriser les internes à opérer en leur présence et sous leur surveillance, ainsi qu'à faire en leur absence une opération déterminée sur un malade désigné. Il ajoute que l'autorisation d'opérer en l'absence du chirurgien ne peut être donnée qu'aux seuls internes qui auront été appelés à bénéficier des dispositions de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, modifiées par la loi du 6 mai 1922, c'est-à dire aux internes munis d'une autorisation délivrée par le préfet du département, accordée pour trois mois et renouvelable, leur permettant d'exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé. Les internes de l'Assistance publique de la Seine peuvent donc opérer hors la présence de leurs chefs sur les indications précises de ceux-ci, s'ils ont par ailleurs obtenu une autorisation préfectorale.

Dans le second moyen présenté à l'appui de sa requête, la malade prétendait qu'une faute lourde avait été commise dans la manière même dont les soins lui avaient été donnés par l'interne.

Le Conseil d'Etat n'a pas estimé que la requérante avait rapporté la preuve de cette faute lourde et il a repoussé ce second moyen comme le premier. Il a, en outre, à cette occasion, confirmé sa jurisprudence antérieure en ce qui concerne la responsabilité des administrations hospitalières en cas de faute commise par un chirurgien ou un interne opérant sous la direction de celui-ci. Il a, en effet, décidé une fois de plus que cette responsabilité ne peut être retenue qu'en cas de faute lourde.

Ajoutons qu'une seconde condition est d'ailleurs nécessaire, c'est que le chirurgien ou le médecin ait la qualité de préposé de l'administration, c'est-à-dire qu'il soit, en particulier, nommé, révocable et rémunéré par cette administration.

C. NATTAN-LARRIER,
Docteur en Droit,
Avocat à la Cour de Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

UN CAS DE CATARACTE PAR INSUFFISANCE DES GLANDES ENDOCRINES (1)

Par M. BRUNETIÈRE.

L'auteur présente une jeune fille de 21 ans, opérée de cataracte avec succès. Cette cataracte, qui a évolué depuis un an chez une jeune myope de trois dioptries, atteinte d'*obésité précoce* avec dysménorrhée et syndrome d'insuffisance pluriglandulaire, entre dans le cadre des cataractes endocriniennes.

M. MOLIN DE TEYSSIEU fait remarquer qu'à son sens, toutes les cataractes sont endocriniennes.

En présence de cataracte chez des obèses, il faut donc penser aux insuffisances endocriniennes avant de faire le diagnostic trop incertain de cataracte d'origine thérapeutique.

(1) *C. R. de la Soc. méd.-chir. de Bordeaux*, 2 mai 1935.

NOTES POUR L'INTERNAT

ASTHME

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1)

DIAGNOSTIC

I. **Diagnostic positif.** — Basé sur les caractères de la dyspnée : paroxystique, expiratoire ; ses conditions d'apparition, sa cessation rapide au bout de quelques heures.

Nous avons vu l'importance pour certains de l'éosinophilie.

II. **Diagnostif différentiel.** — A. *Adulte.* a) Diagnostic facile quand il s'agit d'un *asthme d'apparition récente, et quand on assiste à la crise.*

C'est un diagnostic de dyspnée paroxystique : pneumothorax ; œdème aigu ; granulie suffocante ; embolie pulmonaire.

b) Bien plus délicat devant un *asthme intriqué.*

Encore possible par la recherche systématique de crises typiques dans les antécédents, en cas d'asthme vieilli.

Très difficile en cas d'asthme intriqué d'emblée.

On discutera surtout :

1° *Les accès dyspnéiques des cardiaques ;* dyspnée asthmatiforme des mitraux ; surtout pseudo-asthme cardiaque, qui s'observe chez les aortiques, les cardio-rénaux, les hypertendus.

Schématiquement, ici, on trouve : une polypnée à prédominance inspiratoire ; de petits foyers de râles fins ; une expectoration mousseuse ; et aussi : des signes d'insuffisance ventriculaire gauche, d'hypertension, de néphrite chronique.

En principe, il ne faudra parler d'asthme vrai chez un cardiaque que si l'on trouve des éosinophiles dans l'expectoration. Cependant on connaît la conception de Laubry, pour qui ce pseudo-asthme cardiaque est en réalité de l'asthme vrai.

2° *Chez les scléreux pulmonaires chroniques*, on discutera la dyspnée par catarrhe pituiteux ; par poussée d'alvéolite aiguë.

3° Enfin on peut également discuter la *dyspnée des albuminuriques*, dans laquelle il faut tenir compte du rôle de la rétention chlorurée.

B. *Enfant.* Trois cas à distinguer :

1. Le grand enfant, au-dessus de 10 ans. Chez lequel se discutent les mêmes diagnostics que chez l'adulte.

2. Le jeune enfant. Chez lequel on discute surtout : une bronchite, une congestion pulmonaire, une broncho-pneumonie ; parfois même une granulie.

Il faut insister sur la complexité du diagnostic au cours des poussées aiguës d'adénopathie-trachéo-bronchique, puisque celle-ci peut favoriser les crises d'asthme.

Retenons dans tous ces cas l'importance de la *limitation* et de la *périodicité* des accès.

3. Le nourrisson. Chez lequel il faudra éliminer en plus les dyspnées laryngées : croup, spasme de la glotte, hypertrophie du thymus.

Diagnostic étiologique. — Il est de la plus haute importance de le préciser le mieux possible. *On ne saurait en effet se contenter d'un diagnostic d'asthme et d'un traitement symptomatique*, que la répétition de plus en plus

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 11, p. 185; n° 13, p. 218.

grande des crises, l'accoutumance fréquente des malades aux divers médicaments, rendraient bientôt infructueux.

C'est après la recherche minutieuse de la cause, qu'on pourra faire une tentative logique de traitement de fond, qui doit être le seul efficace.

Cette recherche étiologique sera essentiellement basée sur les diverses conceptions pathogéniques actuellement admises.

A. Un facteur étiologique important pour beaucoup est la notion d'un *terrain préparé*, à la faveur duquel la crise se déclenche sous des influences diverses.

a) *Déséquilibre vago-sympathique*, qui expliquerait le spasme du début par inhibition du sympathique ; excitation du bout central et du bout périphérique du pneumogastrique ; la phase sécrétoire par excitation du sympathique.

Comment on le recherche : Prise du réflexe oculo-cardiaque ; épreuve des tests pharmaco-dynamiques (adrénaline, atropine, pilocarpine) ; recherche d'antécédents du type « vagotonique ».

Ce qu'on trouve. Classiquement : une hypervagotonie. En fait, chez bien des malades on trouve ce déséquilibre, mais il est bien difficile souvent de préciser dans quel sens il se fait (amphotonie).

b) *Déséquilibre humoral* (le terrain « arthritique ») : urticaire, migraine, goutte, eczéma, troubles des glandes à sécrétion interne, devront être également recherchés, et sont souvent mis en évidence.

B. Deuxième grand facteur : *une épine irritative*. — Elle serait d'ailleurs le point de départ de l'irritation vago-sympathique.

Elle orienterait dans le sens asthme la conséquence d'un déséquilibre humoral qui, chez d'autres, donnerait : urticaire, migraine, etc...

a) Dans certains cas, on trouve une *épine respiratoire*.

Nez. Polypes, hypertrophie des cornets, crêtes de la cloison, végétations adénoïdes, décelées par l'examen d'un spécialiste.

Bronches et poumons. Lésion souvent minime, décelée seulement par une auscultation soigneuse et la radio.

Chez l'adulte : une bronchite chronique, un emphysème, une sclérose pulmonaire ; parfois de simples modifications de la respiration, une réaction hilaire à la radio.

On a vu la fréquence relative de la tuberculose pulmonaire :

Chez l'enfant : adénopathie trachéo-bronchique.

b) Certains, quand l'examen respiratoire est négatif, poussent l'examen plus loin, et font rechercher une épine :

Au niveau du tube digestif : aérophagie, troubles dyspeptiques, appendicite chronique, helminthiase ;

Au niveau des glandes endocrines : troubles thyroïdiens, ovariens, un déficit pluriglandulaire ayant des rapports étroits avec le système sympathique et le système humoral

C. Troisième grand facteur : *une cause déclenchante*, qui produit sur un terrain préparé, à la faveur d'une épine locale, le déséquilibre suffisant pour faire apparaître une crise.

On admet qu'elle est la même pour un même sujet, ce qui oblige à une enquête particulière pour chaque malade.

a) *Conditions d'apparition de l'accès*. — Chez tel malade, sous l'influence de conditions atmosphériques. Chez tel autre, d'une odeur, d'un aliment, d'une substance quelconque.

b) *D'où la notion de sensibilisation à certaines substances*. — Parfois par des cuti-réactions répétées et multiples, on détermine avec l'agent spécifique une papule ou une crise d'asthme (asthme anaphylactique).

Bien souvent on ne trouve rien, et cependant, lors de la crise, la présence des troubles humoraux traduit un choc colloïdo-clasique légitime.

Souvent aussi se produit une polysensibilisation.

A ce chapitre délicat, deux conclusions s'imposent en définitive :

1° L'asthme fait partie du grand cadre de l'anaphylaxie.

2° La polysensibilisation peut être secondaire, et particulièrement à cause des cuti à diverses substances, dont il faudrait donc être parcimonieux.

Conclusions de cette enquête étiologique. — Elle donne les résultats les plus variables, avec prédominance ou absence de l'un ou l'autre de ces facteurs, dont deux ou un seul même suffisent d'ailleurs pour certains.

Le traitement de fond en découle, avec toutes ses difficultés.

TRAITEMENT

A. *Traitement de la crise*. — *a*) Adrénaline : permet la broncho-dilatation. Solution au millième : 1 mgr sous-cutané, XX gouttes dans les narines. Adrénaline jointe à de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse (Evatmine).

b) On peut y ajouter des antispasmodiques : Datura, Belladone, Gardénal et même Morphine.

c) Sérum de Haeckel. Ephédrine.

B. *Pendant l'attaque*. — Régime alimentaire réduit, purgatifs. Continuer la belladone, l'adrénaline. Savoir que chez certains malades à crises fréquentes et qui se sont drogués, malades qui sont souvent des hypersympathicotoniques, on peut voir apparaître, après la disparition de l'asthme, les signes d'un syndrome secondaire de désintoxication (Cottet), avec : dyspnée continue de type inspiratoire et tirage sus-sternal ; accessoirement une toux petite, fréquente, une expectoration abondante, mousseuse et filante.

L'association nitrite-ésérine le fait disparaître, mais aggrave l'asthme subsistant quand elle est donnée avant que le traitement de fond ait donné ses premiers effets curatifs.

C. *Traitement de fond* : extrêmement difficile. — *a*) Adulte. 1° Si la substance à laquelle est sensibilisé le malade est trouvée : soustraire le malade à son influence ; essayer une désensibilisation par administration de l'antigène à petites doses ; mais on fera grande attention à la sensibilisation.

Sinon, désensibilisation non spécifique : peptone (par voie digestive pré-prandiale) ; auto-hémothérapie ou autosérothérapie ; saignées (Pasteur Vallery-Radot).

2° Epine irritative. Bien souvent difficile à enlever ; son importance a d'ailleurs été discutée.

3° Troubles digestifs ou endocriniens. Traitement de l'aérophagie ; opothérapie ; rayons X sur le corps thyroïde.

4° Chercher à calmer l'excitabilité nerveuse du sujet : bromure, valériane, gardénal ; iode, arsenic ; cure thermales : le Mont-Dore : tous les asthmes ; la Bourboule : asthmes ganglionnaires ; Saint-Honoré-les-Bains : asthmes humides.

5° On a proposé enfin un traitement chirurgical de l'asthme : la section du sympathique cervical a donné des résultats discutables.

b) Enfant. Mêmes directives. Chez les débiles, emploi d'iodure d'arsenic. Iodure de potasium. Le gardénal est bien toléré par l'enfant. Importance des stations hydrominérales.

En résumé : le traitement de la crise est assez simple, et en général très efficace ;

Le traitement de la cause est très difficile : à côté de résultats remarquables, il est encore de nombreux cas où l'on est réduit au traitement symptomatique, dont les effets sont des plus aléatoires.

R. TROTOT.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 16. — SAMEDI 22 FEVRIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**

Etudiants : **25** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.

Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (admissibilité). — Candidats :

MM. Albeaux, Albot, Antonelli, Benoist, Bernal, Bize, Blondel, Bousser. Busson, Cahen, Chabrun, Delay, Deparis, Derot, Desoille, Ducas, Even, Fauvert. Fouquet, Froment, Gilbrin, Goldberg, Gouyen, Guillain, Joseph, Klotz, Launay, Lenègre, Lereboullet, Maison, Mauric, Merklen, Meyer, Michaux, Moussoir, Pautrat. Périsson, Perrault, Poumeau-Delille, Racine, Ribadeau-Dumas, Rouquès, Schwob, Sée, Sigwald, Sterne, Thiébaut, Thiroloix, Thoyer, Ubry, Weill, Worms, Zadoc-Kahn.

Les candidats bi-admissibles ne sont pas sur cette liste.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 17 février. — Questions données : « Complications des goitres. — Examen clinique d'un tabétique. »

MM. Roulland, 17,5; Schneider, 19,8; Thoyer-Rozat, 22; Paugam, 21; Butzbach, 20,2; Joublin, 22,5; Guenon des Mesnards, 25; Mlle Meunier, 22,5; MM. Chiche, 24,3; Gharib, 21,5.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — La chaire de thérapeutique de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est déclarée vacante.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE L'A. D. R. M. — L'assemblée générale annuelle de l'Association pour le développement des relations médicales vient de se tenir à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Marx, directeur des Œuvres françaises à l'étranger au ministère des Affaires étrangères.

Après une allocution du professeur Cunéo, assesseur remplaçant M. le doyen Roussy, souffrant, M. Hartmann a fait l'exposé de l'activité de l'Association, en particulier de son bureau de renseignements. Au cours de cet exposé il a donné le relevé des étudiants étrangers régulièrement inscrits à la Faculté de Paris pendant la période décennale 1926 à 1935 et celui des auditeurs de cours de perfectionnement pendant la même période. Après le compte rendu financier par le trésorier de l'Association le professeur Lemaitre, M. Marx a pris la parole. Il a vivement félicité l'A. D. R. M. de son action, a fait un exposé des œuvres françaises à l'étranger : facultés de médecine, instituts Pasteur, hôpitaux. Il a montré les avantages qu'il y a à envoyer des conférenciers dans les pays amis et réciproquement à inviter des professeurs étrangers à venir dans notre pays, à faire bon accueil enfin aux étrangers, ceux-ci au retour dans leur pays contribuant pour une grande part au rayonnement de la France.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — PRIX ETIENNE TAESCH (donation faite par Mme Constance-Françoise Nicolay, sa veuve). — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le 1er juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Le jury appréciera ces travaux moins d'après leur nombre et leur longueur que d'après l'esprit d'originalité qu'ils décèleront.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix un travail sur ces recherches et leurs résultats.

Ce travail, ou un résumé de ce travail, pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association française d'urologie.

Le prix sera publiquement décerné pendant l'assemblée générale du Congrès de l'Association.

Pour l'année 1936, le prix Etienne Taesch sera de 7.500 fr. — Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1936 à M. le docteur L. Michon, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (VIIe).

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES MÉDECINS RADIESTHÉSISTES. La prochaine réunion de l'Association internationale des médecins radiesthésistes aura lieu le samedi 29 février 1936, à 20 h. 30, à la mairie du VIe arrondissement, place Saint-Sulpice, Paris.

Pour tous renseignements, écrire au secrétariat de l'A. I. M. R., 9, rue Etex, Paris (XVIIIe).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours sur la chirurgie des membres (technique opératoire), en douze leçons, par M. le docteur J.-C. Rudler, prosecteur, commencera le lundi 2 mars 1936, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours.

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Gustave Imbert et Garde (de Lyon), Charles Demange, maire de Faye-l'Abbesse (Deux-Sèvres); Louis Gorecki (de Paris), il était le petit-fils du grand poète national polonais Adam Mickiewicz; le médecin-colonel de réserve Léon Reverchon, ancien professeur au Val-de-Grâce, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté libre de Lille, décédé à Lille, à l'âge de 56 ans.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

3336. — M. Justin Godart, sénateur, demande à M. le Ministre de l'Education nationale : 1° si un étudiant de médecine étranger, soumis comme tel à la loi du 26 juillet 1935, peut exercer sans délai d'attente si, possédant le diplôme d'Etat, étant en cours d'études au 21 avril 1933, et marié avec une Française, il n'a pas obtenu sa naturalisation bien que l'ayant demandée ; 2° si un étudiant en médecine étranger de 5e année, pour le diplôme universitaire, reçu interne en 1934, ayant demandé sa naturalisation, devrait, pour pouvoir exercer en France après avoir obtenu sa naturalisation et accompli son service militaire, refaire le P.C.B. et les examens de 1re, 2e, 3e et 4e années et, dans l'affirmative, devant quelle faculté ces examens devraient être subis ; 3° si la loi du 26 juillet 1935 a abrogé la possibilité de transformer le diplôme d'université en diplôme d'Etat ? (*Question du 9 décembre* 1935.)

Réponse. — I. La réponse à la première question posée est de la compétence de M. le ministre de la Santé publique et de l'Education physique.

II. L'étudiant dont il s'agit tombe sous le coup de l'article 2 de la loi du 26 juillet 1935 aux termes duquel :

« Les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine d'une université française et les étudiants en cours d'études pour ce diplôme qui postulent le diplôme d'Etat français doivent :

« 1° Justifier des titres initiaux requis pour l'inscription au doctorat d'Etat français y compris le diplôme du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques ;

« 2° Satisfaire à tous les examens (1er, 2e, 3e, 4e, 5e et cliniques). »

Il n'a donc pas à subir à nouveau les épreuves afférentes au certificat d'études physiques, chimiques et biologiques s'il est déjà possesseur de ce diplôme.

D'autre part, obligation n'est pas faite à cet étudiant de postuler le doctorat d'Etat devant la faculté où il a poursuivi ses études en vue du diplôme universitaire de docteur en médecine.

Le transfert de son dossier scolaire de sa faculté d'origine à une faculté de son choix peut lui être accordé sous certaines réserves.

III. La loi du 26 juillet 1935 n'a pas abrogé la possibilité de transformer le diplôme d'université de docteur en médecine en diplôme d'Etat puisqu'elle fixe dans son article 2 les conditions de cette transformation. (*J. O.*, 17 janvier 1936.)

RENSEIGNEMENTS

MAISON DE SANTÉ MÉDICALE des environs de Paris demande étudiant en médecine français ayant terminé ses stages pour internat. Fin mars. — S'adr. aux bureaux du Journal.


EUPHORYL
DERMATOSES PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES CUTANEES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA", 18, Avue DAUMESNIL. P
Euphoryl infantile
(GRANULÉ SOLUBLE)
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillérée à café par année d'âge.
LABORATOIRES "ANA", 18, Av. DAUMESNIL. PARIS
ANA
18, Avue DAUMESNIL. PARIS. XIIe
hirudinase
(DRAGEES)
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA
COEFFICIENT DE FIXATION du Salicylate ANA sur la fibre cardiaque : 170 %
Salicylate de Na
Salicylate ANA
150
100
50
0
Salicylate SURACTIVÉ ANA
SALICYLATE DE SODIUM en combinaison CALCO-MAGNÉSIENNE THIOSULFATÉE
24 gr. SALICYLATE de NA SURACTIVÉ 15 fr.
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
AMPOULES (INTRAVEINEUSES)
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HEPATIQUES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX PAR L'HISTIDINE (1)

Par M. Emile ARON.

Voici une mise au point excessivement intéressante du traitement de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale par la solution à 4 p. 100 d'histidine (laristine). L'auteur relate 21 observations minutieusement suivies, et ses conclusions confirment les travaux déjà parus sur la question, de Stolz, Weiss, Aron, Lenormand, Castaigne, Chaumerliac, Hessel, Vasselle, Desplas, Fournial, Bulmer, etc... Son expérience autorise l'auteur à considérer dès à présent l'histidine comme le médicament de base de toutes les manifestations de la maladie ulcéreuse, susceptible d'en faire disparaître ou d'en atténuer les effets et d'en prévenir également le retour. Le traitement des ulcères par l'histidine repose entièrement sur des données expérimentales et l'observation clinique a conduit à suivre la technique suivante :

On fait d'abord une série de piqûres sous-cutanées ou intramusculaires pendant trois semaines environ. Ensuite, après six semaines de repos, on administre une deuxième cure identique à la première. Après ce traitement d'attaque, suivant la sévérité du cas, l'auteur conseille des cures d'entretien tous les trois ou six mois et on arrive ainsi à maintenir en parfait état de guérison clinique des malades dont la dernière espérance était l'intervention chirurgicale.

Enfin, il est nécessaire d'insister avec Stolz et Weiss sur le point fondamental suivant : l'histidine n'est pas seulement un traitement symptomatique digne d'être essayé au même titre que les autres médicaments.

Les médicaments classiques agissent en effet sur les symptômes et, à ce titre, il est parfaitement logique de persévérer dans leur emploi. La laristine, par contre, exerce une influence sur le terrain où se forme l'ulcère. Elle favorise la cicatrisation des ulcères en modifiant les conditions biologiques locales. Mieux que n'importe quel raisonnement, les préparations histologiques montrent les modifications apportées à la muqueuse par l'administration de ce médicament. On ne connaît aucune autre méthode thérapeutique de l'ulcère qui ait à son actif des preuves microscopiques aussi éloquentes que celles qui ont été projetées à la Société de Médecine du Bas-Rhin (juin 1935).

CONGRÈS ET EXCURSIONS

Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur. — Le prochain Voyage de la Société Médicale du Littoral Méditerranéen se déroulera pendant la Semaine de Pâques, du 12 au 19 avril prochain. Les voyageurs arriveront dans la matinée du dimanche de Pâques (12 avril) à Hyères, et visiteront, dans l'après-midi, les Etablissements de la Plage, de Giens et de San-Salvadour ; — puis ils s'embarqueront pour les Iles d'Or et reviendront à Hyères, où ils passeront la soirée au Casino municipal.

Durant les deux journées suivantes, ils parcourront la Côte des Maures, Saint-Raphaël, sa plage et ses maisons d'enfants ; — puis, par la rutilante Corniche de porphyre rouge de l'Estérel, ils arriveront à Cannes le mardi soir. — Deux journées seront consacrées à cette élégante Station et au cadre gracieux que lui forment le Cannet, le Golfe-Juan, Antibes et Juan-les-Pins.

(1) *Presse méd.*, 27 juillet 1935.

Jeudi 16 avril, les voyageurs verront Grasse, la cité des parfums ; — Vence et ses Sanatoria ; — Cagnes et sa colonie de poètes et de peintres. — Ils passeront la nuit à Nice et continueront leur parcours, le vendredi 17 avril, par la Voie Romaine (Grande Corniche), où des arrêts sont prévus pour la visite de l'Observatoire du Mont-Gros (propriété de l'Université de Paris), du Trophée d'Auguste à La Turbie, du château médiéval de Roquebrune, et du Cap Martin avec ses villas princières. Ils arriveront dans l'après-midi à Menton, la plus romantique des stations du littoral, et franchiront la frontière italienne pour visiter les laboratoires du docteur Voronoff, installés au Palais Grimaldi.

La journée du samedi 18 avril sera consacrée à la Principauté de Monaco, au Palais de ses Princes et au Musée Océanographique. Dans l'après-midi et la soirée, on visitera les célèbres jardins et le Casino de Monte-Carlo. Le lendemain, on prendra la route de la Moyenne Corniche pour voir Beaulieu et sa flore tropicale, Villefranche et sa rade. On sera de retour à Nice dans l'après-midi du dimanche 19, et les voyageurs pourront, à leur gré, prolonger leur séjour dans la Métropole du Littoral, ou la quitter par les grands trains de la soirée.

Ils pourront également prendre part à une Excursion facultative dans les Alpes, qui sera organisée pour eux le lundi 20 avril, et à un Voyage en Corse, qui partira du port de Nice, si un nombre suffisant de voyageurs en fait la demande.

Ce voyage, destiné aux Médecins et à leur famille, constituera les plus agréables vacances. Les parcours seront tous effectués en autocars, et les séjours seront assurés avec le luxe et le confort traditionnels de la Société Médicale. Des conférences et démonstrations seront faites chaque jour par les professeurs qui accompagneront le voyage, et par les médecins du Littoral. Les adhérents recevront des permis de parcours à tarif réduit, valables pendant un mois sur les chemins de fer français, italiens et roumains. Les étudiants en médecine seront admis aux mêmes conditions que les médecins. Le Secrétariat de la Société Médicale, 24, rue Verdi, à Nice, envoie gratuitement, dès à présent, le programme détaillé du voyage et tous les renseignements qui lui seront demandés.

Congrès français de prophylaxie de la syphilis (Paris. Institut Alfred Fournier, 12-13 mars 1936). — La Société française de Prophylaxie sanitaire et morale, fondée par Alfred Fournier le 31 mars 1901, la Ligue nationale française contre le Péril vénérien, la Société française de Sérologie et de Syphilis expérimentales organisent une réunion de médecins pour la *Commémoration du 30e anniversaire* des premières recherches de Metchnikoff et Roux sur : la Préservation individuelle de la Syphilis.

Droits d'inscription au Congrès : 50 francs.

L'adhésion est gratuite pour les membres titulaires de la Société de Prophylaxie, de la Ligue et de la Société de Sérologie.

Programme. — Jeudi 12 mars 1936. — A 14 heures, réunion à l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques. Visite de l'Institut Alfred Fournier. — A 16 heures, séance commémorative du 30e aniversaire des premières recherches de Metchnikoff et Roux sur : *La Préservation individuelle de la Syphilis.* Rapports de M. le professeur Spillmann ; de M. le docteur Clercq ; de M. le docteur Gaudu-cheau ; de M. le professeur Levaditi ; de M. le professeur Gougerot.

Vendredi 13. — A 9 h. 30, communications et discussions.

Adresser toute la correspondance à M. le docteur Sicard de Plauzoles, à l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e). Compte chèque postal : 627-00.

REVUE GENERALE

L'ARTÉRIOGRAPHIE DANS L'ÉTUDE DES ARTÉRITES SÉNILES

Ses résultats. Sa valeur. Ses indications.

Par M. Robert GARRAUD,
Interne des hôpitaux de Lille.

Après les premiers essais de Sicard, de Harvier et Lemaire, l'artériographie, sous la vigoureuse impulsion de Dos Santos, a été préconisée comme moyen d'exploration de la circulation artérielle. En France, le Professeur Leriche a été un des premiers à utiliser cette méthode et l'a toujours défendue avec énergie.

Dans le service de notre Maître, M. le Professeur Lambret, l'artériographie a été utilisée dès ses débuts. Lherminé dans sa thèse (Lille 1933-1934) a étudié l'action physiologique des solutions de contraste et rapporté quelques résultats intéressants.

Jacques Leveuf, par une communication à la Société de Chirurgie (Janvier 1935) sur les dangers de l'artériographie, a suscité la publication d'un certain nombre d'accidents dus à l'injection intra-artérielle de solutions de contraste. En particulier, notre Maître, M. le Professeur Lambret, a rapporté l'observation d'un malade du service qui fit une gangrène massive de tout le membre inférieur après une artériographie au thorotrast.

Leriche, Dos Santos restent cependant partisans convaincus de l'innocuité du thorotrast, et s'associent à Louis Bazy pour recommander l'emploi de plus en plus fréquent de l'artériographie. D'autres chirurgiens, au contraire, l'ont complètement abandonnée. Entre ces deux attitudes, par trop catégoriques, il y a place, croyons-nous, pour une opinion plus souple, s'appliquant mieux aux faits de la clinique et de l'expérimentation. C'est celle que nous exposerons ici après avoir fait une étude critique de l'artériographie.

La question de l'artériographie étant extrêmement vaste, nous avons limité notre sujet au rôle de l'artériographie dans l'étude des artérites séniles des membres inférieurs.

Nous exposerons tout d'abord les données du problème, c'est-à-dire, la technique de l'artériographie, les accidents auxquels on s'expose et les résultats que l'on obtient.

Nous ferons ensuite la critique de ces faits et comparerons les renseignements fournis par l'artériographie à ceux donnés par les méthodes courantes d'exploration du système artériel.

De cette étude se dégagera facilement l'application pratique : les indications et contre-indications de l'artériographie.

Technique. — La technique de l'artériographie fémorale au thorotrast est extrêmement simple.

Le malade étant couché sur le dos, on place entre la table radiographique et le siège un coussin pour tendre la région crurale et faciliter la ponction de la fémorale. Le membre inférieur est mis en abduction et flexion légères ; on a glissé sous lui les plaques radiographiques.

Avec une aiguille de 5 à 6 cm. de longueur et de 9/10 de mm. de calibre, on ponctionne perpendiculairement la fémorale, immédiatement sous l'arcade crurale. La résistance particulière offerte par la paroi artérielle se perçoit très aisément. Dès qu'on est dans l'artère, le sang rouge s'échappe par saccades. On injecte alors en 8 à 10 secondes environ 20 à 30 cc. de la solution de contraste, suivant l'étendue présumée de l'oblitération artérielle. L'appareil de Dos Santos permet de faire cette injection très méthodiquement sous une pression continue (12 à 1.800 cc. de mercure). Cet appareil est extrêmement utile pour les aortographies, mais les artériographies peuvent être réalisées très aisément avec une simple seringue de 20 cc.

On prend le cliché pendant qu'on pousse les derniers centimètres cubes.

Incidents et accidents de l'artériographie. — Nous étudierons successivement les accidents liés à la ponction, à l'injection et à la solution de contraste.

I. Incidents dus a la ponction. — 1° Lorsqu'on pique directement à travers la peau, on peut *ne pas trouver l'artère.* Ce fait se produit en particulier chez les sujets athéromateux dont la fémorale présente un diamètre très restreint. Il ne faut pas insister dans la ponction transcutanée lorsqu'on repère mal la pulsation artérielle, mieux vaut faire une petite boutonnière pour palper et piquer directement le vaisseau.

2° Nous avons observé parfois des *hématomes* sans conséquence après la ponction de la fémorale pour artériographie au thorotrast. Chez les sujets jeunes, à artères souples et élastiques, il n'y a aucun hématome à craindre si l'injection a été faite correctement. Par contre, on a signalé des hématomes plus importants, lorsqu'on dénudait la fémorale pour y injecter de l'iodure de sodium. Mauclaire, dans un cas, fut amené à lier la fémorale d'un côté, à la suturer de l'autre. Dos Santos a vu persister une hémorragie malgré un tamponnement serré et s'est vu forcé, lui aussi, de lier cette fémorale athéromateuse.

C'est pour éviter ces hémorragies que Baillat et Mériel avaient conseillé, lorsqu'on se trouve en présence d'une artère très athéromateuse, de pousser l'injection par une collatérale préalablement coupée et que l'on lie ensuite.

3° Enfin, la simple ponction peut déterminer un *spasme* qui rend parfois difficile l'injection.

II. Incidents et accidents dus a l'injection. — A. *L'injection est pratiquée hors de la fémorale.* — 1° L'aiguille peut sortir de l'artère ou la perforer de part en part, et *l'injection est poussée dans le tissu cellulaire du triangle de scarpa.* On n'a généralement pas eu à observer d'accidents dans ces conditions. Bernard, Desplas et Reboul ont cependant vu se développer chez un de leurs malades un phlegmon périartériel à la suite d'une injection de thorotrast. L'évolution fut d'ailleurs extrêmement favorable. Mais le thorotrast injecté en dehors des vaisseaux persiste longtemps. De même que Dos Santos nous avons ob-

servé une fois de l'empâtement péri-artériel régressant lentement.

A côté de ces *incidents immédiats et locaux*, il peut y avoir des *incidents tardifs et à distance* car le thorotrast remonte le long des gaines lymphatiques.

Dos Santos a vu se développer une tumeur inflammatoire de la fosse iliaque, un an après une artériographie. Elle régressa sous l'influence de la protéinothérapie, mais se remit à évoluer deux ans plus tard et dut être ouverte. Il faut cependant signaler qu'une infection staphylococcique s'était très probablement associée à l'action irritative du thorotrast (l'artériographie avait été faite dans un cas d'ostéomyélite chronique du fémur).

2° L'injection poussée dans l'*adventice* provoque une douleur immédiate intense, qui est suivie d'un spasme vasculaire étendu et durable auquel il faut rapporter un certain nombre d'accidents survenus au cours de l'artériographie.

3° *La veine fémorale peut être ponctionnée au lieu de l'artère.* Cet accident est arrivé trois fois à Dos Santos. Naulleau et Condiadès ont publié de belles phlébographies obtenues dans ces conditions.

Cette injection intraveineuse du thorotrast est sans inconvénient. Les clichés prêtent cependant quelquefois à confusion, et l'on a pu faire le diagnostic d'oblitération artérielle complète, dans des cas où les valvules de la veine fémorale injectée n'étaient pas parfaitement dessinées.

B. *L'injection est poussée dans l'artère fémorale.* — Les accidents qui ont été observés peuvent être divisés d'une façon un peu schématique de la façon suivante :

1° Spasmes vasculaires dus à l'irritation de l'endothélium artériel ou à l'hyperpression réalisée lors de l'injection.

2° Aggravations de la gangrène par obstruction artériolaire ou artérite chimique ou thrombose artérielle.

1° *Les spasmes vasculaires.* — Le lipiodol et le thorotrast sont parfaitement tolérés par l'endothélium artériel. Par contre, l'iodure de sodium et les composés organo-iodés déterminent des spasmes artériels très douloureux pour le malade et qui, d'autre part, gênent considérablement pour l'interprétation des clichés. Ce sont des accidents de spasme avec l'iodure de potassium qui avaient dicté à Pierre Duval, dès 1929, des conseils de prudence dans l'emploi de l'artériographie.

Ces spasmes se traduisent objectivement par une pâleur marmoréenne du membre artériographié qui, de plus, devient froid immédiatement et qui au Pachon ne donne plus que quelques faibles oscillations ou rien.

Ce sont ces accidents de spasme qui ont marqué la plupart des observations rapportées à la Société de Chirurgie. Ils suffisent à aggraver la gangrène.

Mais ces spasmes peuvent être réalisés par n'importe quelle substance de contraste, si elle a été injectée sous une *trop forte pression*. Il y a donc intérêt à éviter au maximum la distension artérielle en injectant la solution de contraste sous la plus faible pression possible, en particulier lorsqu'on prévoit une oblitération artérielle importante. Pour ce faire rien ne vaut l'injection poussée à la seringue. On arrête dès qu'on sent une résistance.

Dans de nombreux cas, la vasodilatation paralytique succède à ce spasme et c'est alors qu'apparaissent les taches violettes décrites par de nombreux auteurs. Elles ne sont que de multiples hématomes sous-cutanés.

2° *Les aggravations de la gangrène.* — En plus du spasme, trois mécanismes peuvent les réaliser :

a) *L'obstruction artériolaire* fut observée au cours d'artériographies au lipiodol. Le lipiodol étant arrêté dans les fins vaisseaux capillaires, les dernières voies d'apport sanguin sont supprimées et la gangrène évolue brusquement.

b) *L'artérite chimique* après injection d'iodure de sodium est indubitable. Singleton en a rapporté deux cas certains. Dans une observation de Charbonnel et Massé, le sphacèle des lambeaux d'une amputation de jambe alors que les vaisseaux étaient perméables jusqu'à la coque talonnière semble bien être imputable à une artérite provoquée par l'iodure de sodium.

c) *La thrombose artérielle* par floculation de la solution de contraste, trouve une preuve de sa réalité dans l'observation rapportée par M. le Professeur Lambret à la Société de Chirurgie. Le thrombus s'est développé non seulement du côté où avait été pratiquée l'injection, mais encore de l'autre côté. La formation subite de cette oblitération artérielle, surajoutée avait entraîné une évolution rapide de la gangrène.

III. ACCIDENTS DUS A LA SOLUTION DE CONTRASTE. — Les premières artériographies ont été faites avec le *lipiodol*. Sicard l'utilisait à dose faible (1-2 cc.) comme un véritable index dont il recherchait le point d'arrêt.

Pour tâcher d'étudier l'ensemble du système artériel, Harvier et Lemaire augmentèrent la dose de lipiodol (10-12 cc.) mais la méthode devenait ainsi trop dangereuse, *le lipiodol embolisant les fins réseaux capillaires.*

L'iodure de potassium remplaça le lipiodol. L'arbre artériel peut être injecté en entier et cette substance, très opaque aux rayons X, donne de très beaux clichés, mais elle est *caustique* pour *l'endartère* et de plus, provoque de si *vives douleurs*, que l'injection doit être faite sous anesthésie générale ou rachidienne. Enfin, toute injection en dehors de l'artère risquant de provoquer du sphacèle du tissu cellulaire, il est indispensable de pousser cette injection sous le contrôle de la vue, donc de dénuder la fémorale. Ces inconvénients sont beaucoup trop importants pour des avantages minimes.

Parmi les multiples produits qui, par la suite, ont été proposés, deux groupes seulement ont été retenus : d'une part, les composés organo-iodés généralement employés en urologie (Tenebryl, Abrodyl, Perabrodyl, Urosélectan), d'autre part, les sels de thorium (thorotrast) utilisés déjà pour l'hépato-liénographie.

Les composés organo-iodés avaient été condamnés dès 1931 par Dos Santos. Ils ne présentent, en effet, que d'une façon très atténuée, les inconvénients de l'iodure de sodium.

Si leur toxicité générale est bénigne, ils ont par contre une action irritative manifeste sur les vaisseaux (Dos Santos a eu avec l'abrodyl, deux aggravations de la gangrène ayant nécessité l'amputation de

cuisse d'urgence. Cinq des accidents de l'artériographie rapportés récemment à la Société Nationale de Chirurgie sont imputables au ténébryl, un à l'urosélectan). De plus, l'injection de ces composés organoiodés détermine une douleur si vive que l'anesthésie est nécessaire. Enfin, Stoer, puis Naulleau, Contiadès et Ungar ont constaté expérimentalement que ces produits (en particulier le ténébryl) déterminaient des réactions vaso-motrices importantes de nature à troubler l'interprétation des clichés.

Le thorotrast opacifie moins les vaisseaux, mais a pour lui les *immenses avantages de ne pas être douloureux* (c'est pour cela que l'injection peut ainsi se faire par simple transfixion cutanée (sans même qu'il soit besoin souvent d'anesthésie locale), ni *toxique*, ni *caustique*.

L'observation rapportée par notre Maître, le Professeur Lambret, à la Société de Chirurgie, est le seul cas d'accident de l'artériographie imputable au thorotrast.

C'est cependant avec le thorotrast, et sans avoir jamais eu d'ennui, que Dos Santos a pratiqué plus de 300 artériographies, Egas Moniz 600 artériographies cérébrales, Leriche 150 artériographies.

Le thorotrast s'est révélé expérimentalement susceptible de provoquer des lésions d'*hépatite diffuse scléreuse* (Huguenin, Nemours, Auguste et Albot), mais ceci lorsqu'il est employé à doses plus élevées et souvent répétées.

D'autre part, G. Roussy, Ch. Oberling et M. Guérin, ont montré récement que le thorotrast avait un certain *pouvoir cancérigène*. Mais de résultats expérimentaux obtenus dans des conditions particulières, on ne peut déduire que le thorotrast à la dose employée pour l'artériographie soit dangereux.

Enfin, le thorotrast possède un pouvoir radio-actif assez élevé qui peut-être n'est pas dénué de danger.

Le thorotrast peut donc avoir des dangers tardifs, mais comme il ne présente que des avantages immédiats, il ne faudrait pas priver de l'artériographie des sujets qui en auraient besoin.

En somme, le thorotrast présente des avantages certains pour des inconvénients minimes, c'est pourquoi nous lui donnerons notre préférence comme agent de contraste.

Résultats de l'artériographie des artérites du membre inférieur. — Nous rappellerons succinctement les signes radiographiques des artères séniles (1).

a) Les oblitérations vasculaires sont le plus souvent observées, mais elles peuvent se présenter sous différents aspects.

A côté des *oblitérations étendues* à toute une artère (tibiale postérieure, fémorale superficielle le plus souvent) (fig. 1) et connues depuis longtemps, l'artériographie a révélé l'existence d'*oblitérations segmentaires*. Leriche y a particulièrement insisté.

L'arrêt du thorotrast est complet en général (fig. 2), mais dans d'autres cas, il passe à travers un véritable rétrécissement artériel dû à l'obstruction de la lumière du vaisseau par une importante plaque d'athérome (fig. 3 et 4).

Ces oblitérations segmentaires siègent en général au niveau de la partie haute de la poplitée ou sur la fémorale superficielle ou la tibiale postérieure. En dessous de cet obstacle le vaisseau se remplit par l'intermédiaire de collatérales dilatées, soit directes (type Luigi Porta), soit indirectes.



Fig. 1. — *Oblitération complète de la fémorale superficielle.* — La circulation de la cuisse est assurée par la fémorale profonde.

b) Les lésions pariétales des vaisseaux principaux s'observent à un stade avancé des artérites séniles.

Alors qu'une artère normale apparaît presque rectiligne, n'offrant que les coudures imposées par son trajet anatomique, les artères ont ici des contours irréguliers avec des zones plus claires répondant à un épaississement de la paroi artérielle dû à une plaque d'athérome (Voir fig. 2).

c) Etat de la circulation collatérale. — Cette étude doit être faite avec soin puisque c'est elle qui règle le

(1) Les figures ci-jointes sont des calques d'artériographies provenant de notre collection personnelle.



FIG. 2. — *Oblitération basse de la fémorale superficielle.* — Grâce à la grande anastomotique, la circulation reprend dans les gros troncs de la jambe. — Images importantes d'endartérite sur la fémorale superficielle.

pronostic. Or, elle est extrêmement difficile. Les collatérales d'une artère normale sont en général longues, fines et souples. En cas d'artérite sénile, les rares vaisseaux qui quittent le tronc principal sont généralement courts et peu ramifiés. D'autre part, la répartition de ces collatérales est très inégale ; abondantes dans une région, elles sont clairsemées en une autre voisine.

Etude critique des renseignements fournis par l'artériographie. — La constatation d'*oblitérations artérielles étendues* n'a qu'une valeur relative, puisque depuis longtemps l'on a observé des cas d'oblitération des artères iliaque, primitive et externe, sans gangrène du membre inférieur correspondant. La pratique de l'oscillométrie a multiplié des cas analogues et il est devenu banal de voir des malades chez qui le Pachon ne donne plus d'oscillations à partir du milieu de la cuisse, sans qu'existe aucun sphacèle du pied.

Le *siège* de cette oblitération artérielle a plus d'importance que son étendue. La fémorale commune, la poplitée basse, le carrefour bi-tibio-péronier sont des segments artériels dangereux dont l'oblitération risque de déterminer une gangrène. Pour Leriche, leur susceptibilité s'explique aisément par l'absence à leur niveau de masses musculaires riches en capillaires anastomotiques. Au lieu de muscles parallèles et allongés porteurs d'artères développées, il y a là des muscles pour la plupart tendineux et divergents. De plus, ces segments dangereux sont des segments susjacents à des bifurcations artérielles importantes qui peuvent être bloquées par une thrombose descendante.

Par contre, la constatation d'une *oblitération localisée et segmentaire* a beaucoup plus d'importance car le régime circulatoire du membre inférieur n'est pas troublé par une insuffisance de perméabilité artérielle, mais par une vaso-constriction réflexe qu'une artériectomie pourra faire céder. Dans certains cas même, comme dans notre observation 2, la suture bout à bout des deux segments artériels pourra être tentée.

Dans deux cas où nous avons eu à rechercher une



FIG. 3. — *Oblitération en bec de flûte de la poplitée.*

oblitération localisée nous l'avons toujours trouvée à l'endroit que nous avait indiqué l'artériographie. En aucun cas, nous n'avons eu à nous demander s'il ne s'agissait pas d'une oblitération spasmodique, diagnostic que doivent envisager les chirurgiens qui utilisent les composés organo-iodés.

L'étude des *artères périphériques* présente le maximum d'intérêt parce qu'elles peuvent être considérées comme terminales, les anastomoses capillaires intra-



FIG. 4. — *Oblitération en bec de flûte de la poplitée.*

musculaires manquant à ce niveau. Une thrombose haut située de l'artère fémorale peut ne déterminer de gangrène du pied qu'autant que les artères plantaires seront oblitérées.

C'est *l'état de la circulation collatérale* qui doit préoccuper au maximum le chirurgien. En effet, l'oblitération d'un gros tronc n'a d'importance que par le nombre de collatérales qu'il peut priver d'apport sanguin. Mais si ces vaisseaux se remplissent par anastomose avec les territoires sus-jacents, l'oblitération du tronc principal a beaucoup moins d'importance. Ce n'est pas parce qu'une collatérale est injectée qu'il faut considérer la zone correspondante comme suffisamment vascularisée. La circulation peut, en effet, se faire au ralenti en cet endroit et un deuxième cliché pris un peu plus tard, montrerait la stase du thorotrast. Toute amputation passant à ce niveau est évidemment vouée au sphacèle

D'autre part, ce n'est pas parce qu'une zone n'est pas injectée que la circulation y est insuffisante ; on a pu utiliser une quantité insuffisante de thorotrast. Mais surtout Leriche a bien montré que les voies anastomotiques ne sont pas macroscopiques, injectables, mais bien artériolaires et capillaires, donc pratiquement invisibles. On peut donc admettre que toute zone comprise entre deux collatérales bien injectées, peut être considérée comme suffisamment irriguée.

L'oblitération des artérioles et capillaires que l'artériographie ne permet malheureusement pas de saisir, joue un rôle de la plus grande importance dans la production des gangrènes. Isaac Georges (Th. Paris 1926), Paupert-Ravault (Archives franco-belges de Chirurgie, juin 1926), Leibovici (Thèse Paris 1928), ont bien mis en valeur le rôle des thrombo-artériolites distales dans la production des gangrènes.

La conséquence de cette notion est capitale car, comme dit Leibovici : « Elle condamne toute appréciation de la valeur circulatoire d'un membre basée uniquement sur l'examen de ses gros troncs principaux ».

Aussi, certains auteurs, et en particulier Dos Santos, ont-ils recherché des moyens indirects pour étudier cette circulation capillaire. Citons-les pour mémoire : la teinte plus foncée prise par les tissus après injection de thorotrast, indiquerait assez bien la diffusion capillaire de la solution. On pourrait aussi avoir une idée approximative de la circulation artériolo-capillaire, en mesurant la vitesse que met la solution pour passer des artères dans les veines. Mais, comme le disent Naulleau et Contiadès, il s'agit de constatations trop délicates pour la pratique, et d'autre part, elles ne donnent que des résultats bien aléatoires.

En résumé, l'artériographie renseigne :

— Parfaitement sur l'état des artères principales au moment de l'examen ;

— Relativement sur celui de la circulation collatérale ;

— Nullement sur celui de la circulation artériolo-capillaire.

Etude comparative de l'artériographie et des autres méthodes d'exploration vasculaire. — Nous allons essayer de situer l'artériographie par rapport aux méthodes dont nous disposions antérieurement pour explorer la circulation des membres.

Nous n'envisagerons que les procédés de pratique courante :

A. L'ARTÉRIOGRAPHIE ET LE SILLON D'ÉLIMINATION. — De tout temps, on a recommandé d'attendre que le sillon d'élimination ait tranché le mort du vif pour amputer sans risque de sphacèle des lambeaux ou des bords de la plaie. Mais ce sillon d'élimination est parfois lent à se manifester et l'intensité des douleurs, l'état général du malade, poussent le chirurgien à opérer. On ferait donc un très grand pas dans le traitement des gangrènes du membre inférieur si l'artériographie permettait de prévoir la zone dans laquelle va se former le sillon d'élimination. Une amputation économique immédiatement sus-jacente serait suffisante. Meleney et Miller ont constaté en 1925 que le sillon d'élimination correspondait à une démarcation

vasculaire très précise. A ce niveau, la circulation collatérale très nette sur le pied, s'arrête brusquement. Naulleau et Contiadès ont eu des résultats analogues. Par contre, si le sillon d'élimination est absent, l'arrêt de la circulation est progressif et irrégulier. Avant la zone avasculaire existe toute une zone douteuse où la circulation paraît juste suffisante pour assurer la nutrition des tissus, elle serait trop précaire pour permettre la cicatrisation par primam des lambeaux d'amputation. Il faudra donc faire porter la section beaucoup plus haut.

En résumé, s'il existe un sillon d'élimination l'artériographie confirme que la région sus-jacente est bien vascularisée et peut être le siège de l'amputation. Si, au contraire, le sillon d'élimination est lent à apparaître, l'artériographie n'indique nullement la région dans laquelle il se formera.

B. Artériographie et oscillométrie. — L'oscillométrie, méthode simple et élégante, est considérée par de nombreux auteurs comme le meilleur procédé d'exploration vasculaire. On lui reproche cependant de faire amputer trop haut en général. Nous allons voir si elle ne peut donner des résultats intéressants confrontés avec l'artériographie.

Le Pachon permet l'exploration parfaite des troncs artériels principaux aux endroits où les parties molles sont minces (cou-de-pied). Mais là où les masses musculaires sont volumineuses (cuisse, jambe) toutes les artères du territoire comprimé influencent l'oscillomètre qui devient ainsi un pléthysmomètre. C'est ce qu'exprime Leriche : « Le Pachon donne une idée globale du membre et non seulement de la perméabilité du tronc principal.

D'une façon générale, on peut donc dire que l'oscillométrie donne une idée d'ensemble sur la perméabilité des artères d'un membre alors que l'artériographie renseigne sur celle de chaque artère maîtresse. Les deux méthodes se complètent donc l'une l'autre. Si, par exemple, l'oscillométrie a montré qu'une amputation de jambe peut être tentée, l'artériographie permettra de choisir un lambeau postérieur si la tibiale antérieure est bouchée, un lambeau externe si seule la tibiale postérieure se montre oblitérée.

Mais l'artériographie présente d'autres avantages, qu'une étude plus serrée de la question va nous permettre de montrer.

Jacques Leveuf (Journal Médical Français, décembre 1926), avec Paupert-Ravault, avait divisé les artérites en deux groupes : celles dans lesquelles les oscillations sont conservées presque jusqu'à la limite de la gangrène, celles où les oscillations sont abolies très loin au-dessus. Nous allons voir la valeur de l'artériographie dans chacun de ces cas.

1° *Les oscillations sont conservées bas.* — Il s'agit d'observations relativement rares, rapportées entre autres par Weill et Lévy-Franckel ; Faure-Beaulieu ; Troisier ; Achard et Bloch ; Wouters et Deroubaix ; Paupert-Ravault ; Doumer et Patoir. Pour une gangrène d'un ou plusieurs orteils les oscillations descendent jusqu'aux malléoles. Ces gangrènes sont dues à une thrombo-artériolite distale et ces cas sont éminemment favorables à une résection économique.

L'artériographie servira à vérifier jusqu'où les branches des artères plantaires sont perméables et s'il suffit d'enlever l'orteil. Si l'amputation du pied s'impose, elle montrera si l'on peut conserver la coque talonnière comme point d'appui, ou s'il faut avoir recours à une amputation basse de jambe.

2° *Les oscillations sont abolies haut.* — Ce sont les cas en face desquels on se trouve le plus souvent.

L'oscillomètre ne donne de renseignements que lorsqu'il reçoit une onde pulsatile. Or, un membre peut ne donner aucune pulsation et être suffisamment vascularisé, mais par un courant sanguin qui se déplace dans les collatérales d'une façon continue, sans saccade systolique. Si une oblitération ou une sténose localisées suppriment l'onde pulsatile, le segment artériel sous-jacent sera le siège d'un courant sanguin continu comme le courant veineux. L'aiguille de Pachon est immobile et cependant la nutrition cellulaire est assurée. C'est ce qu'exprime Bard : « Ce qui compte pour la circulation locale, ce n'est pas la pulsatilité qui ne fait que traduire l'effort périodique d'un moteur central, c'est uniquement la progression du sang, et peu importe qu'elle soit continue ou saccadée dans les gros troncs ».

Or, la solution de contraste accompagnera ce sang artériel dans son cheminement. Les clichés permettront donc de juger de la valeur du réseau collatéral anastomotique. Et une amputation faite, sur les données de l'artériographie, dans une zone ne donnant aucune pulsation au Pachon, mais riche en collatérales anastomosées, pourra se cicatriser parfaitement. *L'artériographie rend donc en général des renseignements beaucoup plus précis que l'exploration oscillométrique.*

C. L'artériographie et les épreuves de circulation cutanée. — 1° *L'épreuve de Moskowicz* est la plus ancienne des méthodes d'exploration de la circulation cutanée et aussi celle à laquelle beaucoup de chirurgiens font le plus de confiance. Et, cependant, cette méthode à laquelle on peut reprocher, d'abord, d'être souvent douloureuse, est sujette à de nombreuses causes d'erreur.

Certains malades au début des artérites ont des réactions vaso-motrices cutanées qui trompent ; d'autres fois, la lymphangite ascendante détermine de la rougeur de la peau qui gêne dans l'appréciation du Moskowicz. Enfin, en cas de cyanose des extrémités la démarcation est difficile à faire avec l'hyperhémie.

Mais, même lorsque l'arrêt de la rougeur qui fuse vers le pied est nette, le gros reproche qu'il faut faire à l'épreuve de Moskowicz, c'est qu'elle ne renseigne que sur l'étendue de l'ischémie cutanée. Or, on ne peut en inférer, comme le faisait Moskowicz, que l'oblitération siège au niveau de la limite inférieure de l'hyperhémie et qu'une amputation faite au-dessus ne sera pas vouée au sphacèle.

Donc, si l'oscillométrie fait amputer trop haut, l'épreuve de Moskowicz fait amputer trop bas, l'artériographie permet de choisir entre ces deux limites et manifeste donc, à notre avis, un avantage marqué sur les deux méthodes.

2° *L'épreuve de la raie vaso-motrice de Cosasesco* (*Presse Médicale* 26 septembre 1923) est à employer

lorsque la striction de la bande d'Esmarch provoque de trop vives douleurs. On peut lui faire les mêmes critiques qu'à l'épreuve de Moskowicz.

Dans l'ensemble, l'artériographie permettra donc de séparer les cas encore justiciables des opérations sympathiques, de ceux pour lesquels l'amputation s'impose. En l'absence de gangrène, ou si celle-ci est très limitée, on pourra tenter la sympathectomie ou l'artériectomie si la circulation collatérale est bien développée ; si non, il faudra avoir recours à l'amputation.

Les trois méthodes : oscillométrie, épreuve de Moskowicz, artériographie, ont toutes alors leur utilité :

a) L'oscillométrie et l'artériographie associées indiquent une zone au niveau de laquelle l'amputation peut être pratiquée avec les plus grandes chances de succès.

b) L'épreuve de Moskowicz renseigne sur la circulation cutanée du lambeau.

c) L'artériographie entre différents procédés, permettra de choisir celui dont les lambeaux seront le mieux vascularisés.

Indications et contre-indications de l'artériographie dans les artérites du membre inférieur. — L'expérience ayant montré que l'artériographie n'était pas dénuée de danger, elle ne peut être employée de façon systématique à toute artérite. Tout en utilisant le produit le moins dangereux, le thorotrast, on peut s'attendre à quelque déboire, aussi est-il utile de rechercher les indications et les contre-indications de cette méthode.

Contre-indications. — 1° *Tirées du malade.* — L'action du thorotrast sur le foie et les reins interdit de faire une artériographie à un sujet atteint d'*insuffisance hépatique* ou *rénale* accentuée.

Toute *défaillance cardiaque* contre-indiquera aussi l'artériographie car la circulation se faisant déjà mal, la formation du thrombus est possible.

De même, en présence d'un *état général grave*, il sera inutile de perdre du temps et de risquer une thrombose massive. L'amputation d'urgence s'imposera sans que l'on pratique l'artériographie.

2° *Tirées de la maladie.* — *Une gangrène rapidement extensive* ou *évoluant par poussées successives et subintrantes*, fait craindre la persistance d'un processus d'angéite et met le chirurgien dans l'obligation de pratiquer une amputation haute, s'il veut éviter des amputations successives.

L'apparition d'un *sillon d'élimination* renseigne suffisamment pour qu'il soit nécessaire d'aller vérifier l'état de la circulation au-dessus de celui-ci.

L'artériographie ne sera pas à recommander non plus en cas de gangrène humide ou de gangrène très infectée avec lymphangite, le siège de l'amputation étant imposé par la hauteur de l'infection cutanée.

3° *Tirées de la solution de contraste.* — L'iodure de potassium et les composés organo-iodés doivent être abandonnés, seul le thorotrast est à retenir ; mais comme il peut être nuisible à dose massive il sera bon

de ne jamais faire chez le même sujet d'artériographies répétées à de courts intervalles.

INDICATIONS. — *Dans les gangrènes séniles* l'artériographie est très recommandable à la *phase de claudication intermittente* en particulier. Là encore une résection artérielle pourra être faite. Les phénomènes gangréneux pourront ainsi être reculés de quelque temps.

A la phase de *gangrène confirmée* l'artériographie ne se justifie que lorsqu'on hésite entre deux sièges d'amputation.

Donnons deux exemples :

1er *cas*. — Il s'agissait d'une gangrène de l'avant-pied, le Pachon était muet au 1/3 inférieur de la jambe. La question qui se posait était celle de savoir si l'arrière-pied était suffisamment vascularisé pour permettre une amputation avec coque talonnière. Une artériographie montrant des collatérales bien développées dans l'arrière-pied trancha la question (fig. 5).



FIG. 5. — *Oblitération de la pédieuse et de la tibiale postérieure.* — Riche vascularisation de la coque talonnière.

2e *cas*. — Les oscillations s'arrêtant au 1/3 inférieur de la cuisse, le Moskowicz à la partie supérieure de la jambe, on put pratiquer un Gritti sur les indications de l'artériographie (fig. 1).

Conclusion. — L'artériographie a rendu dans l'étude des artérites séniles des services certains. Seule, elle ne permet pas à tout coup de fixer parfaitement le siège d'une amputation économique, sans risque de voir apparaître du sphacèle des lambeaux ; mais, associée aux autres méthodes d'exploration du système artériel, et en particulier à l'oscillométrie et à l'épreuve de Moskowicz elle assure au chirurgien une relative sécurité.

Les quelques accidents qui lui ont été imputés et qui, d'ailleurs, sont survenus au début de la plupart des autres méthodes radio-cliniques d'examen, ne doivent pas la faire abandonner systématiquement, mais ils incitent à ne pas se servir de cette méthode à tout propos.

BIBLIOGRAPHIE (1)

BAILLAT et MERIEL. Lipiodo diagnostic ou oscillométrie, *Gaz. des Hôp.*, 10 fév. 1926.

BAUMGARTNER. Artériographie. Artériectomie, *Revue Méd. de la Suisse Romande*, LIV, N° 6, 10 juin 1934.

Louis BAZY et Henri REBOUL : Discussion : MONDOR, MOURE, SORREL, HUET. Etude critique sur l'artériographie, *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, LXI, 9 janvier 1935, p. 18-23.

L. BAZY, H. REBOUL et M. RACINE. A propos des incidents et accidents de l'artériographie. Statistique intégrale, *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, LXI, 16 janvier 1935, p. 39-42.

BAZY, REBOUL et RACINE. *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 25 avril 1934.

B. DESPLAS et H. REBOUL. Accidents de l'artériographie, *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, LXI, 9 janvier 1935, p. 10-16.

CARCASSONNE, FRIEH et GARCIN. L'artériographie, examen indispensable avant l'artériectomie, *Société de Chir. de Marseille*, 16 avril 1934.

CHARBONNEL et MASSE. Rapport P. DUVAL : Discussion H. CHEVASSU, A. SCHWARTZ. Artériographie des membres avec l'iodure de sodium, spécialement dans les artérites, *Soc. Nat. de Chir.*, 22 mai 1929. Bulletins et Mémoires LV, p. 735-747.

CHARBONNEL et MASSE. A propos de l'artériographie dans les artérites des membres, *Société Chir.*, 4 juillet 1934.

CONTIADÈS et NAULLEAU. Quelques résultats de l'artériographie dans les affections artérielles et les tumeurs, *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, t. 42, p. 1866-1870.

DESPLATS et DESBONNETS. Le lipio-diagnostic artériel (à propos de 2 cas), *Journ. des Sciences Méd. de Lille*, 30 octobre 1926.

FONTAINE et FRIEH. Artériographie dans les affections vasculaires des membres, *Lyon Méd.*, LXV, N° 22, 28 mai 1933.

R. FONTAINE et R. MAÎTRE. L'artériographie dans les artérites des membres. Sa valeur au point de vue diagnostic et indications opératoires, *Journ. de Chir.*, t. XLIII, 1934, p. 801-823.

FRIEH et LÉVY. *Lyon Chir.*, 1934.

HARVIER et LEMAIRE. Renseignements fournis par l'exploration lipiodolée dans les artérites des membres inférieurs, *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, Paris 1927, LI N° 12, p. 448-455.

O. LAMBRET. Accidents de l'artériographie, *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, LXI, 6 février 1935, p. 173-175.

LEFEBVRE et BIZARD. A propos de deux cas d'artériographie, *Echo méd. du Nord*, 18 janvier 1930.

LEIBOVICI. Etude chirurgicale des gangrènes juvéniles, *Th. Paris*, 1928.

LEIBOVICI. Valeur de l'artériographie dans la gangrène des extrémités, *Journ. de Chir.*, 1929, XXXIV, p. 293-310.

R. LERICHE. Sur la bénignité des artériographies au thorotrast, *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, LXI, 6 février 1935, p. 175-180.

LERICHE, FONTAINE et FRIEH. Indications et résultats de l'artériographie dans les artérites, *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 1933, LIX, p. 386-391 ; — Artériectomies dans les oblitérations artérielles sur l'indication artériographique, *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, LIX, N° 9, 11 mars 1935, p. 386-391 ; — Indications et résultats de l'artériographie dans les artérites, *Presse méd.*, t. 41, p. 1100-1104.

(1) Bibliographie arrêtée en juin 1935. — Consulter aussi la bibliographie de la thèse de RACINE : Aspects radiologiques de la circulation. Etudes expérimentales. Clinique et Thérapeutique. *Th. de Paris*, 1934, n° 445.

LHERMINE. Contribution à l'étude de l'artériographie dans les affections artérielles des membres, *Thèse de Lille*, 1933-1934.

Jacques LEVEUF (discussion PROUST). Les dangers de l'artériographie, *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 9 janvier 1935, LXI, p. 6-10.

MAKATO SAITO, KAWI KAWU, RAZURMO et HIDENOSKI YANAZIGAWA. Nouvelle méthode de radiographie des artères et des veines sur le vivant. Les applications cliniques au diagnostic, *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, oct. 1930, N° 26, p. 1031-1032.

MASSE et MATHEY-CORNAT. L'épreuve artériographique dans un cas de gangrène du membre inférieur, *Bull. de la Soc. de Radiol. Méd. de France*, mars 1930, N° 167, p. 156.

Paul MATHIEU. A propos des incidents et accidents de l'artériographie, *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, LXI, 16 janvier 1935, p. 38-39.

MELENEY et MILLER. Recherches artériographiques sur les membres amputés, *Ann. of Surg.*, 1925, XIII, p. 446.

G. METIVET. A propos du rapport de M. le professeur Duval sur la valeur de l'artériographie dans l'exploration de la circulation artérielle des membres atteints de gangrène périphérique, *Soc. Nat. de Chir.*, 29 mai 1929, *Bulletins et Mémoires*, LV, p. 768-769.

MOIROUD et COTTALORDA. Gangrène d'un orteil. Artériographie, *Soc. de Chir. Marseille*, 4 juin 1934.

Egas MONIZ. Injections intra-carotidiennes de substances opaques aux rayons X, *Presse Méd.*, 1927, N° 63, p. 969-971.

NAULLEAU et CONTIADÈS. Indications de l'artériographie dans l'étude des artérites, *Rev. de Chir.*, 1935, N° 3, p. 212-227.

ROQUES. Documents donnés par 4 artériographies, *Soc. de Chir. de Marseille*, 7 mai 1934.

PROUST. A propos de l'artériographie, *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 9 mai 1934.

J. QUENU. A propos de l'artériographie, *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 9 mai 1934.

RACINE et REBOUL. L'artériographie, *Journ. méd. franç.*, avril 1934, p. 116-144.

RACINE. *Th. Paris*, 1934, N° 445.

RAVINA, SOURICE, LESANGE et GODLEWSKI. Retentissement cardio-vasculaire des injections de substance de contraste, *Presse Méd.*, 1933, p. 948-960.

Maurice RENAUD. Radiographie du système artériel des membres, *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, mars 1930, p. 250.

REYNALDO DOS SANTOS, LAMAS et CALDAS. Artériographie en série, *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1933, LIX, p. 35 à 39 ; — Artériographie des extrémités. Technique et indications, *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1932, LVIII, p. 635-663.

Reynaldo DOS SANTOS, LAMAS et CALDAS. *Artériographie des membres et de l'aorte abdominale*, Masson 1931. Rapport Gosset, Discussion LECÈNE : L'artériographie des membres, de l'aorte et de ses branches abdominales. *Soc. Nat. de Chir.*, 24 avril 1929, *Bulletins et Mémoires*, LV, p. 587-601.

Reynaldo DOS SANTOS. Sur l'artériographie, *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 10 avril 1935, p. 585-590.

J. SÉNÈQUE et BENOIT. Sur les accidents de l'artériographie, *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, LXI, p. 16-18.

SICARD et FORESTIER. Injections intravasculaires et carotidiennes de lipiodol chez l'animal, *C. R. Soc. de biol.*, Paris 12 mai 1923.

SICARD, DE GENNES et COSTE. Radiodiagnostic lipiodolé dans les thromboses artérielles, *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, Paris 31 octobre 1924.

SPEHL. Artériographie des membres, *Le Scalpel*, LXXXVII, N° 21, 27 mai.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1936)

RAPPORT. — **Les maladies à déclaration obligatoire.** — La commission chargée d'élaborer un projet de révision de la liste des maladies à déclaration obligatoire demandée par M. le ministre de la Santé publique en vue d'un décret-loi, a chargé M. TANON de faire un rapport sur la question.

La commission propose d'ajouter à la liste la spirochétose hémorragique. Elle propose en outre de compléter la liste par des indications au sujet de la désinfection imposée.

Liste des maladies à déclaration obligatoire. — La mention *C* indique que la désinfection en cours suffit si elle est assurée par la famille sous la direction du médecin ou facultativement par les services de désinfection sur la demande des médecins.

T indique la désinfection terminale qui sera effectuée par les services publics ; elle implique également l'assainissement des milieux intermédiaires et le traitement des porteurs de germes.

1° Fièvre typhoïde et fièvre paratyphoïde : C et T. — 2° Typhus exanthématique: C et T. — 3° Variole: C. et T. — 4° Scarlatine : C et T. — 5° Rougeole : C. — 6° Diphtérie : C et T. — 7° Suette miliaire : C et T. — 8° Choléra : C et T. — 9° Peste : C et T. — 10° Fièvre jaune : C et T. — 11° Dysenteries amibienne et bacillaire : C et T. — 12° Infection puerpérale : C et T. — 13° Méningite cérébro-spinale : C. — 14° Poliomyélite : C. — 15° Trachome : C. — 16° Fièvres ondulantes : C et T. — 17° Lèpre : C. — 18° Spirochétose ictéro-hémorragique : C.

La liste des maladies à déclaration facultative est maintenue sans modifications.

Au sujet du dinitrophénol. — M. le professeur POUCHET présente à l'Académie un mémoire très documenté sur l'action physiologique des dinitrophénols et leur emploi en thérapeutique.

« Dans tous les cas où peut se poser l'indication d'accélérer les combustions dans l'intimité de l'organisme et d'élever le métabolisme basal, le dinitrophénol intervient avec une efficacité certaine. Son action est remarquable dans le domaine des ralentissements de la nutrition. » On l'emploie surtout dans le traitement de l'obésité, où il évite les inconvénients parfois graves (troubles cardiaques et nerveux) de la thyroxine, dont la dose efficace est très voisine de la dose toxique. De plus, une seule dose de thyroxine peut entraîner des accidents que la simple suspension du médicament ne peut arrêter. Or, à côté de son action spécifique sur le métabolisme basal, le dinitrophénol offre cet avantage précieux que la cessation de son emploi au moindre signe d'intolérance arrête toute manifestation fâcheuse.

Les recherches du professeur Mayer ont permis de fixer les règles de l'emploi du dinitrophénol. Doses et rythme d'administration sont actuellement bien déterminés, et il est démontré que les accidents ou incidents sont dus à des imprudences ou à des erreurs de doses. Un cas de mort, dû au dinitro*crésol*, a été publié en Angleterre. Les cataractes survenues aux Etats-Unis, au même moment et au même endroit, sont dues au dinitro*naphtol*, impureté d'un dinitrophénol mal préparé.

M. Pouchet, après une étude de l'action du dinotrophénol sur le métabolisme basal, rappelle les 170 observations d'obèses rapportées par le professeur Tainter, qui sont des plus démonstratives : à la dose moyenne de 33 centigr. par jour, le dinitrophénol a permis un amaigrissement moyen de 1 kg. 400 par semaine, et une perte totale de

poids de 16 à 20 kgs, en 82 à 111 jours de traitement, sans aucun trouble.

Etudiant ensuite le mécanisme intime de son action, M. Pouchet montre que le point d'attaque est directement cellulaire, par oxydation des graisses et des glucides, sans que le fonctionnement d'aucun organe soit modifié.

Correctement employé, sous contrôle médical, le dinitrophénol pur a toujours donné d'excellents résultats. « C'est un médicament dont il serait difficile de se passer actuellement. »

Les règles d'administration doivent être rigoureusement observées :

— Ne pas dépasser 3 milligr. de produit pur par kilo de poids corporel ;

— Ne pas dépasser 3 mois de cure sans interruption ;

— Absorber la dose quotidienne en une fois, ou suivant les cas en 2 ou 3 ;

— Suspendre le traitement en cas d'intolérance, et reprendre à doses plus faibles ;

— Surveiller le poids, et le fonctionnement du foie et du rein ;

— Prudence chez les diabétiques et les rénaux.

La dinotrophényl-lysidine, dont la synthèse a été réalisée récemment en France, présente des avantages sur le dinitrophénol : elle augmente la tolérance du médicament et favorise l'élimination des déchets. Sa solubilité permet la forme injectable.

Vaccination par le B. C. G. — M. Guérin. Le professeur Baudouin, de Montréal, signale que du 1er juin 1926 au 1er janvier 1935, il a pu suivre 582 enfants vaccinés au B. C. G. vivant en milieux tuberculeux (tuberculose ouverte ou fermée), et 971 autres enfants non vaccinés, nés et élevés également en milieux tuberculeux (tuberculose ouverte ou fermée).

La mortalité générale de 1 mois à 7 ans a été de 10,3 % parmi les vaccinés et de 18,70 % chez les non vaccinés. Dans ces chiffres, la mortalité par tuberculose intervient pour 2,1 % chez les vaccinés, pour 7 % chez les non vaccinés.

Les recherches limitées aux enfants en contact avec des tuberculoses ouvertes, montrent que sur 248 sujets vaccinés et 451 non vaccinés, la mortalité par tuberculose de l'âge de 1 mois à celui de 7 ans a été de 2,4 % chez les vaccinés, de 11,1 % chez les non vaccinés.

Dans ces deux mêmes groupes et pendant le même temps la morbidité tuberculeuse a été de 1,7 % parmi les vaccinés et de 6,2 % chez les non vaccinés.

Triorchidie. — M. Maurice Chevassu présente avec projections à l'appui l'observation rarissime d'un de ces triorchides qui relèvent beaucoup plus de la légende que de la science. Ayant pu diagnostiquer, chez un sujet considéré comme porteur d'un kyste du cordon, et doué par ailleurs de deux testicules normaux, qu'il s'agissait d'un testicule surnuméraire, il a pu vérifier opératoirement que la tumeur funiculaire était bien constituée par un testicule d'un tiers plus petit que l'autre, mais très typique et à spermatogénèse peu altérée. Du pôle supérieur du testicule surnuméraire, qui présentait une hydatite caractéristique, partait une tête épididymaire dont le corps s'allongeait en un long ruban qui s'étendait du testicule supérieur au testicule inférieur pour devenir l'épididyme de celui-ci et aboutir à une anse épididymo-déférentielle et à un canal déférent de type normal. Tout se passait en somme comme si le testicule normal avait été divisé en deux à l'union de son tiers supérieur et de son tiers moyen, le tiers supérieur emportant le corps d'Highmore et la tête épididymaire, les deux tiers inférieurs emportant la queue de l'épididyme et le canal déférent, tandis que le corps de l'épididyme s'étirait entre les deux. L'embryologie du corps de Wolff rend facilement compte de cette anomalie qui mériterait mieux le titre de dédoublement testiculaire.

Mongolisme et syphilis congénitale. — M. Babonneix. La syphilis congénitale est-elle la cause de certains mongolismes ? Sans aucun doute, comme le montre M. L. Babonneix en se fondant sur l'étude d'une soixantaine de cas personnels. En faveur de cette hypothèse, on peut, en effet, invoquer des arguments de probabilité, fournis par l'étude des antécédents et des symptômes, et des arguments de certitude, qu'il a trouvés dans dix de ces cas. D'où la nécessité d'un traitement spécifique : 1° avant la procréation, pour empêcher l'altération des gamètes; 2° pendant la grossesse et après la naissance, pour le cas, qui n'est pas rare, où le tréponème n'aurait pas épuisé son action et serait encore capable de produire des lésions intéressant le système nerveux et les glandes endocrines.

Premiers résultats d'une enquête sur les affections des voies respiratoires chez les ouvriers des Charbonnages des Pays-Bas. — MM. Doubrow et Wossenaar.

Election d'un membre titulaire dans la IVe Section (Sciences biologiques physique, etc...). — M. Champy, professeur d'histologie à la Faculté de médecine, est élu par 43 voix contre 37 à M. Binet, 2 à M. Baudouin, 1 à M. Nattan-Larrier, 1 à M. Charles Richet fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 19 février. — Jury : MM. Gosset, président ; Ombrédanne, Alglave, Leveuf. — M. Simonot. Traitements chirurgicaux dans les mégacôlons de l'enfance.

Jeudi 20 février. — Jury : MM. Claude, président ; Gougerot, J. Besançon, Gastinel. — M. Perrot. Problème de la lutte antituberculeuse dans les asiles d'aliénés. — M. Vallade. Etude du fond mental des paralytiques généraux après impaludation. — M. Kalb. La dermatite chronique atrophiante en France.

Vendredi 21 février. — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Gosset, président ; Létard, Robin. — M. Brunet. Lévriers chiens de chasse et de courses.

Samedi 22 février. — Jury : MM. Cunéo, président ; Nobécourt, Terrien, Velter. — M. Blanquine. Traitement des fistules extra-sphinctériennes. — M. Vignes. Considérations médicales et bio-anthropologiques sur un groupe de prostituées mineures. — M. Romañacci. Le salicylate de soude intraveineux dans les iritis et les sclérites.

Mercredi 26 février. — Jury : MM. Grégoire, président ; Tanon, Joannon, Leveuf. — M. Tablada Garcia. Le diagnostic précoce du cancer du corps de l'utérus avant la ménopause. — M. Bousquet. Etude de la conception pathogénique actuelle des colibacilloses et infections d'origine intestinale. — M. Nakhdjavani. Hallux valgus familial. — M. Corre. Naudin, les théories sur la reproduction.

Jeudi 27 février. — Jury : MM. Bezançon, président ; Laignel-Lavastine, Sergent, Philibert. — M. Adrian. Emphysème sous-cutané généralisé et médiastinal au cours des tentatives de pneumothorax thérapeutique. — M. Aranovitch. Sur un cas de psychonévrose obsessionnelle en littérature R. M. Rilka. — M. Laroderie. Etude de l'insuline à petite dose chez les convalescents non diabétiques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 17. — MERCREDI 26 FEVRIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 20 février. — Questions données : « Symptômes et évolution des grossesses tubaires. — Diagnostic de la fièvre typhoïde non compliquée au huitième jour. »

MM. Feld, 17,5; Liénard, 16,4; Labayle, 17,8; Guiot, 21,2; Mlle Damiens, 20.8; MM. Rougier, 20; Bouche, 21,4; Vermenouze, 16,2; Mlle Barillon, 23; M. Tran Van Con, 16.

Séance du 21 février. — Questions données : « Formes cliniques des cancers du foie. — Signes, diagnostic et traitement des fractures de l'extrémité inférieure du fémur. »

MM. Wolfromm, 18,9; Rousset, 19,1; Zwillinger, 25,2; Lefebvre, 22,6; Trouvé, 22,1; Fréret, 20; Froissant, 19,5; di Mattéo, 18,8; Maurice, 19,5.

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES, SAINTE-PÉRINE, CHARDON-LAGACHE, HENDAYE ET CHAMPROSAY. — Un concours pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes en 1936 : 1° à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à l'institution Sainte-Périne et à la fondation Chardon-Lagache; 3° à l'asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées); 4° à l'hôpital-sanatorium Joffre, à Champrosay, sera ouvert le mardi 24 mars 1936, à 9 h., dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du lundi 2 jusqu'au lundi 9 mars 1936 inclusivement, de 14 à 17 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Les concours suivants sont ouverts à la Faculté de médecine de Nancy entre les étudiants français ou anciens étudiants français de ladite Faculté.

Prix Alexis Vautrin. — Mémoire sur un sujet de gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse. — Premier prix : 2.900 fr.; deuxième prix : 900 fr.

Prix Joseph Rohmer. — Mémoire sur un sujet d'ophtalmologie. — Prix : 2.700 fr.

Prix Grand'Eury Fricot. — Mémoire sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique. — Prix : 1 450 fr.

Prix Ritter. — Mémoire sur un travail original de chimie médicale et fait dans un laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy. — Prix : 450 fr.

Prix Heydenreich-Parisot (*médecine*). — Concours entre les étudiants de la Faculté de médecine de Nancy et les docteurs en médecine (immatriculés ou inscrits à la Faculté au cours de l'année scolaire). — Travail original sur un sujet de médecine. — Prix : 450 fr.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine avant le 1er juillet 1936.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges s'ouvrira, le lundi 19 octobre 1936, devant la Faculté de pharmacie de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — (A titre posthume,) M. le docteur Taubmann (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Louis Guyot (de Paris) et Diez (de Neufchâteau).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Mlle le docteur Jacob, reçue au concours de médecin des asiles de 1934, est nommée médecin chef de service à l'asile public d'aliénés d'Alençon (Orne).

M. le docteur Thuillier, médecin chef à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) est nommé médecin chef à l'asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de Calais).

Un poste de médecin chef de service (poste créé) est vacant à l'asile public d'aliénés de la Roche-sur-Yon (Vendée).

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord), par suite de la mise en congé de M. le docteur d'Heucqueville.

CONCOURS DE MÉDECINS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un concours pour neuf emplois de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de la Santé publique et de l'Education physique, le lundi 27 avril 1936.

Les candidats adresseront à la direction du personnel, de la comptabilité et des habitations à bon marché (1er bureau), pour le vendredi 27 mars au plus tard, les pièces suivantes : leur acte de naissance, leur diplôme de docteur en médecine, leurs états de service, un exposé de leurs titres, un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, les pièces établissant leur stage, les pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ. (Professeur : M. F. RATHERY.) — Une série de conférences sur les « Thérapeutiques nouvelles » seront faites à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, le dimanche, à 10 h. 30, à partir du 8 mars 1936.

Ces conférences sont libres et sont particulièrement destinées aux médecins praticiens.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Nobécourt commencera le cours de clinique médicale des Enfants, à l'hôpital des Enfants-Malades, le lundi 2 mars 1936, à 9 h.

Société française d'Ophtalmologie. — La Société française d'Ophtalmologie célébrera son XLIXe Congrès, à Paris, à la Maison de la Chimie, Centre Marcellin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, du lundi 11 mai au jeudi 14 mai 1936.

Le rapport d'usage sera présenté par M. Edward Hartmann, sur : « La Radiographie en Ophtalmologie ». Il sera accompagné de la publication d'un atlas in-4°, de 300 figures (Masson et Cie).

Le Congrès coïncidera, cette année, avec l'assemblée de l'Association Internationale de Prophylaxie de la Cécité, et celle de la Ligue Internationale contre le Trachome.

Comme chaque année, des démonstrations cliniques et de laboratoire seront organisées dans les hôpitaux.

Une exposition d'instruments d'optique, de chirurgie oculaire, de produits pharmaceutiques, sera ouverte, à côté de la salle du Congrès. On y trouvera également une exposition de livres, neufs et d'occasion, relatifs à l'ophtalmologie.

La promenade traditionnelle aura lieu le mardi 12 mai, à Courance, Dammarie-aux-Lys, Sainte-Assise.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (7e).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

AGRÉGATION

M. Jules Uhry, député, demande à M. le ministre de l'éducation nationale si le nouveau règlement du concours de l'agrégation de la faculté de médecine comporte pour les candidats une limitation du nombre des concours. (Question du 21 janvier 1936.)

Réponse. — Réponse négative. (*J. O.*, 7 février 1936.)

IMPÔT SUR LE REVENU

M. de La Myre-Mory, député, demande à M. le ministre des finances si un contribuable, astreint à l'impôt sur le revenu, peut défalquer de ses revenus tout ou partie des primes annuelles payées par lui pour une assurance-vie ; si ce droit à défalcation implique, dans la police, une clause spécifiant que le bénéficiaire doit toucher une retraite ou un capital, ou une clause admettant l'option, à tout moment, entre ces deux formes de contrat ; si, par analogie avec les dispositions admises en faveur des fonctionnaires, la défalcation serait une somme fixe forfaitaire ou serait calculée d'après un pourcentage appliqué au revenu et quel pourcentage. (Question du 10 décembre 1935.)

Réponse. — La déduction des primes versées en vertu d'un contrat d'assurance-vie n'est admise, en matière d'impôts sur les revenus, que pour la détermination du montant net des émoluments relevant de la cédule des traitements et salaires. En outre, elle est subordonnée à la condition que les versements soient affectés à la constitution d'une pension ou d'une retraite à capital aliéné, à l'exclusion de toute autre combinaison, et elle est limitée à 6 p 100 du montant brut des appointements, sans pouvoir excéder 10.000 fr. (code général des impôts directs, art. 64). (*J. O.*, 7 février 1936.)

RENSEIGNEMENTS

MAISON DE SANTÉ MÉDICALE des environs de Paris demande étudiant en médecine français ayant terminé ses stages pour internat. Fin mars. — S'adr. aux bureaux du Journal.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL? PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

L'ACIDE CARBONIQUE ALVÉOLAIRE CHEZ LES CARDIAQUES DÉCOMPENSÉS[1]

Par MM. BROUSTET, SERVANTIE et H. VITAL.

Travail du service de M. le professeur MAURIAC (de Bordeaux).

D'autres facteurs encore peuvent troubler les manifestations régulières de l'Acidose cardiaque.

L'observation VI nous en fournit un exemple.

OBS. VI. — *Myocardite sénile. Hyposystolie.* — Etienne D..., 75 ans, charbonnier en forêt.

Entré le 11 avril 1934 dans le service du Professeur Dupérié.

Début de la maladie en 1931. A cette date, cet homme, qui n'avait jamais été malade, fit une première décompensation avec une crise d'asthme cardiaque, puis des œdèmes des membres inférieurs, un gros foie douloureux. Au bout de trois mois de repos, il put reprendre ses occupations, conservant cependant une légère dyspnée d'effort. En février 1934, nouvelle décompensation avec œdèmes, oligurie. Dyspnée de décubitus, obligeant le sujet à passer ses nuits dans un fauteuil. Entre à l'hôpital.

Ni syphilis, ni rhumatisme articulaire dans les antécédents.

Examen le 13 avril 1934.

Cœur : pointe au 6e espace.

Pas de souffles orificiels à l'auscultation. Bruits assourdis.

T. A. : Mx 10 1/2, Mn 8, 1°1.

Œdème des membres inférieurs. Gros foie douloureux.

Appareil respiratoire : Thorax globuleux. Elargissement des espaces intercostaux. Râles de stase aux bases.

B. W. 0.

Le 12 avril le malade prend 0 gr. 20 de poudre de feuilles de digitale et cette dose est répétée pendant 4 jours.

Premier dosage le 16 avril.

Pouls à 60, très irrégulier. Respiration 24.

CO^2 alvéolaire 5,2

Le 17, gêne subite de la parole, nausées.

A l'examen, paralysie du facial inférieur gauche respectant le facial supérieur.

Légère parésie du bras gauche.

Dysarthrie.

Deuxième dosage le 18 avril.

Pouls 78, irrégulier. Respiration 24.

CO^2 alvéolaire 4,3

Troisième dosage le 20 avril.

T. A. : Mx 12, Mn 7, 1°2 1/2.

Respiration 24. Pouls 79.

CO^2 alvéolaire 4,1

La dysarthrie commence à régresser.

Quatrième dosage le 22 avril.

Malade en état d'euphorie demande à quitter l'hôpital.

Dysarthrie et déviation de la commissure labiale ont presque disparu.

Pouls 64. Respiration 22.

CO^2 alvéolaire 5,1

Cinquième dosage 1er mai 1934.

Bruits au cœur bien frappé. Le malade vient de terminer une cure d'ouabaïne au 4/1000e *per os*, à la dose de XX gouttes pendant trois jours.

Pouls 66. Respiration 24.

CO^2 alvéolaire 5,2

Le malade quitte l'hôpital.

Nous trouvons là une cause d'erreur que nous avons déjà annoncée, et qui tient à la mauvaise récolte de l'air alvéolaire. Cette manœuvre nécessite la parfaite collaboration du sujet ; encore faut-il que cette collaboration lui soit possible. Une paralysie faciale est un obstacle à la brusquerie de l'expiration, et entraîne, de ce fait, un mélange d'air alvéolaire et d'air bronchique : d'où abaissement factice du CO^2.

Mais en somme, ce résultat discordant n'a, si l'on peut dire, qu'une cause purement mécanique, extérieure.

Il n'en est point ainsi dans l'observation VII où la récolte de l'air alvéolaire a certainement été faite dans de très bonnes conditions.

OBS. VII. — *Maladie mitrale. Emphysème.* — Raymond V..., 49 ans, manœuvre.

Entre le 20 avril 1934 dans le service du professeur Mauriac, pour hyposystolie.

Les premiers troubles perçus par le malade datent de 1931 : dyspnée d'effort et douleurs thoraciques à type constrictif.

En février 1933, épisode pulmonaire étiqueté « congestion ».

Pas de point de côté brutal, mais toux et expectoration sanglante. Reste au lit dix jours, avec une température très légère. Au bout de deux mois reprend son travail, mais constate une augmentation de la gêne respiratoire. Léger œdème des membres inférieurs le soir.

Enfin, au début de 1934, deux mois environ avant son entrée dans le service, cet homme est obligé de cesser tout travail tant sa gêne respiratoire est intense. L'œdème des membres inférieurs a notablement augmenté, s'étendant parfois à la face et aux bras. On note également une douleur sourde dans l'hypocondre droit.

A l'âge de 20 ans, ce malade a présenté une poussée rhumatismale fruste, n'ayant duré qu'un jour, atteignant les poignets et les chevilles avec un léger gonflement et douleur exquise.

Marié. Onze enfants vivants.

B. W. négatif.

Examen le 22 avril 1934. Sujet demi-assis sur son lit. Dyspnéique. Cyanose des lèvres et des pommettes. Forte cyanose des mains. Léger sub-ictère.

Cœur : choc apexien vibrant au sixième espace, en dehors de la ligne mamelonnaire. Rythme régulier tant à l'auscultation du cœur, qu'à la palpation de la radiale.

A l'auscultation : souffle légèrement présystolique, et couvrant toute la systole à la pointe. Il se propage dans l'aisselle.

Le deuxième bruit est claqué à la base.

T. A. : Mx 21, Mn 10, 1°6.

Le foie, légèrement douloureux, déborde de trois doigts le rebord costal.

Œdème des membres inférieurs, et râles de stase aux bases pulmonaires.

Thorax volumineux. Espaces intercostaux élargis, amplification thoracique diminuée.

Traitement. Repos absolu au lit. Réduction des liquides. Ventouses scarifiées aux bases pulmonaires et sangsues sur le foie.

Digitaline : LXX gouttes du 20 au 25 avril.

Premier dosage d'air alvéolaire le 22 avril. Le malade amorce sa crise urinaire : 1.300 cc.

Pouls 80, régulier. Respiration 30.

CO^2 alvéolaire 5,6

Deuxième dosage le 25 avril.

La diurèse monte à 4.400 cc. Œdème et stase. Respiration 28.

CO^2 alvéolaire 5,8

Troisième dosage le 27 avril.

Pouls 100, légèrement arythmique. Respiration 32. Quelques râles aux bases.

CO^2 alvéolaire 5,6

Quatrième dosage le 29 avril.

Pouls 9. Respiration 30.

CO^2 alvéolaire 5,8

On commence une cure de solubaïne, à la dose de 4 gouttes par jour.

Le malade reste dyspnéique et cyanosé.

Cinquième dosage le 2 mai.

Pouls 86. Respiration 27.

CO^2 alvéolaire 5,4

Sixième dosage le 7 mai. Le malade, qui a pris en tout 300 gouttes de solubaïne, voit sa courbe urinaire monter à 3.000 cc. Légère cyanose et dyspnée persistante.

Pouls 96. Respiration 27.

CO^2 alvéolaire 5,9

Septième dosage le 14 mai. Œdème discret des membres inférieurs. Cyanose. Nouvelle cure de digitale.

CO^2 alvéolaire 5,5

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 15, p. 243.

Huitième dosage le 18 mai. Les signes d'auscultation persistent, mais œdème et cyanose ont régressé.

Pouls 95. Respiration 27.

CO^2 alvéolaire ....

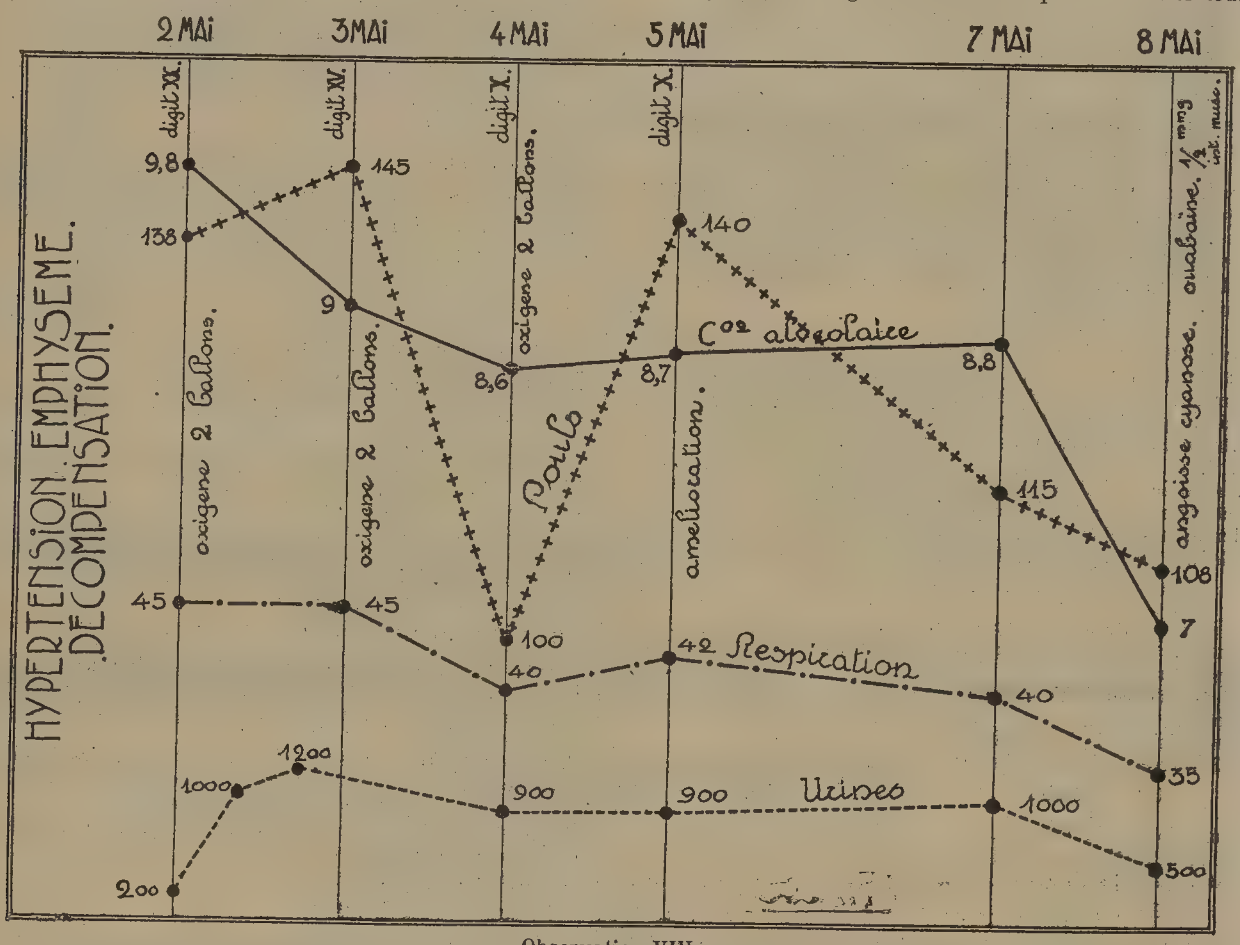
Ainsi, chez ce sujet, dont l'insuffisance cardiaque, manifeste, s'améliore sous l'action des tonicardiaques, le taux du CO^2 se maintient, quel que soit l'état du malade, remarquablement constant à 5,6-5,5, ...chiffres au-dessus de la normale. Mais nous avons noté que ce malade, pléthorique, a un thorax rigide, incapable de toute ampliation, et qui limite très sensiblement les possibilités de surventilation. Par conséquent, quel que soit l'état du cœur et de la circulation, le taux du CO^2 alvéolaire reste sous la dépendance seule de la ventilation pulmonaire.

C'est par des phénomènes du même ordre qu'il faut expliquer l'observation VIII.

OBS. VIII. — *Hypertension. Asystolie.* — L..., 60 ans, courtier en vins.

Entré le 1er mai 1934 dans le service du professeur Mauriac.

Il y a trois mois s'installèrent pour la première fois de la dyspnée d'effort, et des crises d'étouffement nocturne. Puis la gêne du sujet alla en augmentant si bien qu'il dut cesser tout travail.



Observation VIII.

Finalement, des œdèmes apparaissent, et le sujet, très fatigué, entre à l'hôpital.

Pas d'antécédents rhumatismaux, mais syphilis contractée en 1914, non traitée.

Examen le 2 mai 1934. Aspect cyanosé et angoissé. Visage couvert de sueurs. Battements tumultueux des jugulaires.

Pouls à 140, très irrégulier.

Cœur : pointe au sixième espace. Auscultation très difficile du fait de la tachyarythmie et de l'énorme encombrement pulmonaire.

T. A. : Mx 12, Mn 9, I°3.

Les poumons sont remplis d'œdème de stase, les gargouillements, provoqués par la respiration, s'entendent à distance. Il n'y a pas d'expectoration. La respiration est à 40, très pénible.

Les membres inférieurs montrent un gros œdème, qui remonte jusqu'aux épines iliaques. Le foie déborde de deux travers de doigt les fausses côtes.

Premier dosage de gaz alvéolaires.

Pouls 145, très irrégulier. Respiration 45.

CO^2 alvéolaire 9,8
O^2 alvéolaire 10,4

Traitement : Digitaline XX gouttes; oxygène : deux ballons en raison de la faible teneur de l'air alvéolaire en O^2.

Les urines sont rares, très foncées. Albumine 1 gr. 80, pas de cylindres.

Le 3 mai 1934. Malade toujours très fatigué, mais il semble que l'encombrement pulmonaire ait légèrement diminué.

Pouls 145, arythmique. Respiration 45.

CO^2 alvéolaire 9
O^2 alvéolaire 10,6

Digitaline : XX gouttes et oxygène en inhalations.

Le 4 mai : Urines passent de 200 cc. à 1.000 cc. Cyanose et stase pulmonaire en légère diminution.

Pouls 100, très irrégulier. Respiration 40.

T. A. : Mx 19, Mn 9, I°3 1/2.

CO^2 alvéolaire 8,6
O^2 alvéolaire 12,5

Digitaline : XV gouttes. Oxygène.

Le 5 mai. Urines 1.200 cc. Les œdèmes des membres inférieurs diminuent; le malade se trouve mieux. Cependant : Pouls 140. Respiration 42.

CO^2 alvéolaire 8,7
O^2 alvéolaire 13,2

Digitaline : XV gouttes.

Le 7 mai. Pouls irrégulier. Respiration 40.

T. A. : Mx 19, Mn 8 1/2, I° 2 1/2.

CO^2 alvéolaire 8,8
O^2 alvéolaire 10

Le 8 mai. Angoisse. Cyanose. Œdèmes des membres inférieurs réaugmentent.

Pouls 108, très irrégulier. Respiration 35, très pénible, allure de Cheyne-Stokes.

T. A. : Mx 17, Mn 9, 1° 2 1/2.

CO^2 alvéolaire	7
O^2 alvéolaire	12,5

Ouabaïne : 1/2 milligramme intra-musculaire.
Le malade toujours très fatigué est emporté par sa famille.

Le CO^2 alvéolaire est, chez ce malade, extrêmement élevé, à 9,8. Ajoutons à cette notion celle d'une teneur en oxygène alvéolaire de 10,4 seulement. L'administration de tonicardiaques, suivie d'effets plutôt favorables, abaisse le taux du CO^2 alvéolaire, au lieu d'en entraîner l'ascension. L'amélioration du sujet s'accompagne d'une baisse du CO^2, qui va s'équilibrer à 8,6, chiffre encore sensiblement élevé.

Quelques jours plus tard, les troubles cardiaques s'aggravent sensiblement. Cette fois, le CO^2, conformément à la règle classique, s'abaisse.

Il nous paraît difficile d'interpréter cette observation sans invoquer la stase pulmonaire importante présentée par le malade. Nous avons signalé l'encombrement pulmonaire considérable de ce sujet. La surface utile de ses poumons était à coup sûr, de ce fait, considérablement réduite, et, partant, sa capacité vitale. Or la quantité de l'air courant est directement fonction de cette capacité vitale. A la diminution de celle-ci correspond la réduction sensible de celle-là, et, par suite d'une ventilation très réduite. D'où accumulation du CO^2 dans l'alvéole pulmonaire ; d'où l'effet paradoxal des toni-cardiaques diminuant le taux de ce CO^2. En effet, ils n'agissent pas seulement sur la stase périphérique — facteur de l'acidose — ils agissent aussi sur la stase pulmonaire, et, la réduisant, augmentent le champ de l'hématose, la capacité vitale, et partant abaissent le CO^2 alvéolaire.

Par la suite, lors d'une nouvelle crise d'insuffisance, la ventilation pulmonaire devenue et restée meilleure, a permis la manifestation du signe classique : l'abaissement, cette fois, du CO^2 alvéolaire.

Constance de l'acidose cardiaque. — De l'ensemble des observations que nous avons étudiées, et dont nous ne rapportons pas la totalité pour éviter des redites, la réalité de l'acidose cardiaque se dégage très nettement. Elle existe chez la majorité des cardiaques.

L'étude des sujets chez lesquels elle fait défaut est fort instructive et permet sans doute de pénétrer plus avant dans le mécanisme de production.

Parfois, elle semble modifiée du fait de l'adjonction d'une acidose d'une autre origine — dans le cas particulier de l'observation 2, d'une acidose rénale.

Nous ne nous arrêtons pas sur les mauvaises conditions de récolte de l'air alvéolaire qui peuvent modifier les résultats trouvés dans un cas particulier, mais n'entachent en rien la méthode.

Ce sont surtout les faits recueillis dans nos deux dernières observations qui méritent examen et réflexion. Le CO^2 alvéolaire, bien loin d'être diminué, est augmenté.

On ne saurait trouver d'autre explication que la mauvaise ventilation pulmonaire, qui empêche une élimination suffisante de CO^2 et, partant, laisse monter le taux du CO^2 alvéolaire. Cette mauvaise ventilation pulmonaire peut être le fait de lésions pulmonaires indépendantes de l'insuffisance cardiaque : la rigidité thoracique de certains emphysémateux réalisera au mieux ces conditions.

Dans d'autres cas, la mauvaise ventilation est l'effet direct de l'asystolie qui, en raison d'œdème pulmonaire subaigu, d'hydrothorax, réduira sensiblement le champ de l'hématose. Dans ces conditions, on peut dire que le cœur lui-même empêchera la réalisation de l'acidose qu'il tend à provoquer.

Ainsi, la constance de l'acidose cardiaque — ou pour nous en tenir au point par lequel nous l'abordons, la notion de l'abaissement du CO^2 alvéolaire comporte quelques restrictions. Il n'aura son expression parfaite que chez un cardiaque pur, chez lequel n'existera aucune perturbation profonde de la fonction respiratoire ou rénale.

Ces conditions ne sont d'ailleurs pas très souvent réalisées, et si l'on ne choisit pas les cas, il est certain que la proportion des cardiaques, chez lesquels on trouvera l'acidose, peut n'être pas très élevée : cette inconstance n'exclut pas la réalité du phénomène.

Mécanisme de l'abaissement du CO^2 alvéolaire. — L'abaissement du CO^2 alvéolaire du cardiaque est une conséquence de son acidose ; quel est donc la mécanique de l'acidose chez le cardiaque ? Nous avons déjà, au début de cet article, abordé dans ses grandes lignes le chapitre pathogénique. Il n'est pas mauvais que nous le reprenions en utilisant les données fournies par nos observations.

La première hypothèse qui vient à l'esprit est d'imputer l'acidose à la formation exagérée d'acide lactique chez les malades en cours d'asystolie. Mais cette hypothèse n'explique pas que, chez un même malade, puisse exister une alcalose du sang artériel, une acidose du sang veineux. Ou elle n'expliquerait le phénomène que si l'acide lactique était formé à la périphérie, au niveau des zones de stase. Or, dans des expériences de stase provoquée, Dautrebande n'a pas constaté d'augmentation importante de la lactacidémie.

Aussi explique-t-il cette acidose par le seul mécanisme de la stase périphérique faisant fuir dans les tissus une quantité importante de plasma très fortement chargé en bicarbonates. D'après cette hypothèse, l'abaissement du CO^2 alvéolaire devrait tenir à la stase périphérique et être directement proportionné à celle-ci. Or, si nous parcourons nos observations, nous voyons en effet que la presque totalité des malades dont le CO^2 est abaissé, ont des œdèmes, et présentent indiscutablement de la stase périphérique. Cette explication conduit à se demander pourquoi l'abaissement du CO^2 alvéolaire n'accompagne pas tous les états de stase, qu'ils soient de cause cardiaque, rénale ou hépatique. Dans tous les cas, il y a spoliation d'un plasma qui peut être plus ou moins riche en bicarbonates. En fait, l'acidose tient non seulement à la stase elle-même, mais à sa cause, qui est ici le ralentissement circulatoire. Celui-ci entraîne en effet, au niveau des zones en stases, une grosse accumulation de CO^2, d'origine tissulaire ; et, d'autre part, le sang perdant du plasma perd une forte proportion des bicarbonates qu'il contient. Ainsi toutes les conditions sont réalisées pour provoquer l'acidose du sang veineux.

L'acidité du sang entretient une excitation du centre respiratoire, qui, augmentant par polypnée la ventilation pulmonaire, maintient à un taux assez bas le CO^2 alvéolaire. Nous avons longuement insisté d'ailleurs sur l'intégrité nécessaire de l'appareil respiratoire.

Tel est donc le mécanisme actuellement invoqué par Dautrebande pour expliquer l'acidose cardiaque. Cette explication est évidemment très séduisante et renforcée par toute l'autorité qui s'attache à son auteur. Elle comporte, toutefois, nous l'avons déjà dit, la lacune de ne pas expliquer comment, au niveau du poumon, le sang veineux acide redevient alcalin. D'autre part, il nous paraîtrait intéressant d'étudier systématiquement le CO^2 et la lactacidémie, pour trancher définitivement la question des relations possibles de ces deux anomalies.

Valeur de la notion d'acidose cardiaque et de modifications du CO^2 alvéolaire des cardiaques. — Il est superflu d'insister sur l'intérêt doctrinal des acidoses; et rien de ce qui peut permettre d'en mieux pénétrer le mécanisme et la séméiologie ne doit rester indifférent.

Mais, en dehors de ces notions spéculatives, la connaissance du CO^2 alvéolaire est-elle de nature à faciliter le diagnostic et le traitement des cardiopathies ? Peut-on adopter la formule de Dautrebande :

« Il y a donc intérêt, semble-t-il, pour les cliniciens, à condition qu'ils ne se contentent pas d'une seule détermination, à faire chez les cardiaques l'étude systématique de l'air alvéolaire.

« S'ils connaissent celui-ci à l'état normal, ils auront pendant la maladie une estimation physiologique du degré de la décompensation. S'ils connaissent le CO^2 à l'acmé de la défaillance cardiaque, ils pourront suivre au jour le jour, surtout après la disparition des signes cliniques habituels d'insuffisance cardiaque, la recompensation. Enfin la répétition des examens d'air alvéolaire leur dira après cessation de toute médication si le myocarde garde toute sa valeur. »

Ces conclusions optimistes sont confirmées par plusieurs observations rapportées par Dautrebande, où, plus précise que les signes cliniques, la mesure du CO^2 alvéolaire fut le meilleur guide de la thérapeutique et de la digitalisation. Il est possible, en effet, que, dans certains cas, la mesure du CO^2 donne des résultat plus fins que l'examen clinique, révèle une stase circulatoire que ni l'œdème, ni la dyspnée n'affirmaient encore.

Dans la règle, toutefois, il y a une concordance remarquable entre les signes cliniques et le taux du CO^2. La connaissance de ces derniers vient donner la signature physio-pathologique d'un état que nous constatons nettement par nos procédés cliniques.

Ce n'est donc point dans un but immédiat de diagnostic et de thérapeutique qu'il faut poursuivre pareilles études, dont nous avons montré tout ce qu'elles ont encore d'incomplet, mais bien dans le dessein de pénétrer aussi loin que possible dans le mécanisme intime des grands syndromes (1).

(1) Nous renvoyons pour la bibliographie à H. Vital. Contribution à l'étude du CO^2 alvéolaire chez les cardiaques décompensés. *Th. Méd.*, Bordeaux, 1934.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LE RÉGIME DANS LA DYSPEPSIE DES FARINEUX [1]

Par M. L. BABONNEIX
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

(**Syn.** : *diarrhée des féculents*, V. Hutinel ; *dyspepsie fermentative* de Schmidt et Strasburger.)

§ I. — Pour le Prof. Marfan, la suppression de la farine, complète ou incomplète, brusque ou progressive, s'impose d'abord. L'enfant est-il âgé de moins de six mois, on le remettra au sein, ou, si la chose n'est pas possible, au lait de vache convenablement coupé. Mais il arrive souvent que celui-ci soit à l'origine des accidents : on lui substituera alors un lait modifié : babeurre, lait sec, képhyr ; après six mois, viande crue (Weise, de Pétrograd, 1845, Trousseau).

Pour la préparer, prendre du maigre de bœuf ou de mouton, en faire une sorte de hachis que l'on met dans un mortier et que l'on réduit, à l'aide d'un pilon, en une masse très fine, qu'on foule dans une passoire à trous fins, dont on raclera ensuite la face externe, de manière à obtenir une véritable purée de viande. Les enfants la refusent-ils, on fait alors, avec la viande hachée ou pulpée, de petites boulettes, mélangées de sucre, de sel, de confitures, ou de conserve de rose. On peut aussi la faire prendre dans du bouillon, ou même dans du chocolat à l'eau.

Commencer par 20 gr. en 2 fois, doubler la dose le lendemain et aller jusqu'à 100. La présence, dans les selles, de morceaux non digérés ne doit pas faire interrompre la médication, à moins qu'elle ne persiste et qu'il ne s'y ajoute une fétidité extrême des matières.

Les petits malades digérant assez bien les sucres, on peut ajouter au lait de la saccharose, et, plus tard, leur faire absorber des gelées et des confitures. « C'est ainsi qu'on peut constituer le régime d'un enfant de 18 mois avec de la viande crue, des gelées, des confitures, particulièrement de la gelée de coing ou de la gelée de myrtilles, qui sont astringentes et antidiarrhéiques. »

Le retour aux farineux, toujours malaisé, sera différé d'autant plus que l'enfant est plus jeune ; on devra toujours y procéder avec prudence, en ajoutant d'abord au lait des bouillies à la farine lactée ou des bouillies maltosées (100 à 150 gr. par jour). Ultérieurement, on augmentera la quantité des bouillies, puis on donnera un potage contenant une cuillerée à café de farine cuite très longtemps. Les médicaments antidiarrhéiques, comme l'extrait de malt cristallisé, trouvent également leur place à cette période.

§ II. — M. R. Mathieu fait justement observer que la question est complexe, car, dans l'affection envisagée, il faut faire jouer un rôle non seulement à la dyspepsie des farineux proprement dits, mais encore :

a) A des *phénomènes de carence* : en effet, 1° l'albumine des céréales ne contient pas tous les amino-acides indispensables à la croissance ; 2° le mode de préparation de ces aliments les a privés de la plupart de leurs vitamines ; 3° ils ne contiennent pas de graisse ; 4° ils sont très pauvres en sels basiques de Ca, K et Na ;

b) Au *déséquilibre alimentaire* constitué par la disproportion entre l'albumine et l'amidon, celui-ci très abondant par rapport à celle-là.

Pour cet auteur, il convient de distinguer deux cas.

Au cours du premier mois, l'idéal est de substituer le *lait de femme* aux farineux, mais à une condition : faire preuve de patience, étant donné que, pendant une période plus

(1) A.-B. Marfan, *Les affections des voies digestives et les états de dénutrition dans la première enfance.* Paris, 1930, 2e édition, in-8°, p. 332-334. — R. Mathieu, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, section *Pédiatrie*. Paris, 1934, in-4°, 4047, p. 1,

ou moins longue, l'état de l'enfant paraît s'aggraver : il maigrit, son poids reste stationnaire, les infections trouvent chez lui un terrain tout préparé. Persiste-t-on dans le régime prescrit, la guérison finit par survenir (Czerny). Est-il impossible de se procurer du lait de femme, on s'adressera au babeurre sucré et additionné de beurre (P. Nobécourt).

Après le sevrage, il faudra :

1. *Supprimer les farineux aussi complètement que possible* (V. Hutinel) ;

2. *Les remplacer par un des aliments suivants :*

a) *Viande de mouton crue*, pulpée et additionnée de gelée de framboise, en commençant par une dose quotidienne de 20 gr. qu'on augmente, chaque jour, de 2 gr., jusqu'à ce que l'on arrive à 30 gr., et dont on aidera la digestion en administrant aux petits malades, avant chacun des deux repas de viande, une cuillerée à soupe de la limonade suivante :

Acide chlorhydrique officinal	0 gr. 40
Sirop de limon	50 gr.
Eau	200 gr.

(V. HUTINEL.)

Les selles ne tardent pas à devenir fétides : lorsque ce caractère s'accuse par trop, on remplacera la viande crue par du blanc de poulet ou du jambon.

Est-elle mal tolérée, on donne à sa place de la gelée ou du suc de viande, ou du poisson maigre bouilli.

Existe-t-il de la colite, la tolérance pour les protides étant limitée, il faut, dès que possible, réintroduire les glucides dans l'alimentation, en commençant par les pâtes et, si elles sont bien tolérées, en essayant ultérieurement la purée de pommes de terre ;

b) *Farine de tournesol et de soja*, auxquelles on ajoutera les *vitamines* nécessaires, et qu'on peut prescrire dès le troisième mois ;

c) *Beurre frais*, en petite quantité ;

d) *Képhyr*, à titre complémentaire.

§ III. — Rien de plus judicieux que les conseils précédents, que nous ne pouvons qu'approuver en tous points. Nous aussi, nous commençons par supprimer les farineux, cause de tout le mal, et nous tâchons, selon les circonstances, de les remplacer, chez les nourrissons tout jeunes, par du lait de femme, du lait d'ânesse, ou du lait modifié, dont, surtout, le babeurre ; chez les nourrissons plus âgés, par de la viande crue, dont, à l'exemple du prof. Hutinel, nous nous servons systématiquement. N'est-elle pas tolérée, malgré tous les artifices employés, nous lui substituons un lait modifié, et nous veillons soigneusement à ce que, d'une part, le régime soit bien équilibré, et que, de l'autre, il contienne toutes les vitamines nécessaires.

Guide fiscal des médecins, des dentistes et des pharmaciens (1), par MM. Léon JANTET, inspecteur principal honoraire des Contributions directes ; Gustave FAGE, directeur honoraire de l'Enregistrement, et Camille PALOMÈRE, directeur honoraire des Contributions indirectes.

Cet ouvrage est conçu spécialement pour les médecins et les dentistes, ainsi que pour les pharmaciens et les fabricants de spécialités pharmaceutiques. Ils y trouveront un exposé pratique, non seulement de leurs impôts strictement professionnels, mais encore de ceux qu'ils doivent généralement comme conséquence de leur profession ou à titre de contribuables ordinaires.

L. G.

(1) In-8 carré (14×23) de 160 pages. — Prix : broché, 18 fr. ; franco : régime intérieur (France, Algérie, etc.), 18 fr. 75 ; étranger, union postale, 20 fr. ; autres pays, 21 fr. — Paris, Marcel Vigné.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1936)

Sur un nouveau milieu de culture pour la production de la toxine staphylococcique. — MM. G. RAMON, A. BERTHELOT et Mlle G. AMOUREUX.

Vaccination antiexanthématique dans un foyer tunisien de typhus ; arrêt immédiat d'une épidémie sévère. — MM. J. LAIGRET, R. DURAND et J. BELFORT.

Etude chimique du muscle prélevé par biopsie dans la myopathie. — MM. Robert DEBRÉ, Julien MARIE et D. NACHMANSOHN.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1936)

Colectomie pour cancer. — M. MÉTIVET approuve entièrement la technique récemment préconisée par M. R. Bernard, et défend l'iléostomie dans le traitement de l'occlusion.

A propos des hernies monstrueuses. — M. CADENAT juge que des hernies à mi-cuisse peuvent être opérées très simplement si l'on veut bien utiliser l'anesthésie rachidienne, opérer en position de Trendelembourg, et se résoudre à ne pas faire l'ablation du sac.

Rétention de boutons anastomotiques. — M. A. RICHARD a vu éliminer un bouton 4 ans après sa mise en place.

M. GOSSET utilise sans aucun ennui le bouton de Murphy, mais exclusivement dans les anastomoses iléo-coliques.

M. LARDENNOIS juge aussi le Jaboulay très inférieur au Murphy.

M. DESPLAS se déclare enchanté du bouton de Jaboulay, mais reconnaît qu'un entraînement est nécessaire pour arriver à le bien mettre en place.

Diverticules duodénaux. — M. LARDENNOIS en rapporte 4 observations dues à M. Baranger ; trois siégeaient anormalement sur la quatrième portion du duodénum et le quatrième sur la troisième. Dans un cas, un ulcus duodéno-pylorique était associé au diverticule.

Corps étranger appendiculaire. — M. J. BERGER rapporte une observation de MM. Valdes (Manille), Rondet et Belot (Marine), où un corps étranger plus volumineux qu'une amande fut toléré 6 mois.

Luxation temporo-maxillaire habituelle. — M. MÉNÉGAUX présente un travail de M. Contiadès (Athènes) sur un cas de luxation de la mâchoire guérie par méniscopexie. L'auteur envisage les innombrables procédés qui ont été décrits et montre qu'à son avis on a le choix entre la méniscopexie et les butées.

Traitement de la gangrène sénile. — M. MÉTIVET discute du niveau d'amputation ; il montre à ce sujet l'importance capitale de la nécrobiose musculaire aseptique et estime que la douleur spontanée et provoquée en est un excellent symptôme.

M. ARROU craint chez de tels malades l'amputation de cuisse et propose de faire la désarticulation du genou ; on verra plus tard à mieux faire si c'est possible.

Etat du canal de Wirsung dans les pancréatites aiguës. — M. MOULONGUET a constaté, après cholécystostomie, un certain degré de dilatation du canal de Wirsung.

Asystolie et thyroïdectomie. — — MM. WELTI, BARRAYA et FACQUET insistent sur ce qu'il faut ajouter l'endocardite infectieuse subaiguë aux contre-indications classiques : aortite syphilitique, asystolie désespérée, grands hypertendus avec néphro-sclérose, rhumatisme évolutif et métabolisme abaissé.

M. MATHIEU présente un nouvel appareil destiné à permettre l'enclouage du col du fémur, sans arthrotomie et avec le maximum de sécurité.

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1936)

Maladie de Buerger. Guérison datant d'un an après artériectomie. — M. GRÉGOIRE rapporte cette observation de M. Déjardin (Bruxelles) qui a guéri son malade par artériectomie de la cubitale, pour une maladie de Buerger ayant entraîné il y a deux ans une amputation de cuisse.

L'anatoxine staphylococcique en chirurgie. — M. SAUVÉ a employé l'anatoxine de Ramon dans 25 cas. Il a obtenu, dans l'ensemble, des résultats satisfaisants en utilisation préventive, et des résultats contradictoires du point de vue curatif. Mais il est permis maintenant d'espérer avoir un jour un sérum antistaphylococcique.

A propos de l'anatoxine staphylococcique. — M. LEVEUF rapporte les résultats de ses recherches. Il en résulte que l'injection d'anatoxine augmente dans des proportions parfois énormes le taux des unités antitoxiques du sérum, mais que la marche de l'ostéomyélite ne semble pas être grandement influencée.

M. SORREL se déclare satisfait de l'usage de l'électrocuprol.

M. OMBRÉDANNE n'a pas l'impression que l'anatoxine modifie beaucoup l'évolution de l'ostéomyélite aiguë. Il devient de plus en plus partisan de l'opération tardive, surtout en ce qui concerne l'ostéomyélite de la hanche.

M. René BLOCH signale un cas de mort après injection d'anatoxine.

M. MATHIEU et M. SORREL partagent la manière de voir de M. Ombrédanne.

Prolapsus rectal. — M. BARRET a guéri son malade par colopexie et cerclage de l'anus, et la guérison se maintient depuis trois ans.

Ulcère jéjunal post-gastroentrostomique. — M. DECKER (de Lausanne) qui a eu l'occasion d'opérer quatre cas d'ulcère peptique, estime que la sténose pylorique est un facteur important dans la genèse de l'ulcère peptique.

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1936)

La séance annuelle de l'Académie est présidée par M. Louis Marin, ministre d'Etat.

Après une brève allocution de M. Fredet, Président sortant, M. Moure fait le bilan des travaux de l'Académie pendant l'année 1935, en insistant sur les grandes questions mises successivement à l'ordre du jour.

Puis M. Louis Bazy prononce l'éloge de M. Eugène Rochard et rend un hommage particulièrement émouvant à sa cousine, Mme la Maréchale Foch, qui assiste à la séance.

(On trouvera l'éloge de M. Rochard par M. Louis Bazy dans la *Gazette des Hôpitaux* du 5 février 1936.)

Enfin M. Louis Marin se félicite de la résurrection de l'Académie de Chirurgie, et tient à témoigner de son admiration pour les chirurgiens, hommes d'action avant tout, et pour leurs travaux qui font l'honneur de la chirurgie française.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1935)

Sur les effets des injections intraveineuses chez le lapin de variantes S des bacilles tuberculeux tués par chauffage. — M. F. van DEINSE a injecté par voie veineuse à des lapins des variantes S de bacilles tuberculeux tués par chauffage ; en répétant ces injections tous les cinq jours, on provoque à la 6e ou 8e injection, la mort des lapins par shock. Les lésions ressemblent d'une manière frappante à celles qu'on trouve chez les lapins morts d'une tuberculose du type Yersin, après inoculation de doses massives de bacilles aviaires vivants.

Accroissement de l'état allergique et titrage de la sensibilité tuberculinique conférés au cobaye par l'inoculation sous-cutanée de bacilles tuberculeux morts enrobés dans de l'huile de vaseline. — M. A. SAENZ. L'enrobage des bacilles morts dans l'huile de vaseline produit un accroissement du pouvoir allergique qui se manifeste par un raccourcissement de la période anté-allergique et par une augmentation de l'intensité de la réaction.

La dispersion du bacille de Koch dans la primo- et surinfection des cobayes inoculés par voie intraganglionnaire selon la méthode de Ninni. — MM. C. BACANU et F. PEZZANGORA, étudiant la diffusion du bacille de Koch inoculé dans les ganglions cervicaux selon la méthode de Ninni, ont constaté que chez les cobayes surinfectés, il existe : 1° un retard dans la dispersion des bacilles de Koch ; 2° une abondance médiocre des bacilles d'épreuve, tandis que, chez les cobayes primo-infectés, cette dispersion se produit dès la 24e heure.

Hypotension artérielle expérimentale d'origine centrale. — M. van BOGAERT. Il existe dans le plancher du 3e ventricule deux points physiologiquement définis, dont l'excitation détermine spécifiquement, l'un de l'hypertension, l'autre de l'hypotension. Cette dernière est le résultat de l'inhibition du tonus presseur bulbaire. La contiguïté anatomique de ces deux régions fait que leurs réactions, que l'excitation expérimentale déclanche, sont souvent mixtes, soit parce que cette excitation est insuffisamment localisée ou grossière, soit que leurs voies descendantes s'intriquent.

Sur le mécanisme de l'inhibition neuro-musculaire d'origine cérébrale. — MM. Abel RICHARD et Robert TIFFENEAU. Cette inhibition résulte, chez la grenouille, d'une augmentation de la chronaxie de subordination, chez le chien, d'une diminution de l'excitabilité des centres, caractérisée par l'augmentation de la chronaxie centrale.

Réaction de fixation du complément dans les infections staphylococciques. — MM. H. BONNET, S. THIEFFRY et Mlle C. MONTEFIORE. La toxine et l'anatoxine sont de meilleurs antigènes, chez l'homme, que l'émulsion de corps microbiens.

En présence de la toxine ou de l'anatoxine, la réaction de fixation du complément est fréquemment positive dans les staphylococcies humaines.

Il existe une certaine concordance entre la réaction de fixation et le pouvoir antitoxique du sérum, quand celui-ci est assez élevé. Quand le titre antitoxique est faible, il peut y avoir discordance ; chez les sujets ayant un passé staphylococcique chargé, on peut voir une dissociation entre la production d'antitoxine et la production de la sensibilisatrice spécifique.

Chez les sujets antérieurement infectés par le staphylocoque, et dont le sérum ne contient pas de sensibilisatrice antistaphylococcique, le traitement par l'anatoxine peut faire apparaître cette sensibilisatrice.

Sur l'existence d'un processus d'encéphalite démyélinisante en plaques au cours d'une endocardite maligne subaiguë type Osler. — MM. André LEMIERRE, Ivan BERTRAND, Raymond GARCIN et P. FRUMUSAN attirent l'attention sur l'existence, chez un sujet mort d'endocardite maligne subaiguë d'Osler, d'un processus d'encéphalite démyélinisante en plaques à distance d'un foyer embolique intracérébral unique. Pareille affinité pour la myéline n'avait été imputée jusqu'à présent qu'à certains virus filtrants neurotropes, tenus pour responsables de la majorité des leucoencéphalites infectieuses. L'intérêt des constatations faites dans le cas présent réside en ceci qu'un germe microbien banal — streptocoque non hémolytique isolé pendant la vie — hôte naturel des cavités naturelles, s'est montré capable de réaliser, à côté de lésions infectieuses discrètes et purement histologiques, de vastes plaques de démyélinisation, dont certaines ne sauraient être distinguées histologiquement de celles qui caractérisent en particulier les scléroses en plaques aiguës.

— **Société de biologie de Lyon (séance du 16 décembre) :**

Influence de milieux solides aux extraits de reins sur les cultures de bacilles tuberculeux. — MM. F. ARLOING et L. THÉVENOT développant dans cette note une constatation faite par eux au cours de recherches qui avaient montré la difficulté de la production de lésions tuberculeuses dans le rein du cobaye, ont mélangé à du milieu de Sauton gélosé du suc de rein de cobaye, de rein de mouton et de rate du même animal ; ces sucs étaient rendus stériles par chauffage ou par filtration sur bougie de porcelaine.

Ils ont vu que le suc rénal de cobaye paraît apporter, plus que l'extrait de rein de mouton, une entrave au développement du bacille tuberculeux, et une modification de l'aspect de sa culture. Ces modifications sont plus ou moins marquées, suivant les souches considérées, et même suivant les générations successives.

Le contrôle sérologique du traitement antipalustre par la réaction de Henry. — MM. F. MEERSSEMAN et J. LAFUMA, utilisant la notation photométrique de la réaction de Henry, ont étudié la mélano-floculation en série chez des paludéens traités. Ils arrivent à cette conclusion qu'il existe un parallélisme frappant entre l'évolution des signes sérologiques et celle de l'infection palustre elle-même. C'est ainsi que la négativation de la mélano-floculation, assez aisée à obtenir chez les paludéens récents, est beaucoup plus difficile, parfois même impossible à réaliser chez les sujets très anciennement impaludés et qui ont été soumis à de multiples réinfestations. Les auteurs concluent à la grande valeur du contrôle sérologique dans la conduite du traitement antipalustre.

Floculation spécifique et floculation banale dans la réaction de Henry. Intérêt des lectures photométriques en eau salée. — MM. F. MEERSSEMAN et J. LAFUMA ont vérifié, par la technique photométrique, que la pratique de la mélano-floculation en eau salée à 3 p. 1000 permet, ainsi que l'avait indiqué Henry pour la lecture macroscopique de sa réaction, de séparer la floculation spécifique de la surfloculation banale des sérums. S'il existe en effet, comme l'a vu Chorine, un parallélisme assez régulier entre la mélano-floculation et la surfloculation banale en eau distillée, par contre, la mélano-floculation des sérums paludéens en eau salée se montre complètement indépendante de toute surfloculation décelable dans les mêmes conditions d'expérience. Il paraît donc préférable, comme l'a écrit Trensz, de pratiquer la réaction de Henry dans des milieux salins de faible concentration. De fait, au cours de leurs recherches, les auteurs ont eu l'impression que la lecture de la mélano-floculation en eau salée leur donnait, au prix d'une sensibilité peut-être un peu moindre, des résultats plus sûrs, plus réguliers, plus constants que la lecture en eau distillée.

Réactions morphologiques du sérum de cheval chauffé. — M. T. KOFMAN. La morphogénèse variable de la fleur minérale pour un même échantillon de sérum chauffé à des températures différentes, permet de constater des températures critiques au voisinage de 45°, 56°, 68°. En comparant ces résultats avec ceux obtenus par divers auteurs au moyen d'autres procédés, on peut aussi conclure que cette nouvelle méthode d'investigation permet non seulement de mettre en évidence, mais encore de matérialiser en quelque sorte les modifications complexes du sérum au cours de leur chauffage.

Expériences sur la phagocytose du bacille tuberculeux dans le sang. — MM. H. GARDÈRE et P. PICHAT étudient la phagocytose du bacille tuberculeux mélangé au sang total dans un récipient paraffiné, pour empêcher la coagulation. La technique est donc toute différente de celle des opsonines. Dans les conditions normales, au bout d'un quart d'heure, 5 à 6 % des polynucléaires sont chargés de bacilles et, au bout d'une demi-heure, 11 à 13 %. Les sels d'or paraissent augmenter légèrement la phagocytose.

Le citrate de soude la supprime complètement. La défibrination du sang ne l'entrave, au contraire, nullement.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Vendredi 28 février. — Jury : MM. Lemierre, président ; Loeper, Brûlé, Vallery-Radot. — M. HAMBURGER. Physiologie de l'innervation. — M. SALLÉ. Etude du gaz carbonique comme spasmolytique dans les crises vasculaires.

Samedi 29 février. — Jury : MM. Jeannin, président ; Lereboullet, Marion, Vaudescal. — M. TURBÉ. Fonctionnement du service obstétrical Maternité Beaujon 1932-1933-1934. — M. BOUR. Etude de la primo-infection tuberculeuse.

LIVRES NOUVEAUX

Mon début dans la médecine. Un médecin de campagne en 1889 (1), par Edouard GANCHE.

Dans un bourg de la Bretagne, vers 1889, un médecin exerçait son art et un enfant montrait une extraordinaire aptitude pour la médecine. M. Edouard Ganche décrit la rude vie de ce médecin de campagne à laquelle il fut intimement associé, la médecine de ce temps, un milieu de paysans, et les charmes d'une région cloisonnée par des petits champs, des prés, des talus, et couverte de la végétation la plus abondante. Cette œuvre unit l'observation et la poésie à l'histoire médicale.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DIAGNOSTIC DE LA COXALGIE AU DÉBUT

La coxalgie frappe tous les âges, mais surtout l'enfant entre 4 et 10 ans, et présente souvent de grosses difficultés de diagnostic lors de sa période dite de « début ».

Diagnostic positif. — Le plus souvent, on amène l'enfant parce que :

— Il se fatigue rapidement à la marche ;

— Il présente parfois une légère claudication ;

— Ou très souvent, il se plaint, il souffre : douleurs de fatigue, vespérale, calmée par le repos, affectant souvent le type de *gonalgie*.

L'enfant sera examiné complètement nu.

Très rapidement, il prend une *attitude hanchée.* Soulevant le talon du côté malade, il porte tout le poids de son corps sur la jambe saine.

La *station à cloche-pied* sur la jambe malade est difficile ou impossible.

En marchant, l'enfant boite : il escamote l'appui sur le côté malade et ce signe est plus facilement appréciable à l'oreille qu'à l'œil.

L'examen des genoux montre qu'ils sont parfaitement sains.

Couché sur un plan dur, on recherche en fixant bien le bassin, et comparativement l'étendue des mouvements des coxo-fémorales.

La rotation en faisant rouler les deux jambes.

L'abduction, en écartant les deux cuisses, fléchies sur le bassin.

L'hyperextension, en plaçant le malade sur le ventre et en fixant le bassin la main posée à plat.

Deux signes sont particulièrement importants :

La limitation de *l'hyperextension* qui est précoce ;

La limitation de *l'abduction* qui est très caractéristique ; elle peut mettre en tension la *corde des adducteurs.*

Ensuite, on recherchera l'existence de *points douloureux* provoqués par la pression : en *avant*, dans le Triangle de Scarpa ; en *arrière*, dans la région fessière.

Très souvent, cette *douleur provoquée est absente.*

Sur ces signes de contracture des muscles périarticulaires, on est en droit de supposer une arthrite de la coxo-fémorale.

Certains éléments peuvent orienter le diagnostic vers la tuberculose :

L'existence d'une *adénite rétro-crurale*, recherchée en

(1) In-18. — Prix : 7 fr. 50. — Les Editions Denoël et Steele, 19, rue Amélie, Paris (VIIe).

fléchissant la cuisse sur le bassin, petits ganglions durs, indolents, dont le grand axe est parallèle à l'arcade.

L'hypotonie des muscles péri-articulaires, en particulier celle des muscles fessiers appréciable à l'œil (abaissement du pli fessier) et au palper.

L'impression d'un empâtement périarticulaire, et en particulier, une sensation d'épaississement du col fémoral palpé par comparaison avec le côté sain.

Reste l'existence d'*antécédents tuberculeux*, soit familiaux, soit personnels (utilité de la cuti-réaction comparative).

Radiographie. — Elle doit être faite de face, les deux hanches sur la même plaque centrée sur la symphyse pubienne. Les signes radiographiques de la coxalgie au début sont des plus difficiles à interpréter.

— Elle pourra montrer un *très léger pincement articulaire.*

— Un peu de décalcification des contours, entraînant un aspect estompé du pourtour articulaire de la tête.

Il faut dire qu'il est impossible d'affirmer radiographiquement le diagnostic de coxalgie à la période de début. *La suspicion de coxalgie est avant tout d'ordre clinique*, et très souvent, elle ne put être affirmée dès le premier examen, d'où :

— L'importance de *savoir attendre pour affirmer le diagnostic ;*

— La nécessité de *revoir le malade* à différentes reprises entre lesquelles *on prescrira un repos au lit.*

Dans d'assez nombreux cas, c'est au moment de l'apparition des attitudes vicieuses que l'on fera le diagnostic.

Pronostic. — Il est certain que dans la forme habituelle de la coxalgie, dont le diagnostic a été posé dès cette période, le pronostic est habituellement bon. On est en droit d'espérer la guérison en 3, 4 ans de traitement orthopédique. L'immobilisation précoce, une fois le diagnostic posé avec certitude, permettra d'éviter l'apparition d'attitudes vicieuses. Mais elle n'évitera pas à coup sûr la *formation d'abcès*, qu'il est absolument nécessaire de savoir dépister. Le traitement orthopédique associé au traitement thalasso-thérapique (sous couvert d'absence de lésions pulmonaires que l'on recherchera toujours), donne de bons résultats.

On suivra par des examens répétés tant cliniques que radiologiquess, l'évolution de l'affection.

A la suite d'une *période de bacillémie transitoire* (fièvre, amaigrissement), on arrive au stade de la *lésion localisée*, qui est marquée pendant 18 mois à 2 ans, par des signes radiographiques de destruction osseuse et de décalcification.

Puis progressivement, apparaissent vers la troisième année, les *signes de réparation :*

— Recalcification de l'épiphyse, réapparition des contours osseux, limitation des lésions par un liseré foncé ;

— Hanche froide, avec *disparition de l'adénopathie.*

Vers la quatrième année, on peut penser *à la guérison :*

Elle peut se faire vers l'ankylose fibreuse et incomplète : ou bien vers l'ankylose osseuse qui est très rare.

En tout état de chose, tout coxalgique même soigné à la période de début, est susceptible de faire des *réveils ou des récidives* de sa lésion, éléments qui grèvent assez nettement le pronostic éloigné de la coxalgie.

Diagnostic des formes cliniques. — Parfois, on est amené à faire le diagnostic d'une coxalgie devant :

— Un tableau *d'arthrite aiguë* (douleur articulaire, blocage, fièvre) qui peut ressembler à une ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur, ou parfois tourner court vers une forme chronique ;

— Des signes d'arthrite de la hanche, avec *état général très touché*, formes qui abcèdent rapidement et dont le pronostic est des plus sérieux.

— A l'opposé des formes de *coxalgies bénignes*, on a pu prononcer le mot d'*abortives*, dont le pronostic est particulièrement bénin ;

— Quant aux formes de coxalgies frappant surtout l'os iliaque (*formes acétabulaires*), elles sont souvent d'un diagnostic difficile (utilité du toucher rectal) et sont, à cause de fusée pelvienne toujours possible, d'un pronostic grave ;

— Toute coxalgie qui apparaît comme élément d'une *tuberculose poly-focale*, est de pronostic général grave. Il Il faut ajouter que chez l'adulte, l'évolution est souvent plus lente et les *abcès* sont souvent le signe révélateur de la coxalgie.

Diagnostic différentiel. — Il est des affections qui simulent la coxalgie et qui restent faciles à éliminer :

La tuberculose du genou : la gonalgie pourrait y faire penser.

La coxa vara rachitique et la luxation congénitale chez le très jeune enfant.

Les arthrites infectieuses, dans leur forme subaiguë comme peut le réaliser le R. A. A. ou des rhumatismes infectieux.

Beaucoup plus difficile à distinguer est un groupe d'affections que l'on a pu appeler les *fausses coxalgies :*

— C'est tout d'abord, l'arthrite sur une *hanche subluxée.*

On a ignoré la subluxation congénitale de la hanche et survient un tableau de réaction articulaire sur une hanche mal équilibrée. C'est la radio qui permet de faire le diagnostic :

Cotyle un peu évasé, donnant parfois l'aspect de doublefonds.

— C'est surtout *l'ostéochondrite déformante :* elle frappe presque exclusivement la tête (exceptionnellement le cotyle).

Cliniquement, il *n'y a pas de ganglions*, pas d'empâtement.

A la radio, le *cotyle est rigoureusement intact*, toutes les lésions sont au *col et à la tête du fémur ;* l'interligne est net, *non pincé ;* cependant la tête semble aplatie, elle manque *d'homogénéité*, présentant un aspect tacheté ; le col présente des petites géodes. L'évolution se fait spontanément vers la guérison avec intégrité anatomique et fonctionnelle en 18 mois, 2 ans environ.

— Restent certaines arthrites mal définies dans l'étiologie desquelles *l'hérédo-spécificité joue un rôle certain ;* leur fréquente bilatéralité doit toujours y faire penser.

— Quant aux douleurs et réactions articulaires de croissance au niveau des hanches, elles sont fréquentes, peuvent faire penser parfois à une coxalgie, quand elles sont par trop intenses, mais *cèdent toujours très rapidement sous l'influence du repos.*

Chez l'adolescent, une affection peut faire penser à la coxalgie, c'est la *coxa vara*, dont les caractères radiographiques et cliniques sont suffisants pour en faire le diagnostic.

Nous citerons également la *coxalgie hystérique*, qui d'ailleurs, n'est pas exceptionnelle et que l'on reconnaîtra par une mise en observation suffisamment prolongée.

Chez l'adulte, il est facile d'éliminer les arthrites non tuberculeuses ; on sera plus fréquemment appelé à distinguer chez lui les *para-coxalgies* (qui se voient aussi chez l'enfant, tuberculose du col) et qui sont en réalité une ostéite iliaque, pubienne ou du trochanter. Enfin, dans certains cas, on aura posé à tort le diagnostic de coxalgie sur l'existence de douleurs, de claudication qu'un examen un peu plus attentif aurait pu ramener à une lésion de la *sacro-iliaque.*

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 18. — SAMEDI 29 FEVRIER 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : [illegible]
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (admissibilité). — *Epreuves écrites.* — Questions données : « *Série A.* « Maladie bronzée d'Addison. » — *Série B.* « Tétanie. »

Questions restées dans l'urne : *Série A.* « Formes cliniques de la spirochétose dite ictéro-hémorragique. — Maladie amyloïde. »

Série B. « Manifestations cardiaques de la maladie de Basedow. — Erythème noueux. »

LÉGION D'HONNEUR. — Le *Journal officiel* du 23 février publie le tableau de concours pour la Légion d'honneur (armée active).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) par suite de la nomination de M. le docteur Thuillier à l'asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public autonome d'aliénés de Bassens (Savoie), en remplacement de Mme le docteur Collet, non installée.

L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS, au cours de sa récente assemblée générale, a modifié comme suit son bureau pour 1936 :

Président : M. J. Minet (de Lille ; vice-présidents : MM. Larrieu (de Montfort-l'Amaury) et O'Followell (de Paris); secrétaire : M. Albert Garrigues ; secrétaire adjoint : M. Labignette (de Paris); trésorier : M Mathé; conseil d'administration : MM. Crouzat (de Paris), Loir (du Havre), Molinéry (de Luchon) et Noir (de Paris).

LA CAISSE MUTUELLE DE RETRAITES DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS a ainsi constitué son bureau pour 1936 : Président : M J. Minet (de Lille); vice-président : M. Molinéry (de Luchon); secrétaire : M. P. Labignette; secrétaire adjoint : M. Robert Lehmann (de Paris); trésorier : M. A. Garrigues ; administrateurs : MM. Paul-Manceau, Bouland et Crouzat.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE RIO DE JANEIRO. — Le bureau de la Société a été ainsi constitué pour 1936 :

Président : docteur Hélion Povoa; premier vice-président : docteur Waldemar Berardinelli ; deuxième vice-président : docteur Manoel de Abreu ; secrétaire général : docteur Aresky Amorin; orador : docteur Peregrino Junior; secrétaires : docteurs Clovis Salgado, J. Teixeira de Mattos, Jorge Jabour; trésorier : docteur Paul Leite; bibliothécaire : docteur Gil Ribeiro; rédacteur de la Revue : docteur Waldemar Paixao; directeur du musée : docteur Cassio Annes Dias; commissaires de médecine : docteurs Genival Londres, Joaquim Motta et Castro Barreto; de chirurgie : docteurs Jorge Sant'Anna, David de Sanson et Sylvio Leingruber; pharmacie : Carlos Silva Aranjo, Abel de Oliveira et Paulo Seabra; hygiène : docteurs Maurity Santos, Leonel Gonzagua et Oliveira Motta.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *44e cours de perfectionnement* sous la direction du professeur Villaret. — Ce cours commencera à l'hôpital Necker le lundi 23 mars 1936, à 9 h. 30, et sera consacré à la théra-

peutique médicale et hydrologique des affections vasculaires, rénales, rhumatismales et endocrino-végétatives.

— *45e cours de perfectionnement*, sous la direction du professeur Villaret. — Ce cours commencera le lundi 4 mai 1936, à l'hôpital Necker, à 9 h. 30.

Ce cours sera consacré à la thérapeutique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition.

Pour tous renseignements s'adresser au laboratoire d'hydrologie de la Faculté de médecine (Ecole pratique).

Le droit à verser pour chacun de ces cours est de 200 fr. ou de 300 fr. pour les deux cours. — Un voyage d'études hydrologiques à Vichy aura lieu les 17-19 mai.

COURS PRATIQUE DE SYMPATHOLOGIE CLINIQUE. — Le professeur Laignel-Lavastine, avec la collaboration de MM. Rosenthal, Delherm, Alajouanine, Paul Chevallier, Bailliart, Justin-Besançon, Bourgeois, Didsbury, Bonnard, Vinchon, Largeau, Fay, G. d'Heucqueville, Sterne, Sambion et Moulinier, commencera le mercredi 4 mars 1936, à 10 h., à la Pitié, service 4, un cours pratique sur les « Actualités sympathologiques », en douze leçons, avec présentation de malades et exercices de laboratoire.

Ce cours, fait les lundis, mercredis et samedis, à 10 h., comprendra une introduction anatomo-physiologique par M. Laignel-Lavastine, une conférence et des exercices pratiques.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Louis Phélip, ancien interne des hôpitaux de Lyon, urologiste de l'hôpital Sainte-Foy, chirurgien suppléant de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon; M. Georges Rebière, docteur ès sciences, directeur scientifique des Laboratoires Comar à Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU RECRUTEMENT DES CHEFS DE TRAVAUX

Il est impossible de ne pas revenir sur la question du recrutement des chefs de travaux, question étudiée l'autre semaine par le Conseil supérieur de l'Instruction Publique. On sait que le Conseil a voté un projet de décret qui contient notamment l'article suivant :

« Art. 13. — Nul ne peut être nommé chef de travaux s'il ne satisfait à l'une des deux conditions suivantes : 1° avoir été institué agrégé d'une faculté de médecine ; 2° être titulaire *soit* du grade de docteur en médecine, *soit* du grade de pharmacien, *soit* du grade de docteur ès sciences et, dans ces trois cas, être inscrit sur une liste d'aptitude dressée par la commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement public dans les conditions prévues à l'article 2 du décret du 12 janvier 1912. »

Ainsi le diplôme de docteur en médecine ne serait plus indispensable pour ces fonctions. C'est cependant le seul titre qui puisse donner au maître cet esprit médical nécessaire à qui veut former de futurs cliniciens.

L'idée, évidemment fort respectable, qui a guidé le conseil, paraît être d'assurer au recrutement des chefs de travaux un niveau élevé. Mais est-il nécessaire, pour assurer ce niveau, de « dévaloriser » le diplôme de docteur en médecine ? De quelque côté qu'on examine la question, c'est, cependant, le résultat auquel on arrivera. Il est naturel que les groupements médicaux continuent à marquer leur inquiétude. Cette inquiétude a été partagée. Au sein même du Conseil, un universitaire comme M. Fedel et un professeur de Faculté comme M. Sigalas n'ont pas hésité à se faire les avocats des praticiens.

Nous avons connu une époque où des chefs de travaux appartenant au corps des Ponts et Chaussées, comme Weiss et Paul Broca, ne croyaient pas déchoir en adjoignant à leurs titres scientifiques éminents celui de docteur en médecine. Or c'était le diplôme de docteur, et non la qualité d'ingénieur des Ponts et Chaussées qui leur valait d'être chefs de travaux.

On pourrait certes citer bien d'autres exemples de ce genre. Dans le même ordre d'idées, M. Mordagne, il y a quelques jours, me rappelait les noms de nombreux chefs de travaux à Paris et en province qui furent des maîtres admirables et qui cependant étaient de simples docteurs en médecine.

C'est qu'alors le titre apparaissait comme nécessaire et suffisant. Il en devrait être de même aujourd'hui.

Nous persistons à penser que le diplôme de docteur en médecine doit être exigé *d'abord*, pour tous les chefs de travaux.

En ne défendant pas ce principe, les Facultés de médecine s'exposeraient, dans un avenir plus ou moins prochain, à être considérées comme des Facultés « mineures » incapables de suffire à la tâche qui leur incombe. Ce sont là des anticipations sur lesquelles nous ne voulons pas nous arrêter.

Contentons-nous de répéter comme M. le professeur Sigalas, qu'il est inadmissible d'exiger pour les chefs de travaux des titres qui ne sont pas demandés aux professeurs.

Et ne laissons pas diminuer encore la valeur de notre malheureux diplôme.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique médicale. IX. Maladies infectieuses et parasitaires (1), par M. LOEPER, avec la collaboration de R. Turpin et de MM. Abrami, Bazy, Debré, Dopter, Dujarric de la Rivière, Joannon, Lemierre, Lesné, Levaditi, Pettit, Tanon.

Le neuvième et dernier volume de la thérapeutique médicale vient de paraître. Il est consacré aux maladies infectieuses et parasitaires. Dans cet ouvrage qui constitue une thérapeutique expliquée et basée sur la clinique, les auteurs font connaître la genèse des symptômes pour en diriger le traitement et la valeur physiologique des médicaments pour les prescrire ou pour les exclure.

L. G.

(1) In-8 de 415 pages. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GENERALE

PRURIT VULVAIRE - PRURIT PÉRINÉAL[1]

Par M. J. MAGENDIE,
Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Ce sujet qui a sa place toute marquée dans un cours de Gynécologie touche en réalité à plusieurs spécialités. Il est étudié, en effet, en proctologie et en dermatologie ; peut-être même confine-t-il par certains côtés à la neuro-psychiâtrie.

Prurit est synonyme de démangeaison. C'est « l'ensemble des sensations qui éveillent le désir et le besoin de grattage » (Jacquet).

Il est bien entendu que nous n'envisageons que les démangeaisons *primitives*, c'est-à-dire sans causes apparentes, par opposition aux démangeaisons *secondaires* qui résultent d'une lésion cutanée antérieure.

Le prurit vulvaire n'est qu'une variété du prurit périnéal. Ce terme est beaucoup plus compréhensif puisqu'il s'applique également aux deux sexes et que chez la femme il réunit les deux prurits péri-orificiels, le prurit anal des proctologistes et le prurit vulvaire des gynécologues.

Toutes ces variétés de prurit sont liées par une étiologie commune et un traitement de même ordre. Cependant nous envisagerons surtout dans ces quelques considérations cliniques et thérapeutiques le prurit périnéal chez la femme ou prurit ano-vulvaire que vous observerez le plus fréquemment.

Etude clinique. — Vous serez souvent appelés à donner votre avis pour des *prurits légers* survenant sans cause locale appréciable et qui font partie par conséquent des prurits primitifs.

Ce sont des démangeaisons continues ou presque, qui s'exagèrent par légers paroxysmes à certains moment de la journée, en période digestive, sous l'influence de la marche, de la transpiration, ou encore de l'enlèvement des vêtements de dessous, d'une ceinture ou d'un corset un peu serrés.

Chez des personnes de quarante à cinquante ans, au foie insuffisant, ayant un peu de glucose dans les urines de façon intermittente, le prurit se réveillera à chaque excès alimentaire.

Chez certaines jeunes femmes, la venue prochaine des règles suffit à les déclancher ; chez d'autres elles coïncident avec l'exagération d'une poussée de métrite et une recrudescence des pertes.

Mais surtout vous verrez ces prurits de façon plus tenace au cours de la grossesse, sans qu'il y ait obligatoirement irritation septique de la vulve.

Tous ces prurits sont légers et ne troublent pas gravement l'existence des malades. De plus, ils disparaissent assez aisément par un traitement médical bien dirigé ou par la cessation de la cause qui les a provoqués (grossesse).

Bien plus important, quoique heureusement beaucoup plus rare, est le prurit que je qualifierai de « *grand prurit* » ou « *prurit grave* » qui empoisonne littéralement la vie des malheureuses qui y sont sujettes et qui est d'une désespérante ténacité.

La caractéristique de ce prurit est son évolution par crises. Celles-ci sont typiques et ont prêté à de magistrales descriptions (Darier) (16).

Tout d'abord le besoin naît d'un frottement, d'un frôlement de vêtements ou même d'une simple idée, d'un souvenir. Il se précise malgré les efforts de la malade qui essaie de distraire son attention ou qui se tait, se concentre, comme si elle « méditait sa crise ». Mais le besoin grandit ; la malade lutte, crispe ses doigts, se cramponne pour éviter de se gratter, car elle sait que ce sera le commencement du paroxysme qui se déroulera ensuite inexorablement. Hélas, ses efforts sont vains, la démangeaison devient féroce, elle ne peut plus résister ; brusquement elle cède et furieusement, retenant son souffle, elle gratte, elle gratte, excoriant la peau, déchirant de ses ongles ces tissus sensibles sans en ressentir autre chose qu'un soulagement immédiat, qu'un bien-être croissant qui va jusqu'au plaisir aigu, jusqu'à un paroxysme presque douloureux, au delà duquel elle s'arrête et respire, épuisée, et comme honteuse, les ongles sanglants, mais assouvie et soulagée, au moins pour quelque temps.

Ce début, ce paroxysme, cette sorte d'orgasme, font penser à l'onanisme ; certains l'ont comparé à la crise d'épilepsie.

Cette crise se répète, tantôt à quelques jours d'intervalle, tantôt deux ou trois fois par jour, quelquefois plus souvent encore, de façon presque subintrante, de jour et de nuit, empêchant tout sommeil.

A mesure que les crises se reproduisent, le déclanchement en est de plus en plus facile. Sans doute la malade lutte-t-elle de moins en moins contre ce besoin qui la domine peu à peu, mais tout se passe comme si le système nerveux s'entraînait à ce mécanisme réflexe, comme si les cellules nerveuses gardaient une sorte de réminiscence du prurit antérieur qui les sensibiliserait à celui qui va venir (« mnémonie prurigène » de Jacquet).

A ce stade du prurit il y a un *retentissement psychique* prédominant : il n'est plus périnéal, mais cérébral, mental. La malade sort du domaine de la gynécologie pour entrer dans celui de la psychiâtrie. Son système nerveux ébranlé par ces chocs incessants, par l'insomnie, en fait une neurasthénique qui guette anxieusement le retour de la crise redoutée et qui quelquefois ira jusqu'à des tentatives de suicide pour sortir de son triste état.

Localement les conséquences de ce grattage « forcené » sont ce que vous devinez. Les excoriations vont parfois jusqu'à de véritables arrachements des téguments (c'est ce que Besnier appelait d'un nom qui fait image le prurit « biopsiant »). Ces surfaces cruentées ne tardent pas à se transformer. Elles s'impétiginisent, s'eczématisent ou se lichenifient. Des adénopathies inguinales apparaissent. La vulve sous ces excoriations est œdémateuse, épaissie, suintante, recouverte d'un enduit pultacé par places.

Quelquefois la naissance du vagin subit la même transformation et apparaît comme rétrécie, rétractée.

(1) Conférence faite dans le service de gynécologie de l'hôpital André Boursier.

Les lésions ne sont pas toujours uniquement vulvaires. Parfois elles s'étendent à l'anus, plus rarement elles prédominent à son niveau, elles sont identiques aux précédentes.

Entre les plis radiés œdémateux, les fissures ne sont pas rares. La muqueuse de l'anus et de la portion anorectale, est rèche, sèche ou suintante suivant les cas. Cela aboutit parfois à un véritable état de rectite hypertrophique.

Rappel anatomique. — Ce qui du point de vue *anatomique* donne à ce syndrome une individualité propre et qui autorise la réunion sous un seul vocable du prurit anal et du prurit vulvaire c'est sa localisation au périnée, dans le domaine de ses nerfs sensitivo-moteurs les nerfs honteux internes.

Ces nerfs qui émergent symétriquement dans la fosse ischio-rectale au bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique, cheminent ensuite dans le canal d'Alcock, le long des branches ischio-pubiennes. Mais presque dès leur émergence ils se sont divisés en une série de rameaux, les uns sensitifs, les autres moteurs, que l'on peut schématiser ainsi (fig. 1) :

a) Pour l'anus : deux branches postérieures, nerf hémorroïdal inférieur et nerf anal qui se partagent l'innervation du sphincter anal et de la peau de l'anus;

b) Pour la vulve : deux branches moyennes, nerfs périnéaux, superficiel et profond, le premier surtout sensitif, le second surtout moteur, qui innervent la peau et les muscles de la vulve et du périnée ;

c) Pour le clitoris : un rameau antérieur, nerf clitoridien, homologue du nerf pénien qui, chez l'homme, joue un rôle important dans l'érection.

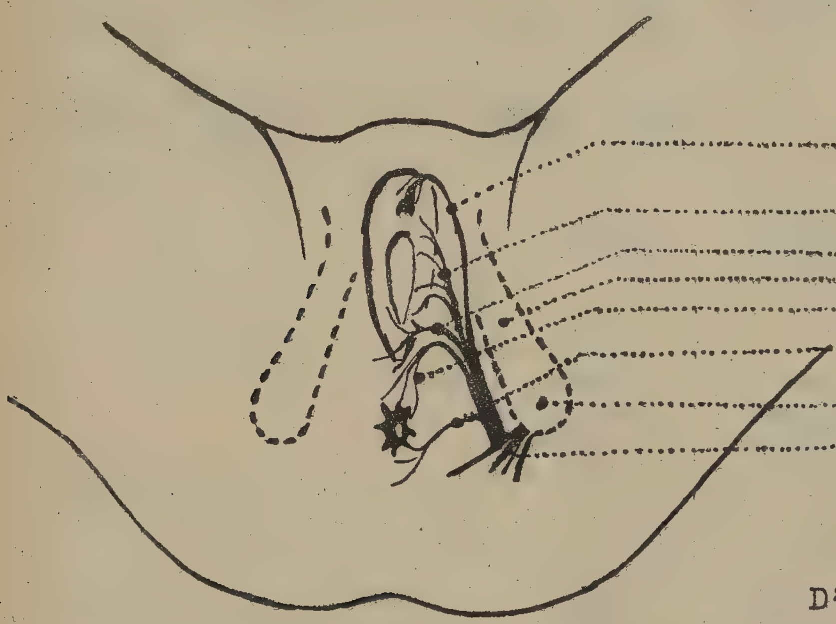


Fig. I .(Schématique)

On voit que les branches du nerf honteux interne qui seront intéressées par le prurit seront les branches moyennes périnéo-vulvaires, en particulier la branche superficielle sensitive, et à un moindre degré la branche clitoridienne ou les branches ano-hémorroïdales, et on comprend l'extension fréquente du mal des unes aux autres.

Il faudra se garder de comprendre dans la section les rameaux postérieurs ano-hémorroïdaux sous peine de parésie du sphincter anal et d'incontinence plus ou moins importante à la suite.

Or le repérage de ces filets nerveux est parfois malaisé au sein du tissu cellulaire du périnée. Tavel attire surtout l'attention sur le nerf anal qui se dirige primitivement vers la vulve et semble faire partie des nerfs périnéaux que l'on peut sacrifier sans remords, puis qui se recourbe et suivant un trajet récurrent aboutit au sphincter anal. Le chirurgien devra toujours avoir à l'esprit ces quelques particularités anatomiques quand il dirigera son action sur ces rameaux nerveux.

La constitution du nerf honteux interne est, nous l'avons dit, à la fois sensitive et motrice ; mais elle est également sympathique. Ce nerf est même particulièrement riche en filets sympathiques qui lui viennent directement du riche plexus hypogastrique et des nerfs présacrés.

Pathogénie. — Cela va permettre d'expliquer pour certains auteurs par une *théorie sympathique* la *pathogénie* du prurit périnéal.

Le prurit aurait sa cause dans une irritation portant sur le sympathique, à des niveaux variables (fig. 2), soit localement au périnée sur les filets nerveux sympathiques contenus dans les branches du nerf présacré et le riche plexus hypogastrique ; soit dans l'abdomen, sur les plexus organiques divers et les plexus péri-artériels ; ou encore sur les chaînes latérales des ganglions sympathiques, ou sur les centres médullo-encéphaliques.

L'ébranlement ainsi déclenché se « réfléchirait »

électivement dans le territoire sympathique du nerf honteux interne pour une raison locale sans doute, une aptitude particulière probablement acquise par inflammation, dystrophie, ou troubles fonctionnels prolongés.

Cette théorie permet d'expliquer le déclenchement psychique des crises, les réactions prurigineuses à des lésions médullaires, abdominales, pelviennes ou périnéales.

Elle a l'avantage au point de vue didactique d'apporter un peu de clarté dans l'abondance des causes et des traitements dirigés contre elles.

Une deuxième théorie qui le dispute à la précédente est la *théorie humorale*, celle du choc de Widal.

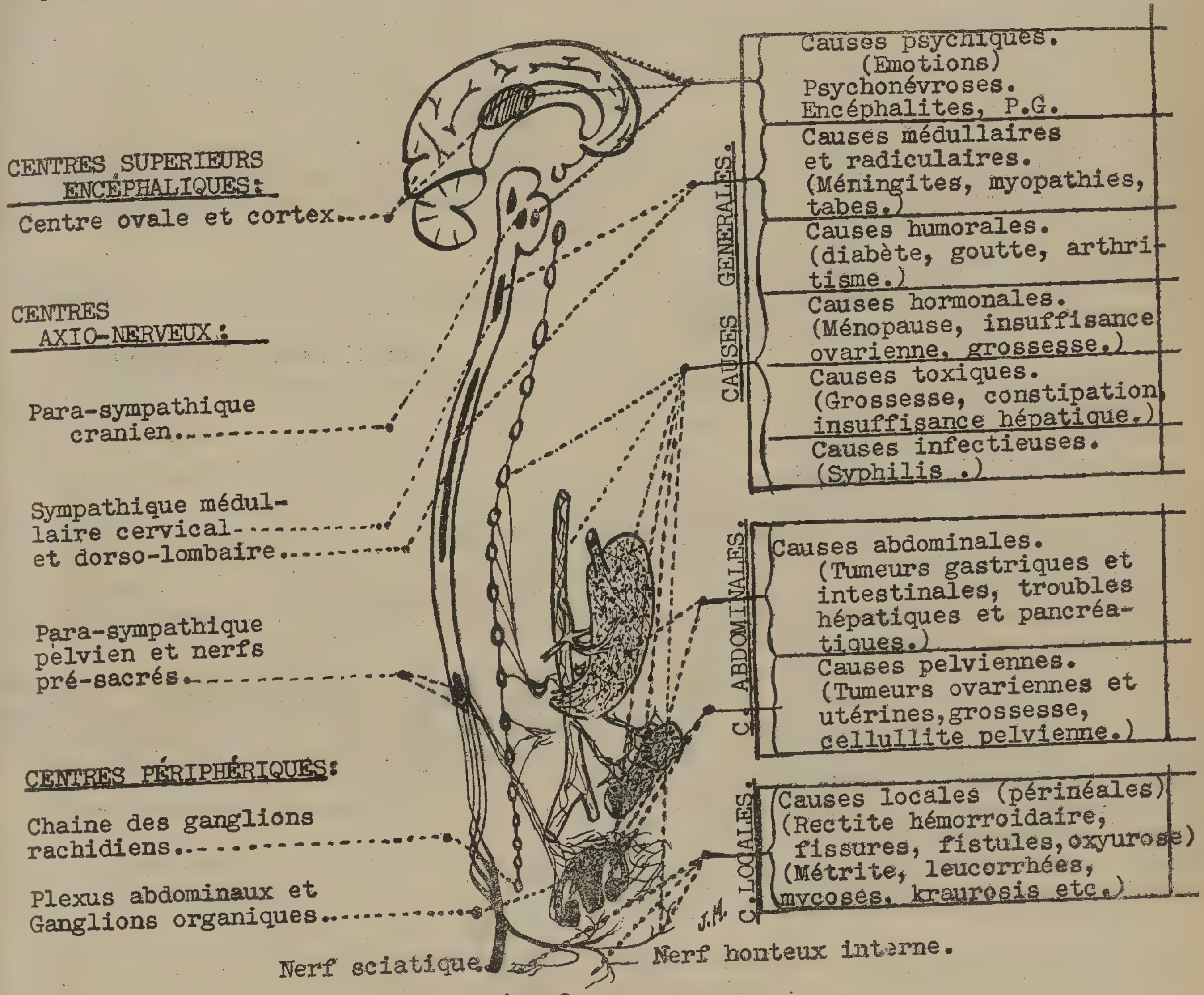


Fig. 2.

Chez des sujets « sensibilisés », le prurit serait une sorte de choc colloïdoclasique. Pour Lumière, les « floculats » joueraient un rôle important dans cette sensibilisation.

Ce qui semble donner corps à cette théorie, c'est l'alternance chez certains sujets des crises de prurit et de crises de goutte ou d'asthme. Mais cette coïncidence n'est pas la règle.

D'ailleurs en fin de compte n'est-ce pas toujours le sympathique qui est mis en jeu même dans cette hypothèse, soit directement dans ses filets terminaux irrités par les phénomènes vaso-moteurs de la crise colloïdoclasique, soit dans les plexus organiques, dans les ganglions rachidiens ou dans les centres axio-médullaires et encéphaliques ? Et Loeper n'a-t-il pas montré chez un goutteux la présence de petits cristaux d'acide oxalique dans les ganglions rachidiens, apportant ainsi la preuve directe des relations possibles entre une diathèse et le sympathique ?

Etiologie. — Quoi qu'il en soit, la théorie sympathique va nous permettre de mettre un peu d'ordre dans les très nombreuses *étiologies* que l'on incrimine dans le prurit périnéal.

Suivant le niveau d'action de la cause, on distinguera en effet (fig. 2) :

1) Des causes locales (périnéales). — Au niveau de l'anus le point de départ des crises de démangeaison a pu être des hémorroïdes et la rectite qu'elles déterminent, des fissures chez les vieux constipés chroniques (Bensaude, 18), des fistules anciennes, des parasites anarectaux (oxyures).

Au niveau de la peau du périnée : l'irritation produite par la phtiriase, les acares de la gale, un intertrigo tenace, des mycoses (oïdium, oosporoses), des levures, etc...

Au niveau de la vulve : l'inflammation résultant de leucorrhées abondantes et durables, la leucokératose vulvaire, le kraurosis vulvae.

Dans beaucoup de ces cas les lésions cutanées ont existé primitivement à l'origine du prurit, puis le mécanisme des crises déclanché, elles ont été entretenues par le grattage, par une sorte de cercle vicieux.

2) DES CAUSES ABDOMINALES. — Les anciens auteurs (Hébra, Kaposi, Besnier) avaient noté le rôle étiologique probable de certaines lésions gastro-intestinales, en particulier des tumeurs. On connaissait également les rapports du prurit avec certaines tumeurs pelviennes d'origine ovarienne ou utérine (fibromes, etc.) sans parler de l'utérus gravide dont l'action favorisante pouvait être due pour une part à son volume.

Mais on peut ajouter aujourd'hui à ces causes toutes les irritations chroniques du péritoine pelvien, en particulier la cellulite pelvienne sur laquelle Raymond Bernard a récemment attiré l'attention de la Société de Chirurgie (17). Elle traduit un état périmétritique chronique et est caractérisée par un épaississement et une friabilité toutes particulières du péritoine du petit bassin.

3) DES CAUSES GÉNÉRALES. — Ce sont peut-être les plus importantes. Tout d'abord il faut insister sur la grande cause générale, « le terrain » névropathique, ce que Darier appelle la « prédisposition ». Le prurit ne frappe pas indifféremment n'importe qui. Il faut un substratum à la base, un état nerveux particulier qui se traduit par une hyper-excitabilité, une hyperréactivité de l'individu.

A cette grande cause prédisposante générale se surajoute alors un autre élément qui peut être soit nerveux, soit humoral, soit hormonal ou toxi-infectieux.

L'élément nerveux est représenté par le choc émotionnel qui, dans certaines observations, a marqué nettement le début des crises (dans un cas c'est la panique d'un accident de chemin de fer, dans un autre l'émotion causée par la chute d'une bombe d'avion) ; par les psycho-névroses (hystérie, etc.). Des affections organiques du système nerveux (méningite, myopathies, tabès, P.G.) ont été également incriminées.

Parmi les *causes humorales*, il faut mettre au premier rang le diabète. Celui-ci est à l'origine de bien des prurits et on explique de plusieurs façons son mode d'action : action locale irritative de l'urine sucrée au niveau de la vulve, éruptions favorisées par l'altération de la crase sanguine (diabétides vulvaires) ; retentissement abdominal de lésions hépatiques et pancréatiques fréquentes au cours du diabète ; enfin action humorale générale par altération de l'équilibre acide-base, l'acidose agissant soit par choc colloïdo-clasique soit par irritation directe du sympathique.

La goutte, l'arthritisme agissent également soit par sensibilisation, soit par irritation directe du sympathique (témoins les cristaux d'acide oxalique trouvés par Loeper dans les ganglions rachidiens).

Les *causes hormonales* sont connues depuis longtemps. On sait l'influence de la ménopause chirurgicale ou naturelle sur l'apparition du prurit, le rôle de l'insuffisance ovarienne, le rôle de la grossesse qui agit par auto-intoxication, mais aussi par modifications endocriniennes.

Enfin les *causes toxiques* et infectieuses.

Nous venons de voir les effets d'auto-intoxication de la grossesse. On a également incriminé la stercorémie de la constipation chronique. Il faut souligner à côté le rôle capital de l'intoxication exogène d'origine alimentaire. Les régimes trop riches en purines, en ptomaïnes, tout ce qui peut troubler dans son fonctionnement une cellule hépatique déjà déficiente sera à la base de bien des états prurigineux.

Ajoutons à cela les *causes infectieuses*, et parmi elles surtout la syphilis, acquise ou héréditaire, qui serait très fréquente parmi ces malades. Hudelo (5) affirme que soixante-treize pour cent de ces prurigineux ont réagi favorablement au traitement spécifique. Sans tirer de ce fait un argument d'étiologie absolu il sera bon du moins de nous en souvenir pour la thérapeutique.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1936)

Sur la vision en lumière dirigée. — M. Yves LE GRAND.

Sur les propriétés antioxygènes des médicaments utilisés comme antithermiques. — MM. Auguste BOUTARIC et Jean-A. GAUTIER.

Nouvelles recherches sur les complexes organico-métalliques, solubles, de l'acide déhydrascorbique. Augmentation de leurs effets sur les cancers par variation des métaux. — MM. Fernand ARLOING, Albert MOREL et André JOSSERAND.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1936)

La lutte contre le bruit. — M. PORTIER apporte une suggestion du Touring Club de France au sujet de la lutte contre le bruit dans les stations thermales et climatiques. Le T. C. F. souhaite que lors des demandes de classement comme stations thermales et climatiques, on devrait tenir compte des efforts déjà réalisés dans ces stations pour assurer la tranquillité des visiteurs.

Magnésium et cancer. — M. DELBET relate des expériences faites par Kreyberg et Nielsen au sujet de l'action du magnésium vis-à-vis du cancer.

La fermentation panaire. — M. E. MARCHOUX. Autrefois tous les boulangers se servaient, et quelques-uns encore aujourd'hui emploient, pour la levée de la pâte, du levain, portion de pâte provenant d'une fournée antérieure. Souvent ce levain cessait d'être utilisable pour cause d'envahissement par des germes divers.

La fermentation panaire, qui n'est qu'une fermentation alcoolique, devait bénéficier des progrès qu'ont apportés à celle-ci les découvertes de Pasteur, et être conduite avec pureté. La panification se fait à l'aide de levures qui attaquent, en donnant de l'acide carbonique, les sucres préformés dans la farine et ceux que produit, aux dépens de l'amidon, l'amylase du grain de blé. C'est ce gaz qui fait lever la pâte dans laquelle il est retenu par le gluten qui, par

suite, dans la fermentation panaire, joue un rôle aussi important que la levure. On comprend que ce soit une des raisons pour lesquelles le gluten présente une si grande importance en meunerie.

On prépare les levures de boulangerie, en masses énormes, dans tous les pays du monde, et on affecte à la culture de ces plantes microscopiques des usines qui, par la sûreté des manipulations, la surveillance étroite dont toutes les opérations sont l'objet, représentent de vastes laboratoires. Les levures apportent dans la panification une sécurité que ne peuvent donner les levains. Toutes se valent, compte tenu de la pureté de la fabrication, quel que soit le milieu sucré dans lequel elles ont été cultivées.

Sur la prémunition antituberculeuse du cobaye, du lapin et du singe par les variétés lisses de bacilles tuberculeux. — MM. L. Nègre et J. Bretey ont constaté que l'inoculation sous-cutanée ou intraveineuse au cobaye, au lapin et au singe de variétés lisses de bacilles tuberculeux isolés par l'extrait acétonique de produits pathologiques humains, d'emblée peu pathogènes ou artificiellement atténués par réensemencements successifs sur les milieux de culture, provoque chez ces animaux une infection bénigne dont les manifestations histologiques sont transitoires, mais qui paraît cependant se prolonger pendant plus longtemps par la persistance des bacilles dans leurs ganglions et leurs organes.

A la suite de cette infection passagère artificiellement provoquée, ces animaux et notamment le singe présentent une résistance prononcée à une infection d'épreuve réalisée par inoculation sous-cutanée d'un bacille tuberculeux virulent.

Dans l'état actuel de nos connaissances, l'éventualité d'un retour de ces variétés lisses de bacilles tuberculeux à la forme rugueuse virulente ne peut pas être exclue.

Contribution à l'étude du paludisme congénital par la pratique systématique de la réaction de Henry et l'étude des formules leucocytaires chez les accouchées et leurs nouveau-nés. — MM. P. Daleas et J. Lavergne (hôpital de Hué-Annam, Indochine) se sont appliqués à rechercher l'infection du nouveau-né et n'ont rencontré que trois fois l'hématozoaire dans le sang du cordon sur 884 examens.

Ils ont recherché l'action de l'hématozoaire par la réaction de Henry.

Sur 887 sérums maternels et 884 sérums d'enfants, la réaction de Henry a été positive 41 fois chez la mère, 28 fois chez l'enfant.

La réaction de Henry positive chez l'enfant ne semble pas liée à celle de la mère. En effet, sur ces 28 cas positifs, 14 s'accompagnaient d'une réaction négative chez la mère. Chez ces 28 enfants, les auteurs ont trouvé une polynucléose assez accentuée (62 %) par rapport à la normale (49 %), les 3 porteurs d'hématozoaires présentant cette polynucléose à un degré encore plus marqué (79 %).

Cette modification de la formule leucocytaire correspondant à une réaction de Henry positive semble être un témoignage intéressant d'une fréquence plus marquée de l'infection palustre congénitale que la seule recherche de l'hématozoaire ne permettrait de le supposer.

Le jus de raisin. — M. Gérard d'Eaubonne indique les efforts faits par la Fédération des Stations uvales que préside M. Marcel Labbé, en vue d'obtenir des jus de raisin purs.

Il demande à l'Académie de bien vouloir préciser si la présence de l'alcool et de l'anhydride sulfureux dans ces jus peut être tolérée et à quelle dose.

M. Marcel Labbé insiste sur l'intérêt de la question soulevée par M. d'Eaubonne, et il demande le renvoi de la communication devant une commission pour examen. Il en est ainsi décidé.

Recherches sur l'interprétation générale du pouls normographique et plus spécialement de la seconde ondulation « systolique » au moyen de courbes de pression de diverses artères et des ventricules droit et gauche. — M. de Somer.

Election de deux correspondants nationaux dans la IVe division (sciences biologiques) : MM. Pinoy (d'Alger) dont on connaît les beaux travaux de mycologie, et M. Dubreuil, professeur d'histologie à la Faculté de Bordeaux, sont élus.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(Séance du 9 janvier 1936)

M. Barré cède la présidence à M. Tinel.

Un cas d'arachnoïdite postérieure pure. — M. Barré (de Strasbourg) relate l'histoire d'un malade atteint de sciatalgie très intense et rebelle à tous les traitements usuels, qui avait été pris secondairement de douleurs thoraciques du même type. Le liquide céphalo-rachidien était normal et la manœuvre de Queckenstedt ne montrait aucun blocage sous-arachnoïdien. La laminectomie, pratiquée par M. Leriche, a permis de constater l'existence d'un feutrage épais d'arachnoïdite à la face postérieure de la moelle. La dilacération de ce feutrage et la section de quatre racines postérieures ont déterminé une disparition complète et durable des douleurs. Malgré la section de quatre racines adjacentes, il n'existe aucune zone d'anesthésie complète, et la sensibilité protopathique est partout conservée. Dans d'autres observations, la section d'une seule racine suffit pour faire apparaître une zone d'anesthésie.

Sur les douleurs fulgurantes du tabes. — MM. Alajouanine, Thurel et Brunelli ont repris l'étude séméiologique des douleurs fulgurantes. Lorsqu'elles sont bien caractérisées dans tous leurs éléments, ces douleurs peuvent être considérées comme absolument propres au tabes. Il semble qu'elles soient le résultat d'une hyperexcitabilité cordonale, et qu'elles soient déclenchées par les excitations périphériques. On peut les traiter avec succès en faisant disparaître ces excitations périphériques, soit par des injections de novocaïne à 1 p. 200, soit par un simple siphonage de chlorure d'éthyle.

Syndrome de Claude Bernard-Horner par blessure intraorbitaire et signe d'Argyll-Robertson traumatique. — MM. Laignel-Lavastine et Jean Voisin présentent un ouvrier de cinquante-sept ans, qui a été blessé par un éclat de métal. Celui-ci, par la partie interne de la paupière supérieure, a pénétré profondément dans l'orbite.

Le syndrome de Claude Bernard-Horner fut typique après résorption de l'hématome orbitaire. Il doit être rapporté à une lésion des filets sympathiques qui accompagnent le nerf optique. Ce dernier nerf fut sectionné par l'éclat, comme le prouve l'examen du fond d'œil. L'éclat est localisé par la radiographie au sommet de l'orbite.

Bien que la perte du réflexe photomoteur soit expliquée par la section du nerf optique, la dissociation constatée entre le réflexe consensuel aboli et la réaction irienne normale à l'accommodation et à la convergence peut être regardée comme l'analogue d'un signe d'Argyll-Robertson traumatique.

Un cas de myotonie atrophique. — MM. Claude et Coste présentent un homme atteint de myopathie avec pseudo-hypertrophie des deltoïdes et réaction myotonique, chez lequel ils ont constaté en outre de l'oxycéphalie, une calvitie frontale, une hypoplasie génitale, de l'acrocyanose,

de gros troubles psychiques. L'aire d'hyperglycémie post-hypophysaire est très supérieure à la normale.

Neurinome de l'auditif mis en valeur précocement par la radiographie. — M. Cl. VINCENT, opérant une malade pour arachnoïdite de la fosse postérieure, constata l'existence d'un petit neurinome de l'auditif, du volume d'un pois, qu'il put enlever. Or, en se reportant aux radiographies faites suivant la méthode qu'il a récemment décrite, il a pu se rendre compte que cette tumeur était décelable, malgré son volume réduit, par l'érosion du trou auditif interne.

Lésions post-traumatiques du lobe frontal. Intervention. Absence de symptômes cérébelleux et vestibulaires. — MM. A. THOMAS, T. DE MARTEL et J. GUILLAUME présentent un malade âgé de quinze ans, qui subit un violent traumatisme de la région frontale droite, et fut atteint, un an plus tard, de troubles psychiques, d'accidents comitiaux et d'un syndrome d'hypertension intracranienne. Une ventriculographie montra l'amputation de la région frontale du ventricule droit.

A l'intervention, on constata un épaississement important de l'os frontal et l'existence de vastes cavités séparées les unes des autres par de minces parois dans tout le lobe frontal jusqu'à la paroi du ventricule lui-même refoulé. L'ablation fut totale. Il s'agissait de prolifération osseuse à myéloplaxes, avec gliome post-traumatique du lobe frontal.

Indépendamment de l'intérêt histo-pathologique de ces faits, les auteurs insistent sur l'absence chez ce malade de tout symptôme d'ordre cérébelleux ou vestibulaire, malgré l'importance de la résection.

Myoclonies rythmiques vélo-pharyngo-laryngées et myoclonies squelettiques. — MM. O. CROUZON et Jean CHRISTOPHE présentent une malade chez laquelle ils ont pu constater, au cours d'un syndrome pseudo-bulbaire et cérébelleux d'origine protubérantielle, l'apparition de myoclonies rythmiques et synchrones vélo-pharyngo-facio-laryngées bilatérales et de myoclonies oculaires et squelettiques unilatérales. Les auteurs discutent l'identité de nature des deux syndromes myocloniques, et tentent de préciser le siège des lésions et des dégénérations responsables de la symptomatologie observée.

Maladie de Schilder. — MM. Jacques DE MASSARY et R. ALBEISSAR rapportent l'observation d'une malade âgée de quarante et un ans, qui fut atteinte en octobre 1932 de faiblesse des membres inférieurs, de maladresse des membres supérieurs, avec troubles mentaux à type d'indifférence et de puérilisme. En six mois, ces symptômes initiaux se transformèrent en paraplégie spasmodique intense, avec troubles oculaires hémianopsiques par décoloration papillaire, apraxie, aphasie et démence complète. La ponction lombaire fut entièrement négative, et la mort survint en mars 1933 par escharre fessière avec infection secondaire et crise d'agitation maniaque. L'examen histologique révéla l'existence de zones très étendues de démyélinisation des centres ovales et de réaction microglique marquée, ce qui permit de porter le diagnostic de maladie de Schilder. A ce sujet, les auteurs insistent sur l'autonomie nette, du point de vue clinique et anatomique, de cette curieuse et rare affection.

M. LHERMITTE fait remarquer que bien des observations décrites sous ce nom doivent être distinguées de la maladie de Schilder véritable, qui est purement dégénérative, sans lésions inflammatoires.

Symptomatologie de l'hémorragie du thalamus. — M. J. LHERMITTE, à propos d'un cas de syndrome thalamique post-apoplectique, précise les caractères cliniques qui permettent de différencier les lésions malaciques et hémorragiques de la couche optique. Les premières s'expriment par une hémiplégie massive et brutale doublée d'hémanesthésie et d'aphasie et souvent d'une période comateuse prolongée. Plus ou moins vite, les phénomènes paralytiques et aphasiques se réduisent ou se dissipent, comme le montre un nouveau cas personnel. Les troubles de la sensibilité demeurent souvent intenses, mais ménagent les muqueuses orificielles, ainsi que les zones tégumentaires avoisinantes. Quant aux douleurs, tantôt celles-ci se développent, tantôt elles font défaut complètement comme dans le cas présent. Il semble que l'absence de douleurs spécifie une altération destructive massive du thalamus.

L'encéphalite japonaise. Etude anatomo-pathologique. — M. J. BERTRAND montre, par des projections, les caractères anatomo-pathologiques qui différencient l'encéphalite japonaise de la maladie de von Economo : l'importance des lésions méningées, les lésions destructives avec neuronophagie, rappelant celles de la maladie de Heine-Medin, enfin les lésions en foyer de démyélinisation, qui respectent parfois les cylindraxes comme pour la sclérose en plaques. L'évolution est très rapide. La plupart des malades meurent en quatre jours. Ceux qui survivent ne présentent jamais de syndrome parkinsonien.

Sur l'excentration pupillaire variable. — M. R. GARCIN a présenté, en juillet dernier, un homme atteint de paralysie périphérique dissociée de la troisième paire, chez lequel il avait décrit le phénomène de l'excentration pupillaire variable, associé à la résection myotonique à la convergence. Actuellement ces phénomènes ont disparu chez ce malade, et ont fait place à un myosis spasmodique. Cette évolution, rapprochée d'expériences anciennes de Pilz, permet d'attribuer l'excentration pupillaire variable à l'excitation d'un nerf ciliaire long.

Etat acromégaloïde et syndrome adiposo-génital associés au cours d'un syndrome d'hypertension cranienne. — M. M. DAVID présente un homme atteint d'hypertension cranienne avec syndrome adiposo-génital et état acromégaloïde. Il s'agit d'une dilatation ventriculaire par arachnoïdite, sans tumeur décelable.

L'action neurolytique du venin d'abeilles. Etude expérimentale. — MM. J. LHERMITTE et HASKOVEC ont étudié le venin d'abeilles, qui est employé couramment en thérapeutique, mais dont l'action sur le système nerveux est mal connue. Ils ont injecté de l'extrait de venin déprotéiné sous la peau et dans le sang de lapins, sans provoquer de réactions, à moins d'employer des doses qui ne peuvent se comparer avec celles que l'on utilise chez l'homme. Au contraire, l'introduction de venin dans la citerne sous-occipitale détermine de violentes et durables crises convulsives suivies de la mort du sujet. Chez un lapin qui avait survécu dix-huit heures, l'étude histologique a permis de constater l'existence de dégénérescences de neurones de la moelle, du cortex et des cellules de Purkinje du cervelet du type des altérations aiguës de Nissl.

D'autre part, les auteurs ont recherché si l'injection paranerveuse de venin provoquait des phénomènes qui puissent être rattachés à une atteinte des fibres des nerfs périphériques ; il n'en est rien. Mais si l'on injecte le venin directement dans le nerfs sciatique, on provoque des dégénérations importantes.

En résumé, l'introduction de venin d'abeille directement dans les centres nerveux ou dans les troncs périphériques met en évidence une propriété neurolytique très nette, dont on pourra sans doute tirer parti en thérapeutique.

Polynévrite neuro-anémique des membres supérieurs. — MM. H. ROGER et Jean OLMER ont vu, chez une malade revenant des colonies, une anémie de 2.800.000 globules rouges, d'origine indéterminée, s'accompagner d'une pa-

résie des membres supérieurs prédominant dans le territoire des radiaux, et rétrocéder rapidement par l'hépato et par la gastrothérapie. Au début de l'évolution on avait noté un syndrome de Korsakoff fruste.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1935)

La précipitation calcique dans le pancréas. — MM. Maurice LOEPER, A. LESURE, E. BIOY et P. PERREAU ont étudié la teneur en calcium du pancréas et du foie chez des sujets ayant succombé à différentes affections. Ils concluent de leurs recherches que le taux du calcium est, quel que soit le cas considéré, de 2 à 5 fois plus élevé dans le tissu pancréatique que dans le tissu hépatique. Un tel résultat met l'organe en imminence de précipitations, surtout en milieu alcalin, et explique sans doute la pétrification du pancréas dans certains cas particuliers.

Fixation du bromure de propyle dans le sang et dans le cerveau du cobaye après administration préalable de divers poisons du système nerveux central. — MM. TIFFENEAU et D. BROWN montrent que dans l'anesthésie du cobaye au bromure de propyle, la quantité d'anesthésique fixée par les diverses régions de l'encéphale est moindre quand l'animal a été préalablement soumis à l'action d'un hypnotique (chloralose, sonéryl, uréthane) et plus élevée lorsqu'il a été traité par un stimulant central (caféine).

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée

Vers le soleil... à moitié prix

Des fêtes qui plaisent et qui recommencent, une lumière du jour aux nuances gaies et franches, un air léger aux parfums de fleurs... des trains à moitié prix, voilà des choses qui parlent à votre imagination et vous invitent au voyage vers la Côte d'Azur.

Des trains spéciaux de 1re, 2e et 3e classes quitteront la capitale, à 14 heures, les 4 et 18 mars, 1er, 6 et 22 avril.

Pour l'accès dans ces trains, il est délivré, au départ de Paris, des billets d'aller et retour à demi-tarif de 40 jours, pour les gares de Saint-Cyr-la-Cadière à Menton inclus, ainsi que pour celles d'Hyères, des Salins-d'Hyères et de Grasse. Vous aurez la facilité de revenir par un train quelconque dès le 7e jour. Des arrêts, au retour, pourront avoir lieu à volonté, sans bulletin d'arrêt. En outre, vous aurez la faculté de vous rendre en autocar de la gare destinataire de votre billet à la gare d'arrêt que vous aurez choisie, à la condition d'utiliser le service d'autocars P.-L.-M. Nice-Marseille. A cet effet, vous devrez vous munir d'un billet d'autocar.

Les trains spéciaux ne comporteront pas de wagon-restaurant, mais vous pourrez vous procurer des paniers repas en gares de Paris et Dijon.

Le nombre des places est strictement limité. La vente des billets a lieu uniquement à la gare de Paris P.-L.-M., 20, boulevard Diderot ; elle commence 10 jours avant la date de départ de chaque train. Il n'est pas délivré de billets par correspondance. L'attention des voyageurs est spécialement attirée sur l'intérêt qu'ils ont à se procurer les billets dès les premiers jours de vente, afin de ne pas en manquer.

L'hypercalcémie du sang artériel dans la médication carbonique. — MM. A. MOUGEOT, V. AUBERTOT et J. SALLE ont prélevé du sang artériel chez le lapin et le chien qui avaient reçu au préalable une injection intrapéritonéale ou intrarectale de gaz carbonique. Les dosages pratiqués dans la burette de van Slyke montrant par des graphiques l'hypercapnie du sang artériel. Ces recherches sont un complément de celles faites sur l'homme par voie indirecte (tension de CO^2 dans l'air alvéolaire et dans les urines) qui avaient montré cette hypercapnie après introduction de CO^2 soit par voie intrarectale, soit dans un bain carbo-gazeux par résorption par osmose spontanée de la peau. On constate que la réserve alcaline primitivement normale demeure telle ; par contre, si elle était abaissée, on la voit se relever.

L'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye sous l'effet des injections sous-cutanées de lipase hépatique. — MM. N. FIESSINGER, H. GAJDOS et F. PEZZANGORA, ayant étudié l'action des injections de lipase hépatique sur la tuberculose expérimentale par inoculation sous-cutanée et péritonéale, constatent que les animaux traités de cette façon présentent une tuberculose plus limitée autant par ses lésions que par la densité de ses éléments bactériens ; elle permet une survie beaucoup plus longue, par comparaison avec des animaux témoins, et détermine des lésions d'un caractère tout différent avec caséification massive du foie et de la rate.

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1936)

Localisation des leishmanias dans les épithéliums des canaux biliaires normaux et cancéreux. — MM. L. NATTAN-LARRIER et Mlle J. DUFOUR. La leishmania du kala-azar peut se localiser dans les épithéliums des canaux biliaires de l'espace porte. Si ces canaux biliaires deviennent l'origine d'un cancer, les parasites se retrouvent en grand nombre dans les cellules cancéreuses dont la morphologie se rapproche le plus de celle des cellules normales homologues ; ils sont plus rares dans les cellules tumorales qui ont pris le type carcinomateux ; ils ne se voient plus dans les éléments qui ont subi la transformation muqueuse.

Essais d'immunisation de lapins par des variantes de bacilles tuberculeux tués par chauffage. — M. F. VAN DEINSE a immunisé des lapins par des injections de bacilles tuberculeux type aviaire S tués par chauffage, mi-partie intraveineuses, mi-partie sous-cutanées. Il est possible d'immuniser ainsi des lapins d'une façon sûre vis-à-vis d'une dose massive (1 mgr.) de la culture homologue vivante, inoculée par voie veineuse.

Résultats et intérêt pratique de l'ensemencement direct de 106 liquides céphalo-rachidiens dans des cas de méningite produite par des bacilles tuberculeux humains ou bovins. — MM. LESNÉ, A. SAËNZ, M. FONTES MAGARAO et L. COSTIL. L'ensemencement direct de 106 liquides céphalo-rachidiens, provenant d'enfants atteints de méningite tuberculeuse, a donné les résultats globaux suivants : dans 5 cas, la culture est demeurée négative mais l'enquête clinique a révélé qu'il ne s'agissait pas de méningite tuberculeuse ; 94 de ces liquides ont donné une culture eugonique de type humain et 7 une culture de bacilles bovins dysgoniques.

L'ensemencement direct du L.C.R. dans les milieux à l'œuf électifs donne donc 100 p. 100 de résultats positifs. Cette méthode, beaucoup plus rapide et plus sûre que l'inoculation au cobaye, la remplace avantageusement. Aucune défaillance n'a été observée, même avec des liquides ayant séjourné pendant plus de 15 jours à la glacière. L'ensemencement direct permet par l'aspect des cultures et avant l'inoculation au lapin, la caractérisation immédiate des types de bacilles d'origine bovine ou humaine.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1935)

Le claquage sportif. — M. TISSIER estime que l'on doit considérer le « claquage sportif » comme une myosite toxique. Cette hypothèse donne une orientation nouvelle pour le traitement, même préventif, de cette affection. Elle ouvre également des horizons nouveaux pour le traitement de la myosite du cheval connue sur le nom d'hémoglubinurie paroxystique a frigore.

A propos des différentes techniques pour la chirurgie plastique mammaire. — M. MONTANT montre qu'il n'existe aucune technique nouvelle, absolument inédite, s'appliquant à la cure chirurgicale plastique de tous les cas de dystrophie mammaire. Toutes les méthodes connues et décrites depuis de longues années ont chacune leurs indications, avec leurs avantages et leurs inconvénients. En dehors d'un intérêt esthétique pur, la chirurgie plastique mammaire offre un grand intérêt thérapeutique qui lui donne droit de cité dans le domaine de la chirurgie générale.

Résultat chez un malade traité par l'extrait bacillaire de Grimberg. — MM. GRIMBERG et SEIGNEURY présentent un malade qui, étant atteint d'adénites tuberculeuses suppurées, a été traité et guéri par l'extrait bacillaire de Grimberg.

Tests endocriniens. — M. DAUSSET présente un film fait à l'Hôtel-Dieu, montrant les tests endocriniens employés dans le service du métabolisme basal, angle d'impédance de Lamy et temps de réduction de l'oxyhémoglobine au spectroscope ; on établit ainsi suivant la méthode de Ferrier un électrogramme endocrinien, en excitant successivement l'hypophyse, la thyroïde, la mamelle, l'ovaire. Cela donne des indications très nettes sur les insuffisances glandulaires et on traite celles qui ramènent la courbe vers la normale.

Les anomalies du sein en dehors des hypertrophies et du prolapsus. — M. DARTIGUES, dans une série de dispositifs, a projeté les cas les plus divers allant de l'absence totale du sein ou *amazie* jusqu'aux *polymasties* les plus variées (glandes surnuméraires), et les possibilités actuelles de les guérir A ce propos, l'auteur montre l'exemple le plus rare, connu jusqu'à ce jour, un sein surnuméraire, dans le dos, au niveau du sacrum dont lui a envoyé la relation le professeur Bainbridge, de New-York.

A propos de la communication de M. Aubourg. — M. GUY-LAROCHE est d'avis que la communication de M. Aubourg sur les modifications heureuses de la cholestérolémie après les applications de courants exponentiels de basse fréquence de Le Go apporte un nouveau moyen très intéressant de traitement de l'hypercholestérolémie. Si, comme le dit Aubourg, l'action de courants sur le foie paraît probable, on peut aussi se demander si cette baisse de cholestérol n'est pas obtenue par action des courants sur le métabolisme cellulaire en général. Ces effets obtenus par une méthode physique sont à rapprocher de ceux que l'auteur a observés avec Grigaut et de Chaisemartin par la cure intensive d'exercices physiques au grand air. Il s'agit dans les deux cas d'une réactivation du métabolisme cellulaire aboutissant à des combustions plus parfaites.

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1935)

La pancréatine antichoc et anti-anaphylactique. Etude expérimentale. — M. A. LEGRAND montre que la pancréatine anti-choc et anti-anaphylactique, administrée suivant les règles précises qu'il a formulées par ailleurs, est actuellement la médication qui offre le maximum d'efficacité et de sécurité contre les accidents sériques et anaphylactiques.

Les tumeurs dites bénignes du sein contiennent parfois des germes de cancer. Leur opération large, mais esthétique. — M. DUPUY DE FRENELLE est d'avis que lorsque la mammite chronique se manifeste par une induration localisée dans une partie de la glande mammaire, il est prudent d'enlever au moins la moitié de la glande dans laquelle siège l'induration organisée en noyau, en plaque ou en bande. Le risque opératoire est infime et cette ablation qui n'est pas obligatoirement disgracieuse diminue le risque de la transformation cancéreuse. L'auteur apporte à l'appui de sa thèse l'observation démonstrative d'une malade atteinte de maladie chronique, opérée dans un premier temps. L'examen microscopique montre : dans la glande, uniquement des lésions de mammite ; dans les ganglions d'apparence normale enlevés avec la glande, des métastases cancéreuses. Deux ans après cette opération la malade présente à nouveau une petite tumeur que l'examen histologique a démontrée être un épithélioma.

L'anesthésie électrique. — M. R. GRAIN expose qu'à l'encontre de l'anesthésie générale ou locale opératoire, irréalisable électriquement, l'anesthésie médicale est très facilement réalisable par un procédé électrique simple. Sans effets appréciables ni durables sur les algies tronculaires, l'anesthésie électrique est le traitement de choix des algies des terminaisons nerveuses, sur lesquelles elle agit avec puissance et fidélité tout en restant indolore et inoffensive.

Comment éviter de devenir prostatique. — M. Georges LUYS, après avoir montré que l'hypertrophie de la prostate est une maladie extrêmement fréquente chez les hommes ayant dépassé la soixantaine, en étudie : les causes occasionnelles qui, à elles seules, ne peuvent engendrer cette hypertrophie. Ce sont l'âge, la congestion, la retenue volontaire prolongée des urines, la continence sexuelle, les excès vénériens, les affections concomitantes de l'appareil urinaire, et : la cause déterminante qui, pour l'auteur, est l'existence constante chez tous les prostatiques de l'*inflammation primitive des vésicules séminales*. Son opinion est basée sur 1° les constatations urétroscopiques qu'il a faites sur plusieurs milliers de prostatiques, et qui lui ont permis de suivre, pendant des annnées, les déformations successives apportées dans la fossette prostatique par le développement des spermatocystites chroniques ; 2° les constatations anatomiques qui montrent que le pus issu des vésicules séminales, se déversant constamment sur les glandes prostatiques sous-urétrales par l'intermédiaire du canal éjaculateur, les infecte chroniquement et d'une manière fatale. C'est donc l'infection primitive des vésicules séminales qui joue le plus grand rôle dans l'étiologie de l'hypertrophie de la prostate. Les conclusions thérapeutiques importantes qu'on est en droit de tirer de cet exposé sont : que *pour éviter de devenir prostatique, il faut, avant tout, se garder d'être atteint de spermatocystite.*

Les cœurs périphériques par A. MOUGEOT. In-8 25×16,5, 148 pages, 21 figures, 1936. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot frères.

Essai sur l'immunité. par J. BASSET, professeur à l'Ecole Nationale vétérinaire de Lyon. In-8° raisin 25×16,5, 88 pages, 1936. — Prix : 8 fr. — Paris, Vigot frères.

CHRONIQUE

LE Xe BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE

Vendredi dernier, la Société de secours mutuels aux femmes et enfants de médecins (F.E.M.) donnait son bal traditionnel dans les beaux salons du centre Marcelin-Berthelot.

M. le Président de la République s'était fait représenter ainsi que le ministre de la Santé publique. Dans l'assistance, très nombreuse et élégante, Mme la générale Georges, Mme Roussy, Mmes J.-L. Faure, Jayle, Marcel Labbé, M. Blaisot, ancien ministre de la Santé publique, les docteurs Siredey, Lobligeois, Mourier, les professeurs J.-L. Faure, Hartmann.

La soirée débuta par un concert où se firent entendre Suzy Solidor, l'émouvante chanteuse de la mer, Charpini, Brancato et Mlle Denisy, Jean Wiener qui accompagna les danses improvisées de la délicieuse Janine Charrat, qui est âgée de 11 ans. Enfin le Dr de Pomiane donna la recette des crêpes pour le Mardi gras.

Une spirituelle revue de Paul Colin avec de nombreux et brillants artistes termina le spectacle.

Le souper qui suivit fut le clou de la soirée. On sait que, par tradition, il est composé et exécuté par le Dr de Pomiane et Mme Henri Labbé, c'est tout dire. Il était servi, toujours suivant la plus aimable tradition, par un cortège de jeunes filles en blanc, coiffées du bonnet pointu des médecins du XVIIe siècle. Après le souper, les danses se prolongèrent avec entrain jusqu'au jour.

De cette belle soirée, il restera un souvenir exquis que tous les assistants garderont précieusement. C'est le merveilleux programme réalisé grâce aux laboratoires Rogier, Cortial, Zizine, Ranson, Camuset, Le Brun, Robert et Carrion, Bottu, Réaubourg. D'autre part Royat, Vals-Perle, Pougues, Cauterets, Heudebert, les Usines du Rhône avaient apporté leur collaboration à la Revue.

C'est dire que tous avaient aidé cette belle œuvre de solidarité qu'est la F. E. M. Qu'attendez-vous, mes chers lecteurs, pour vous joindre à eux ? » (1)

F. L. S.

Guide Rosenwald

L'édition 1936-1937, qui paraîtra cet été, sera celle du Cinquantenaire de la fondation du « Guide Rosenwald ».

Il est rappelé aux Confrères de France et des Colonies que, pour en recevoir un exemplaire *à titre médical*, il suffit d'envoyer au docteur P. Rosenwald, 99, rue d'Aboukir, à Paris, *avant le 1er mars* 1936, les renseignements suivants :

Nom et prénom usuel. Thèse (date et Faculté). Décorations. Titres médicaux. Spécialité. Adresse professionnelle. Jours et heures de consultation. Numéro de téléphone. Domicile précédent.

Prière de dater et signer. L'inscription est gratuite.

En échange de ces renseignements, un « Guide Rosenwald » 1936-1937 sera délivré à partir de la sortie de l'édition et jusqu'au 31 décembre prochain :

Gratuitement, aux bureaux du « Guide », 99, rue d'Aboukir, Paris (2e) ;

Ou franco à domicile, contre 5 francs à joindre en timbres-poste aux renseignements.

Le nom du Confrère sera alors aussitôt inscrit sur les listes de premier envoi, et le « Guide » expédié par port recommandé dès que paraîtront les premiers exemplaires de cette édition.

---

(1) F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (VIe). C. C. P. 1466-88.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 19. — MERCREDI 4 MARS 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Jury : MM. Aubourg, Gilson, Barret, Mahar, Paisseau, Mathieu (Paul-Auguste), Gosset.

Censeur : M. Desgrez.

Lecteurs : MM. Morel-Kahn, Marchant.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 26 février. — Questions données : « Abcès froids de la paroi thoracique. — Signes, diagnostic des hémorragies gastro-duodénales. »

MM. Bretton, 16,3 ; Champagne, 16,9; Mme Thaon, 20,6; MM. Aslanian, 17,1; Pinet, 21; Musset, 20,8 ; Gallaut, 20,3; Joly, 22,1 ; Mlle Montalant, 18,6.

Séance du 27 février. — Questions données : « Signes, complications, diagnostic des cancers du côlon sigmoïde. — Coma diabétique. Symptômes; évolution ; traitement. »

MM. Vivien, 20,5; Bauer, 21,7; Bret, 21,3; Plas, 21,6; François (André), 18,7 ; Etienne (Roger), 17; Bibas, 21,3; Lacombe, 16.

HÔPITAL SAINT-MICHEL (33, rue Olivier-de-Serres, Paris). — *Nomination aux fonctions d'interne.* (Service de gastro-entérologie : médecin chef, M. Maurice Delort; médecin adjoint, M. Maurice Renaudeaux.) — Nomination pour une durée de un an. — Registre d'inscription ouvert le 15 mars, fermé le 31 mars. — Nominations : première quinzaine d'avril. — Entrée en service : 1er mai.

Adresser les demandes à Mme la Supérieure de l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres.

Mettre sur l'enveloppe « concours de l'internat ».

UNE CONFÉRENCE DU PROFESSEUR PIERRE MAURIAC AU VIEUX COLOMBIER. — Le professeur Pierre Mauriac, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, fera le 6 mars, à 17 h. 30, à *Rive gauche*, Vieux Colombier, 21, rue du Vieux-Colombier, à Paris, une conférence sur « l'Influence des grands médecins de 1870 à 1936 ».

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital Broussais. Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile SERGENT.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 30 mars au samedi 4 avril 1936 inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 fr.

— M. le docteur I. Holmgren, professeur de clinique médicale à l'Université de Stockholm, fera une conférence le samedi 14 mars 1936, à 18 h., au grand amphithéâtre, sur le sujet suivant : « Etudes sur le B. C. G. au point de vue thérapeutique. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — I. Le professeur G. Portmann, avec la collaboration de MM. Despons, Berger et Leduc, fera à l'hôpital Saint-André et à l'hôpital du Tondu, à Bordeaux, son cours de clinique oto-rhino-laryngologique divisé en deux parties :

1. Enseignement clinique.

2. Cours spéciaux : *A.* sur les nerfs craniens; *B.* la broncho-œsophagoscopie; *C.* anatomie pathologique; *D.* cours de perfectionnement en français; *E.* five weeks american course, en langue anglaise.

Pour tous renseignements, s'adresser au professeur Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, à Bordeaux.

II. Cours du professeur Portmann, avec la collaboration de MM. Chabert et Auzimour, à l'hôpital de la Glacière, à Paris.

Ce cours comprendra l'enseignement clinique et des cours spéciaux.

Pour tous renseignements, s'adresser au professeur Portmann, clinique Franklin, 15, rue Franklin, à Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec émotion la mort subite, à l'âge de 81 ans, de M. Arnold Netter, agrégé, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, grand officier de la Légion d'honneur. M. Netter avait pris la parole à la réunion des Assises de médecine à l'Hôtel-Dieu. Atteint d'une brusque indisposition il succomba presque aussitôt.

— On annonce la mort du célèbre physiologiste russe Pawloff, décédé à Moscou, aux suites d'une grippe aiguë, à l'âge de 87 ans. Il était correspondant de l'Académie des sciences et doyen des associés étrangers de l'Académie de médecine.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur A. Rastouil, ancien interne des hôpitaux de Paris (1897), membre correspondant de l'Académie de chirurgie, chirurgien honoraire de l'hôpital de la Rochelle, officier de la Légion d'honneur, décédé à Lavaur (Tarn); M. le docteur François Jacoulet, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Vierzon, décédé à Paris; le médecin général de la marine Labadens, décédé à Paris; Auguste Pêtre, médecin du Palais-Bourbon; Georges Kern, maire de Thann, chevalier de la Légion d'honneur. Il était médecin inspecteur d'hygiène de l'arrondissement de Thann et vice-président du Syndicat professionnel des médecins du Haut-Rhin. Pendant toute la durée de la guerre, Kern avait dirigé les services d'hygiène de l'administration de l'Alsace. Tous ceux d'entre nous qui servirent alors dans la vallée de Thann gardent un souvenir ému de cet excellent confrère.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

TAXE SUR LE PRIX DE VENTE DES SPÉCIALITÉS

M. Paul Reynaud, député, demande à M. le ministre des finances si la taxe unique de 5 p. 100 doit être calculée sur le prix de vente d'une spécialité pharmaceutique ou sur ce prix majoré du montant du transport par la poste lorsqu'elle est expédiée franco, en faisant observer que sur le montant du transport par la poste le commerçant ne perçoit aucun bénéfice. (Question du 12 décembre 1935.)

Réponse. — Aux termes de l'article 77 du décret de codification du 27 décembre 1934, la taxe unique de 5 p. 100 est exigible sur le prix de vente au détail des spécialités (impôt compris, prix dont l'inscription sur les étiquettes en caractère apparent est obligatoire. (*J. O.*, 7 février 1936.)

HÔPITAUX. COMMISSIONS ADMINISTRATIVES

14441. — M. Camille Rimbert, député, demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° si un directeur d'hôpital public ou communal, non médecin, rétribué pour cette fonction, chargé du service général de l'établissement, mais n'exerçant ni les fonctions de receveur, ni celles d'économe, peut être nommé membre de la commission administrative de l'hôpital qu'il dirige ; 2° dans la négative, quels sont les lois ou règlements qui établissent l'incompatibilité entre les fonctions de directeur et celles de directeur administrateur. (*Question du 3 décembre* 1935.)

Réponse. — Il y a incompatibilité entre les fonctions de directeur d'un établissement public hospitalier et celles de membre de la commission administrative. Celle-ci étant de toute évidence, un texte n'a pas paru nécessaire pour l'imposer. (*J. O.*, 11 février 1936.)

DÉFENSE PASSIVE

SOUS-COMMISSION SANITAIRE DE DÉFENSE PASSIVE

Dans sa dernière séance, la sous-commission examinant avec les directeurs des différentes sociétés de secours, le recrutement du personnel médical et infirmier, a décidé de demander aux médecins dégagés de toute obligation militaire, de vouloir bien adresser leur adhésion de principe, aux directeurs des Sociétés de la Croix Rouge, ou à M. François, chef de service à la Préfecture de police, 2e division, boulevard du Palais, Paris (4e).

Ils seront convoqués ultérieurement pour signer un engagement et seront affectés aux divers postes de secours actuellement installés.

Pour le professeur Tanon, Président,
F. LE SOURD.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 3 mars. — Jury : MM. Pierre Duval, président ; Lenormand, Mocquot, Schwartz. — M. ABOULKER. Les adénites aiguës appendiculaires et l'adénolymphie mésentérique aiguë. — M. CALVET. Les arthrodèses dans la tumeur blanche du genou de l'enfant et de l'adolescent.

Jury : MM. Balthazard, président ; Bezançon, Champy, Chevallier. — M. BREITEL. Etude des dermatoses professionnelles et de leur législation. — M. LEROUX. Les plasmocytomes des voies aériennes supérieures.

Mercredi 4 mars. — Jury : MM. Léon Binet, président ; Couvelaire, Gosset, Tanon. — M. ARISTIZOBAL. Les rapports du foie et de la colopathie muco-membraneuse. — Mme PETRESCO. Valeur pratique, au cours de la gestation, des nouvelles réactions d'hémolyse.

Jeudi 5 mars. — Jury : MM. Lereboullet, président ; Terrien, Lemaître, Velter. — Mlle PETIT-LABAUVE. Septicémies à diploccus-crassus.

Charles NICOLLE

1866-1936

Un jour, en commençant son cours au Collège de France, Charles Nicolle déclarait : « Je n'aime pas les couronnes en papier doré ». L'illustre biologiste était tout entier dans ces mots. S'il fut suivant l'expression de Leriche, un des esprits les plus pénétrants de la médecine contemporaine et l'un des grands bienfaiteurs de l'humanité, il n'aimait pas qu'on le lui rappelât, car il était aussi simple que bon et accueillant.

Né à Rouen, en 1866, Charles-Jules Nicolle était le fils d'un médecin des hôpitaux de Rouen, professeur à l'Ecole de Médecine. Il commence d'abord ses études médicales à Rouen, puis, avec son frère aîné Maurice qui devait devenir lui aussi un grand biologiste, il vient à Paris. Maurice est reçu à l'internat en 1886, Charles en 1889. On sait quelle affection profonde unissait les deux frères. Elle ne fut rompue que par la mort prématurée de l'aîné. Pendant ses études à Paris, trois hommes enthousiasmèrent Charles Nicolle : à la Faculté de médecine Gombault, l'anatomo-pathologiste ; à l'Institut Pasteur Metchnikoff et Emile Roux, qui eurent sur Nicolle une influence décisive.

Les années passent. Charles Nicolle devient professeur de microbiologie et d'hygiène à l'Ecole de Rouen. En 1903, il est appelé à la direction de l'Institut Pasteur de Tunis. Là, pendant plus de trente ans, il dirige un merveilleux foyer de recherches dont le rayonnement s'étend rapidement bien au delà du bassin de la Méditerranée. Avec Etienne Burnet, il réalise un centre où viennent librement s'instruire et travailler tous les praticiens de Tunis et les médecins de colonisation. Nicolle les associe à ses recherches, et à ses découvertes, ce travail en commun n'est pas une des moins belles réalisations de l'homme d'action que fut Charles Nicolle.

Les honneurs qu'il ne cherchait pas arrivent cependant. En 1920, il est nommé associé de l'Académie de médecine et correspondant de l'Académie des Sciences. Il devait être élu membre non résident de l'Institut en 1929. Les prix Osiris (1927) et Nobel (de Médecine) (1928) lui sont attribués. En 1932, il est nommé professeur au Collège de France et occupe avec éclat la chaire de Laënnec et de Claude Bernard. Récemment enfin, il recevait la croix de commandeur de la Légion d'honneur.

Avant de citer les principaux travaux scientifiques de Nicolle, comment ne pas rappeler son œuvre littéraire et philosophique. Ce cerveau puissant s'est essayé avec un égal bonheur un peu dans tous les genres. Entendre parler Nicolle était un plaisir raffiné. Le plaisir n'était pas moindre à la lecture de ses œuvres et même de ses notes scientifiques si parfaitement ciselées. Le nombre de ses mémoires et de ses notes est très élevé, il est plus important encore si l'on envisage tout le bien qui en est ressorti.

Par sa découverte de l'agent propagateur du typhus (le pou), Nicolle a pu établir la prophylaxie du *typhus exanthématique*. Ses travaux ont éclairé la fièvre ondulante, la fièvre récurrente, le trachome, le Bouton d'Orient, la bilharziose, l'ankylostomiase, les fièvres éruptives et toutes les maladies infectieuses. Nous lui devons encore de nous avoir fait connaître les *infections inapparentes*, de nous avoir appris à utiliser les *sérums de convalescents*, les vaccins microbiens, la vaccination préventive contre la pneumonie pesteuse, etc.

Réalisateur, Nicolle réussit, par sa décision, à enrayer il y a quelques années, une redoutable épidémie de peste pulmonaire qui venait d'éclater à Tunis. Ce jour-là, l'Afrique du Nord et probablement l'Europe ont été préservées d'une effroyable catastrophe.

Il faut saluer très bas la mémoire de ce grand Français.

F. L. S.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

Une expédition scientifique à l'Himalaya. — Une expédition composée de dix alpinistes français : MM. de Segogne, chef de l'expédition ; Marcel Ichac et Samivel, cinéastes ; Pierre Allain, Raymond Leninger, Robert Deudon, Louis Neltner, Jean Charignon, Jean Carle et Jean Arlaud, va partir prochainement pour tenter, après tant d'expéditions étrangères, d'atteindre un des sommets de 8.000 mètres de l'Himalaya. L'objectif choisi est le Hiden Peak (8.068 mètres), dans le massif du Karakoroum. Elle s'embarquera à Marseille le 20 mars, et compte atteindre son camp de base après six semaines de marches d'approche vers la fin mai. Elle rentrera probablement en France dans le courant de septembre.

Le Corps médical est représenté par le docteur Jean Arlaud, de Toulouse, qui a été choisi pour assurer le ravitaillement, en raison de ses travaux bien connus sur l'alimentation des sportifs et en particulier des alpinistes, et M. Jean Carle, externe des hôpitaux de Paris. Ils comptent rapporter des observations nouvelles sur les réactions physiologiques dues au séjour prolongé en altitude et surtout en fonction de l'alimentation.

L'expédition a été mise sur pied grâce à une souscription nationale aidée d'une forte subvention du gouvernement et de dons généreux. Les laboratoires médicaux n'ont pas été les derniers à souscrire. Toutefois, les moyens financiers de l'expédition sont encore insuffisants, et elle accepte avec reconnaissance toutes les souscriptions qui voudront bien être adressées au Comité d'organisation, 7, rue de la Boëtie, à Paris, Chèques postaux : Paris 1601-86.

Première conférence internationale sur la thérapeutique par la fièvre. — Le premier congrès international sur la pyrothérapie se tiendra à New-York en septembre 1936. L'emploi de la fièvre, produite par les agents physiques ou autres agents, comme procédé thérapeutique, a reçu l'attention universelle depuis les dernières années. La conférence de New-York se propose de faire le point et d'amener des discussions intéressantes sur les divers aspects : physiologique, pathologique et thérapeutique de la question.

Cette conférence internationale est la suite logique de cinq conférences nationales qui s'étaient tenues aux Etats-Unis. Les trois premières réunions eurent leur siège à la « Rochester University Medical School » en 1931, 1932 et 1933. La quatrième se tint à Colombia University College of Physicians and Surgeons en 1934 ; la cinquième en 1935 à Miami Valley Hospital, Dayton-Ohio.

Pour tous renseignements sur le Congrès de 1936, s'adresser au secrétaire M. William Bierman, 471, Park avenue, New-York City (U.S.A.).

VIe Congrès de la Société Internationale d'Urologie. — A la suite de circonstances imprévues, le VIe Congrès International d'Urologie a dû être remis à une date ultérieure. Il se tiendra du 9 au 12 septembre 1936 à Vienne, dans les salles du Künstlerhaus, sous la présidence de M. le Président de l'Etat fédéral d'Autriche.

Le programme demeure le même : le 9 septembre : ouverture du Congrès. 1re question : le traitement du cancer de la prostate. Discussion. — Le 10 septembre, 2e question : les suppurations du parenchyme rénal. Discussion. — Le 11 septembre, 3e question : physiologie et pathologie de l'excrétion rénale. Discussion. — Le 12 septembre : assemblée générale. Communications libres.

A la fin du Congrès, une excursion collective à Budapest sera proposée.

Pour tous renseignements, s'adresser au professeur V. Blum, Alserstrasse 43, Wien VIII.

UN CAS D'INDURATION CUTANÉE DU NOURRISSON

Par MM. L. BABONNEIX et J. GOUYEN.

OBSERVATION. — F..., Fernand, âgé d'un mois et demi, nous est amené, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, parce que la maman a remarqué, dans les joues du bébé, depuis la troisième semaine, de nombreuses masses dures, arrondies, « de petites glandes », nous dit-elle.

Ce qui frappe, en effet, dès le premier examen, c'est la présence, à l'intérieur même des joues, de petites masses dures, de petits nodules arrondis ou ovalaires, nettement séparés les uns des autres. Ils sont au nombre de 6 à 10 pour chaque joue. Leur palpation paraît absolument indolore. Ils sont mobiles et n'adhèrent ni à la profondeur ni à la peau.

Les régions sous-maxillaires, sous-mentales et carotidiennes sont libres et ne présentent pas le moindre ganglion.

On retrouve, sur la face externe du bras, au-dessus de l'épitrochlée, quelques petites masses analogues. Mais, ici, elles sont moins mobiles. On arrive difficilement à plisser sur elles la peau, qui paraît comme infiltrée. Et surtout, symétriquement, sur la face externe des deux bras, existe une véritable coulée d'infiltration cutanée. Ce placard d'induration épaissit et double complètement les épaules, envahit en arrière, sur un demi-revers de main, la partie supérieure du dos, réalisant une véritable pèlerine. Les bords en sont assez nets, l'épaisseur en paraît d'un demi-centimètre, facilement doublée, en tout cas, aux épaules, où le blindage se fait beaucoup plus considérable. On plisse mal la peau sur le placard d'induration, et l'on mobilise fort bien, sur les plans du fond, le placard lui-même. Il n'y a rien aux aisselles ni dans les plis inguinaux. La coloration de la peau est normale sur toute l'étendue du placard.

L'élévation de la température locale fait défaut.

Le reste de l'examen est négatif.

L'état général est excellent, le poids et la croissance, normaux. L'enfant est à l'allaitement mixte.

Ses frères et sœurs sont traités dans le service pour une syphilis héréditaire. Mais, à part des testicules un peu gros et durs, aucun stigmate ne permettrait de révéler la syphilis chez le bébé qui nous intéresse. Le B.-W. est d'ailleurs négatif.

***

En somme, chez cet enfant, deux ordres de symptômes :

a) Larges placards d'induration cutanée en pèlerine, symétriques sur les deux membres supérieurs et les épaules, s'étalant encore plus largement, jusqu'à la pointe des omoplates, à un deuxième examen, pratiqué environ une dizaine de jours après le premier ;

b) Nodules durs, surtout localisés aux joues.

c) A noter, l'absence de tout phénomène inflammatoire. L'état général est parfait.

Quel diagnostic poser dans ce cas ?

Nous pouvons éliminer les infections : *érysipèle*, *lymphangite*, dont notre petit malade ne présente aucun symptôme : plaques rouges ou blanches limitées par un bourrelet, dans le premier cas, cordons rougeâtres, parallèles à l'axe du bras, dans le second, qui s'accompagnent toujours de phénomènes généraux graves, dont la fièvre ; les *productions syphilitiques*, puisque les placards ligneux ont disparu sans subir la fonte gommeuse ; le *sclérème*, plus précoce, propre aux prématurés débiles, où la peau est comme congelée dans certaines régions, dont, surtout, la face dorsale des pieds, la face postérieure des membres inférieurs, qui s'accompagne de phénomènes généraux graves aboutissant presque toujours à la mort ; la *sclérodermie*, exceptionnelle chez le nouveau-né (P. Woringer).

Nous voilà donc, par exclusion, conduits à l'hypothèse d'*induration cutanée curable du nouveau-né*, qui, pour notre cas, a été confirmée par la notion de traumatisme obstétrical. La mère ne fournit que des renseignements assez vagues, mais elle affirme cependant que l'accouchement a été difficile, laborieux, prolongé, que l'enfant est né en état de mort apparente et qu'une flagellation importante a été nécessaire pour le ranimer. L'examen histologique a été pratiqué par M. Lévy-Coblentz, chef de laboratoire de M. Sézary, à l'hôpital Saint-Louis, qui a bien voulu nous remettre la note suivante.

BIOPSIE N° 1542. — (Lésion de l'épaule.)

L'épiderme est normal.

Dans le derme, on note une légère augmentation du nombre des cellules conjonctives fixes.

Les lésions importantes siègent dans l'hypoderme, dont l'architecture générale est parfaitement conservée, mais dont le tissu adipeux a subi des altérations profondes.

De rares lobules ont un aspect presque normal. On note cependant l'inégalité du diamètre des cellules adipeuses, dont certaines sont deux ou trois fois plus volumineuses que les cellules normales.

Dans la plupart des lobules, de nombreuses cellules adipeuses — qui devraient paraître vides sur les coupes à paraffine — contiennent un feutrage lamelleux ou granuleux d'une grande finesse, colorable par l'éosine. Dans certaines cellules ainsi modifiées, on voit des lacunes fusiformes, empreintes de cristaux dissous par les opérations de l'inclusion à la paraffine.

Encerclant les lobules et à l'intérieur de certains, on note une réaction histiocytaire intense, qui va de la formation d'histiocytes spongieux, rappelant la cellule xanthélasmique, jusqu'à la cellule géante anguleuse, multinucléée du type rencontré dans les granulomes à corps étrangers.

Au point de vue histologique, tout se passe comme si la graisse était devenue étrangère à l'organisme et avait provoqué de ce fait les réactions anti-xéniques que nous venons de décrire.

Nous n'avons pas décelé de nécrose, d'hémorragie ou d'inflammation proprement dite dans le fragment examiné.

Les lésions que nous avons observées sont tout à fait superposables à celles figurées par Lecène et Moulonguet (1), qui ont pu faire une étude intéressante du processus chimique de la *cytostéatonécrose*.

Pronostic et tempérament. De l'importance de la constitution morpho-physiologique dans l'évolution des maladies, par le docteur Franck TISSOT (de Saint-Gervais). Préface de M. le professeur SERGENT. Un volume in-8° raisin, 108 pages, 30 figures. — Prix : 18 fr. — Paris, Vigot Frères.

Le traitement de la dysenterie amibienne, par le Dr Maurice HAMBURGER, médecin des hôpitaux de Paris, 1 vol. grand in-8 de 84 pages. — Prix : 12 fr. (Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles », J.-B. Baillière et Fils.)

(1) P. LECÈNE et MOULONGUET. La cytostéatonécrose ou saponification intracellulaire du tissu cellulo-adipeux sous-cutané, *Ann. d'Anat. Path. médico-chir.*, II, 1935, p. 194.

LE CERVEAU ET SON INFLUENCE SUR LES RÉACTIONS PUPILLAIRES

Par M. M. SCHACHTER,
Assistant du service de consultation neurologique de l'hôpital « Filantropia »,
Médecin de l'hôpital « Iubirea de Oameni » de Bucarest.

Nous nous proposons de faire un résumé des recherches faites par le professeur Carlo Ceni de Bologne (Italie), sur le cerveau et les réactions pupillaires et exposées dans une monographie récemment parue sous le titre : *Il Cervello e le reazioni pupillari*, 1935.

D'ailleurs, M. C. Ceni est connu par des recherches très intéressantes de clinique et d'expérimentation sur la maladie de Basedow, en montrant avec des documents fort curieux le rôle des *centres végétatifs corticaux* dans le mécanisme de cette maladie.

M. Carlo Ceni admet l'existence dans l'écorce, de centres régulateurs végétatifs qui servent *à exciter* le système glandulaire gonadien (testicules, ovaires et épiphyse aussi) et *à inhiber* le système hypophyso-thyroïdo-surrénalien. Ces centres agissent sur les glandes à travers le système végétatif infra-cortical qui forme le système paléo-végétatif ; les centres corticaux formant le système néo-végétatif.

Les centres végétatifs néo-formatifs de l'écorce cérébrale sont actionnés par des stimuli positifs ou négatifs. Les stimuli positifs excitent les deux systèmes néo-végétatifs provoquant l'hyperfonctionnement du complexe gonadique et l'hypofonction du complexe antagoniste hypophyso-thyroïdo-surrénalien, d'où résulte un effet *anabolisant*, favorable à la croissance et à la prospérité de l'organisme. Les stimuli négatifs donnent des résultats contraires, *catabolisants*, qui favorisent le déclin de l'organisme.

Les études sur les centres corticaux dilatateurs de la pupille ont montré à M. Ceni que la douleur psychique peut être conçue comme étant représentée par des centres sympathiques diffus dans toute l'écorce cérébrale et intimement liés avec des différents centres psycho-sensoriels et purement psychiques même, soit de la région polaire postérieure, soit de la région polaire antérieure. Ce serait grâce à ces centres réflectogènes dolorifiques de l'écorce, stimuli psychiques directs (émotions, craintes), et stimuli indirects (représentations mentales, souvenirs douloureux, etc.) que se produirait la réaction pupillaire du type mydriatique.

En ce qui regarde ces centres corticaux pupillo-dilatateurs, les voies *afférentes* seraient représentées par toutes les voies de la sensibilité générale et des sens spécifiques qui apportent les stimuli sensitivo-sensoriels vers l'écorce à travers le mésencéphale et le thalamus. Enfin des voies associatives uniraient les sphères sensitivo-sensorielles aux centres cortico-pupillaires ou encore, selon Ceni, aux centres sympathiques dolorifères corticaux.

Les voies *efférentes* seraient représentées par les voies motrices sympathiques qui partent des centres corticaux et se dirigent vers le centre moteur ciliospinal classiquement connu.

Les réactions pupillaires à la douleur et au plaisir ont les mêmes voies que celles de la douleur psychique. Seulement, M. Ceni pense que l'on doit admettre qu'il y a des causes endogènes qui peuvent exercer une influence spécifique capable d'orienter ces réactions pupillaires vers le côté douloureux ou non, et ces influences sont de nature *humorale* avant tout.

D'ailleurs, des recherches actuellement classiques avaient insisté sur l'influence des glandes endocrines sur le jeu pupillaire. Nous ne citerons que les noms de Lewandowsky qui a montré l'influence de l'adrénaline sur la pupille ; les recherches de Mazzei qui a montré les effets des différentes solutions contenant des extraits glandulaires sur l'œil isolé des animaux. Le pancréas aussi aurait une influence sur la morphologie pupillaire, car des injections intra-veineuses de cette hormone chez des animaux atropinisés et surréno-privés donnent des fortes myoses. D'autres auteurs (Aschner et Cozzoli) ont obtenu des myoses en injectant de l'insuline par voie conjonctivale.

M. Carlo Ceni a exécuté des recherches expérimentales en se servant ou bien d'injections de doses élevées de thyroïde chez des animaux, ou bien en leur enlevant cette glande avec les parathyroïdes. Dans ces recherches, on a suivi avec attention ce que devenaient les pupilles.

Voilà les résultats obtenus par *l'hyperthyroïdisation* expérimentale chez divers animaux : *a*) l'influence de la substance thyroïde sur la réactivité pupillaire à la lumière, douleur, crainte, etc., est minime ou nulle chez les animaux comme : le cobaye et le lapin, quoique ces mêmes animaux soient sensibles à la thyroïde. *b*) Cette même réaction pupillaire est plus nette chez les animaux plus évolués comme le chien par exemple. *c*) Chez cet animal, on obtient un effet plutôt mydriatique par une hypertonie du muscle dilatateur. D'ailleurs ces réactions mydriatiques dépendent largement du degré d'intoxication thyroïdienne. *d*) Les substances thyroïdiennes agissent aussi sur le parasympathique, mais plus faiblement. *e*) Enfin, dans l'hyperthyroïdisme expérimental, les réactions à la douleur, crainte, etc., sont nulles, tandis que la réaction à l'accommodation persiste longtemps, ne manquant que dans les phases d'intoxication sérieuse.

L'ablation de l'appareil thyro-parathyroïdien donne, du point de vue des réactions pupillaires à la lumière, douleur, crainte, etc., des résultats divers en correspondance avec le tableau clinique présenté par l'animal en expérience.

Ainsi, dans les cas où prédominait le tableau de la tétanie parathyréoprive, il y a, de même que l'état général d'excitation, une tendance vers la dilatation pupillaire aboutissant à une rigidité mydriatique maximale, avec absence de la réaction à la douleur et frayeur, mais avec conservation du réflexe accommodatif ; donc un Argyll-Robertson en *mydriase*.

Au contraire, dans les cas où prédominait le tableau de la cachexie strumiprive, ensemble avec le tableau dépressif il y avait une tendance progressive vers une myose, aboutissant elle aussi à une rigidité myosique, avec absence aux réactions à la douleur, et frayeur, mais avec conservation du réflexe à l'accommodation : par conséquent, un Argyll-Robertson en *myosis*.

D'ailleurs, la formule mydriatique ou myotique de la pupille dépendait chez les animaux en expérience de la prédominance du tableau thyro- ou parathyroïdien.

Selon M. Ceni, l'œil, ou mieux les réactions pupillaires peuvent être considérées comme un indice indiscutable de l'activité psychique, dans le sens qualitatif d'activité accélérée ou lente. Les ondulations du psychisme sont signalées par la musculature intrinsèque de l'appareil de vision. Naturellement, si certains états mentaux d'agitation et si en général les processus idéatifs accélérés s'accompagnent d'une réactivité sympathique ou même d'extrême dilatation, et si les processus psychiques d'allure lente s'accompagnent généralement de réactions pupillaires torpides, on ne peut pas affirmer actuellement, que nous ayons des faits en faveur de la *forme de ces réactions pupillaires*, dans des tableaux cliniques donnés.

D'ailleurs, M. C. Ceni a insisté largement sur le fait que dans la modalité des réactions pupillaires interviennent les constellations *humorales* aussi. Ce sont ces facteurs qui, selon l'auteur italien cité, influencent et dévient vers l'un ou l'autre des sens, les réactions pupillaires. Nous avons vu que les recherches expérimentales de M. Ceni avec l'hyperthyroïdisation ou l'ablation thyro-parathyroïdienne, apportaient à ce sujet des données très intéressantes.

D'ailleurs, les facteurs psychique et humoral (glandes endocrines) sont presque indissolubles, d'où la difficulté de montrer les frontières précises de l'un des deux.

Il ne faut pas oublier que facteur psychique et humoral, dépendant largement, à leur tour, d'un élément que le savant ne doit pas négliger et qui est bien mis en lumière par M. Ceni. C'est le *facteur constitutionnel*, pris dans le sens suivant : chaque animal réagit de façon d'autant plus ample et variable qu'il est sur une échelle zoologique supérieure. Ainsi s'explique que les divers animaux sur lesquels a expérimenté M. C. Ceni ont donné des formules de réactivité pupillaire qui, à première vue, pourraient passer pour équivoques tout au moins.

Du point de vue pratique, nous devons souligner que M. C. Ceni pense que la différenciation entre troubles pupillaires de nature organique (humorale) et psychique peut se faire. Voilà comment : pour les troubles pupillaires d'origine psychique plaideraient la vivacité et la rapidité réactionnelles ; pour des troubles de cause humorale, la réactivité torpide ou médiocre même des pupilles. De plus, les ondulations midriatico-myotiques à grande excursion plaident aussi pour leur conditionnement psychogénique. Le contraire est vrai pour les troubles humoraux.

En conclusion, pour le professeur C. Ceni, l'œil, organe si amplement représenté dans l'écorce cérébrale, peut être considéré comme l'organe révélateur des processus psychiques, mais aussi des processus humoraux (organiques) qui se passent dans l'écorce et qui sont sous son influence excitatrice ou inhibitrice.

Ces recherches expérimentales et cliniques si intéressantes méritent toute l'attention, et ouvrent, par leurs suggestions, des voies nouvelles de travail.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1936)

Ulcère gastrique. Syphilis héréditaire et syphilis nerveuse. Sclérose pulmonaire gauche et attraction du médiastin. — MM. Ferrabouc, Veyssi et Viala. Observation d'un cas d'ulcère gastrique chez un sujet ayant une syphilis nerveuse en évolution. Le malade présentait des signes d'hérédo-syphilis ainsi qu'une attraction du cœur et de la trachée par sclérose pulmonaire. A la fin de la période douloureuse, les signes radiologiques disparurent spontanément. Il n'y a à tirer aucune conclusion étiologique du résultat obtenu au cours du traitement spécifique.

Lésions nécrotiques de la peau guéries par le traitement digestif. — MM. Jahiel et Armand. Malades ayant présenté des lésions nécrotiques graves de la peau qui disparurent par la mise en œuvre d'un traitement digestif caractérisé par la suppression de toute alimentation animale. Dans les antécédents des malades, on notait des accidents sériques cutanés péri-sérothérapiques.

Néphrite chronique avec syndrome azotémique sans œdèmes ni hypertension. — MM. Benard, Poumailloux et Negreanu. Etude chez une malade suivie pendant quatre mois des divers traitements employés contre l'azotémie. Pas de résultat avec le cynara ; — variations du taux de l'azotémie avec l'administration alternative des régimes chlorurés et déchlorurés. L'urée a été suivie de l'augmentation du taux de l'urée sanguine. A l'autopsie, on trouva des reins scléreux remarquablement petits, ne dépassant pas 80 gr. à eux deux.

Traitement de la maladie d'Addison par l'extrait cortico-surrénal. — MM. Sergent, Launay et Racine appellent l'attention sur la grande variabilité des réactions individuelles vis-à-vis de l'extrait cortico-surrénal. Chez un malade mort d'insuffisance surrénale aiguë, ayant pendant six mois été soigné par des injections massives d'extrait cortico-surrénal, sans résultat appréciable. On trouva à l'autopsie une caséose totale des deux surrénales. Cet échec s'oppose aux résultats favorables obtenus chez d'autres addisonniens avec le même extrait.

Syndrome de Parkinson typhique aigu. — MM. de Gennes, Manant et de Véricourt. Syndrome de Parkinson aigu survenu à la troisième semaine d'une typhoïde grave. C'est le deuxième cas publié de faits semblables. Le syndrome était caractérisé par une hypertonie à type extra-pyramidal et par un tremblement typique ayant disparu avec la phase aiguë de la maladie.

Paralysie diffuse à type extenso-progressif avec dissociation albumino-cytologique et xanthochromie du liquide céphalo-rachidien au cours des oreillons. Mort par asphyxie. Examen anatomique. — MM. Cathala, Bertrand, Bolgert et Auzépy. Cas de paralysie ourlienne mortelle en huit jours. Début par paraplégie compliquée de parésie des membres supérieurs, de diplégie faciale, de troubles du pouls et de la respiration, lesquels entraînèrent la mort. C'est là une observation très rare.

A propos de ce cas, M. Alajouanine fait remarquer qu'il doit s'agir d'une polyradiculo-névrite généralisée due à un virus filtrant ayant une affinité spéciale pour la gaine de Schwann.

Hypertension artérielle et troubles humoraux. — M. Decourt montre l'inconstance des anomalies physiques et chi-

miques données comme caractéristiques du sang des hypertendus et apporte à l'appui de son dire l'analyse du sang de 10 sujets hypertendus. M. May appuie la communication de M. Decourt et démontre que l'hypersérinémie, l'hyperviscosité, la chlorémie plasmatique, sont, en pareil cas, inconstantes. M. May fait remarquer en outre que chez les hypertendus, la masse sanguine est plutôt diminuée qu'augmentée.

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1936)

Myélomes multiples. Images radiologiques et myélogrammes. — MM. CARNOT, CACHERA et Mlle TISSIER. Observation d'un cas de myélome multiple identifié par la ponction du sternum. Cliniquement, le malade présentait des douleurs lombaires et thoraciques, un effondrement de corps vertébraux avec cypho-scoliose et un amaigrissement énorme. A la radio : images arrondies, claires sur la plus grande partie du squelette, surtout au niveau du sternum, des côtes, du bassin, de la voûte cranienne, de l'humérus et du fémur. Les extrémités des membres étaient indemnes. La ponction sternale permit de faire le diagnostic entre le myélome primitif et les métastases osseuses néoplasiques. Le métabolisme calcique était normal. Albuminosurie jamais constatée. Les tumeurs myélomateuses étaient formées de cellules volumineuses, dont certaines étaient mal différenciées ; d'autres se rapprochaient des plasmocytes.

Un cas de scorbut parisien. — MM. PAGNIEZ, PLICHET et RENDU. Un cas de scorbut chez un chômeur. C'était un prédisposé ayant présenté auparavant deux poussées de purpura à larges ecchymoses et une adénite tuberculeuse. Guérison en 18 jours par le régime d'hôpital normal. S'agit-il, en l'espèce, d'un sujet susceptible de détruire dans le tube digestif une certaine quantité de vitamines C.

Spléno-contraction sous l'effet de l'adrénaline administrée par voie sanguine. — MM. CHABROL et SELLAT ont employé la méthode de l'injection lente et continue d'adrénaline, par voie veineuse, pour mesurer les variations de la tension artérielle et de la glycémie. Ils l'ont mise à profit pour étudier chez l'homme les perturbations que la spléno-contraction peut entraîner dans le métabolisme des principes biliaires. Recherches sur 15 malades ayant reçu des doses d'adrénaline comprises entre 5 dix-millièmes et 2 centièmes de milligramme par heure et par kilog de poids. L'activité de l'injection intraveineuse s'est traduite par une élévation immédiate de la glycémie et de la tension artérielle, par le degré de la spléno-contraction, par l'importance de la masse globulaire qui atteignit des chiffres supérieurs à ceux obtenus par l'administration de l'adrénaline par voie musculaire à la dose de 1 milligramme.

Un cas de rhumatisme de la chimiothérapie chez un goutteux ancien. — MM. TZANCK et KLOTZ. Un cas d'accidents articulaires au cours de la chimiothérapie, il s'est agi d'une forme hydarthrodiale, qui constitue une rareté. L'accident articulaire coïncide avec un rash cutané, le malade ayant présenté antérieurement des crises de goutte.

Un cas de septicémie pure à « Bacillus proteus », forme pseudo-palustre. — MM. DECOURT, LÉVY-BRUHL et FRANCHEL. Ce cas paraît consécutif à une infection dentaire. L'agent se rapprochait plus des souches de Proteus × 19 que des souches de *Proteus vulgaris*. Cliniquement, grands accès fébriles intermittents, rappelant les excès palustres. Terminaison par la guérison.

Bradycardies et syncopes d'origine digestive. — M. DOUMER (Lille). Etude des difficultés que peut présenter l'interprétation des malaises qui compliquent certains syndromes digestifs, couramment interprétés comme des lipothymies et syncopes alors qu'il ne s'agit que d'un malaise angoissant. En ce qui concerne les lipothymies et les syncopes vraies, l'auteur peut les attribuer au mécanisme que Laubry et Tzanck pensent être à l'origine des syncopes réflexes : inhibition du mécanisme régulateur de la pression sanguine provoquant l'ischémie cérébrale par vaso-dilatation paralytique du réseau capillaire et poussée d'hypotension aiguë.

Solution de quinine-urée comme agent de traitement des collections liquidiennes non suppurées. — M. WEISMANN-NETTER. A l'aide d'une solution de chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 %, l'auteur donne les résultats obtenus dans le traitement des hydrocèles vaginales et des kystes du cordon. Même thérapeutique pour les hydarthroses et les synovites chroniques. Le traitement pourrait être employé dans les cas d'épanchements chroniques, pleurésies ou péricardites.

Calcification du péricarde. — M. DESBUQUOIS (Tours). Deux cas observés lors d'examens radiologiques systématiques, sans symptômes cliniques autorisant le diagnostic. Des radiographies prises sous différentes incidences permirent de localiser le dépôt calcaire.

Zona accompagné d'éléments varicelliformes faisant penser à une varicelle concomitante. — MM. CHEVALLIER et GORSE.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1936)

Abcès du cerveau d'origine otitique opérés et guéris. — MM. LESNÉ, M. DAVID, Cl. LAUNAY et ASKANASY présentent deux enfants, une fillette de 11 ans et un garçonnet, auxquels ont été enlevés deux abcès du lobe temporal, l'un droit, l'autre gauche.

Ces abcès, consécutifs à une otite latente sans otorrhée révélée seulement par une douleur auriculaire fugace, sont déjà remarquables par leur rareté. Ils ont de plus évolué sans otorrhée chronique comme une véritable affection neurologique passant par trois stades successifs : encéphalite diffuse suivie de rémission et enfin apparition de signes tumoraux. L'intervention fut pratiquée dès l'apparition de ces derniers, une fois le diagnostic confirmé par une ventriculographie.

Ces deux cas guérirent sans aucune séquelle, et la rapidité de la guérison semble être le fait de la technique opératoire suivie, ayant consisté dans l'ablation en une seule pièce, sans drainage et avec fermeture immédiate, de toute la collection purulente.

La mastoïdite du nourrisson. — MM. RIBADEAU-DUMAS, RAMADIER, GUILLON et LE MELLETIER, convaincus de l'influence considérable de l'infection dans le déterminisme des états marastiques de la première enfance, ont étudié en collaboration médico-chirurgicale le rôle des otites et des mastoïdites comme agents de morbidité et de mortalité dans le premier âge. Sur 109 observations qu'ils ont recueillies, ils trouvent un total de 14 mastoïdites latentes décelées seulement par l'autopsie. 65 p. 100 des cas qu'ils ont suivis et opérés se sont terminés par la guérison. Le pronostic ne dépend d'ailleurs pas de la date de l'intervention, mais de la virulence et de la gravité de l'infection, dont la mastoïdite n'est qu'une localisation. Les cas de mastoïdite isolée se sont toujours terminés par la guérison.

Le diagnostic est souvent très difficile, et il convient de songer à cette éventualité chez les enfants dont l'état général grave s'accompagne d'acidose et de déshydratation sans cause, même durant les mois d'été. C'est ainsi que les auteurs ont observé une mastoïdite latente dans 10 p. 100 des cas de syndrome cholériforme grave ; ils ont obtenu la

guérison dans deux des trois cas opérés. Enfin, la mastoïdite du nourrisson représente 11,5 p. 100 des cas de mortalité des enfants du premier âge.

Un cas de hernie diaphragmatique de l'estomac. — M. R. Marquézy présente une enfant de 5 ans, qu'il suit depuis l'âge de 16 mois, et qui est atteinte de hernie diaphragmatique avec migration de l'estomac dans le thorax. Cette enfant ne présenta jamais aucun signe gastrique, et le diagnostic fut posé au cours d'un examen radiologique motivé par l'anémie très marquée et l'anorexie dont se plaignait cette petite malade.

Trois cas d'ostéite à paratyphiques B chez le nourrisson. — M. J. Leveuf, Mlles de Pfeffel et Philippe ont observé chez le nourrisson trois cas d'ostéite à paratyphique B alors qu'il s'agit d'une affection rare.

Les signes d'ostéo-arthrite sont apparus brusquement, sans aucun signe d'affection paratyphique antérieure. L'examen des radiographies a permis de constater la localisation des lésions dans la métaphyse, contrairement à l'opinion classique.

Le liquide prélevé par ponction a permis d'isoler un germe qui put être identifié comme du paratyphique B par les cultures sur milieux spéciaux et l'agglutination par les sérums expérimentaux. Enfin le séro-diagnostic de ces enfants devint ultérieurement positif au taux minimum de 1/300 pour le para B.

L'évolution de ces ostéo-arthrites a été très simple, et la guérison obtenue spontanément sans vaccinothérapie. Cependant les lésions radiologiques ont continué à évoluer pendant plusieurs mois après la guérison clinique, et il y a lieu de faire quelques réserves pour l'avenir en raison de la persistance de séquelles, telles que géode osseuse ou disparition d'un noyau épiphysaire.

Vaccinothérapie des broncho-pneumonies. — M. Nativelle expose les résultats très encourageants qu'il a obtenus dans le traitement des broncho-pneumonies par l'emploi d'un nouveau vaccin.

Pyodermite chancriforme. — M. Stavropoulos a constaté la présence d'une ulcération chancriforme accompagnée d'adénopathie inguinale sur la vulve d'une enfant de 20 mois. Mais toutes les recherches biologiques ont permis d'écarter le diagnostic de syphilis, et il s'agissait en réalité d'une pyodermite banale.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(Séance du 11 janvier 1936)

Contrôle histologique de l'action immunisante pour le singe cynomolgus d'une souche S de bacille tuberculeux humain. — M. P.-F. Armand-Delille et Mlle F. Bloch ont étudié histologiquement les organes d'un *Macacus cynomolgus* inoculé sous la peau de tuberculose virulente après injection préalable d'une forte dose d'une souche S de bacilles humains dont ils avaient préalablement démontré l'absence de virulence.

Alors qu'un témoin, singe neuf de même espèce et de même poids, inoculé de la même dose virulente, meurt en 64 jours de tuberculose généralisée avec foyer caséeux et bacilles dans tous les organes, l'animal préalablement traité et sacrifié en bonne santé au bout de 6 mois ne présente qu'un petit abcès caséeux avec bacilles au point d'inoculation ; les ganglions sont indemnes ; les organes ne présentent ni follicules ni bacilles tuberculeux.

MM. Nègre et Bretey signalent à propos de la communication de M. Armand-Delille qu'ils ont obtenu des résultats semblables chez un singe cynocéphale, prémuni par inoculation intraveineuse d'une souche eugonique de bacilles tuberculeux. Ce sujet a montré une résistance complète à une infection virulente d'épreuve réalisée par voie sous-cutanée, alors que le singe témoin présentait des lésions de tous les organes.

Comportement clinique et réactions hématologiques chez les lapins, immunisés par des variantes S de bacille tuberculeux tués par chauffage. — MM. E. van Deinse et E. Loukidis. L'immunisation par les bacilles S morts provoque chez le lapin l'apparition d'une lymphocytose moyenne ; l'injection d'épreuve intraveineuse massive de bacilles S vivants est suivie immédiatement d'une forte neutrophilie chez les animaux qui résistent et d'une simple ébauche de neutrophilie chez ceux qui meurent de shock ; cette neutrophilie fait place, dans les 8 jours qui suivent, à une forte lymphocytose d'une durée d'un mois.

Action du ricinoléate de sodium sur le virus de la rage. — MM. H. Violle et J. Livon ont montré, par des inoculations de bulbes rabiques chez le lapin, le pouvoir virulicide du ricinoléate de sodium. Ces faits confirment l'action de ce corps sur divers virus neurotropes. Il y a là un fait intéressant, qui peut servir de base à une méthode de vaccination.

Bacille dysentériforme, agent pathogène probable d'une entérite grave à caractère épidémique dans un service de nouveau-nés. — Mlle Marguerite Aïtoff et M. Robert Daunay ont isolé des selles de nouveau-nés entéritiques un bacille présentant les caractères morphologiques et biochimiques du bac. de Flesner, dont il se distingue par sa grande virulence pour les animaux de laboratoire et par la toxine qu'il sécrète, caractères qui le rapprocheraient des bacilles dysentériques, type Shiga. Ce bacille est considéré comme l'agent pathogène des cas d'entérite graves, observés dans le service de M. Devraigne, à Lariboisière.

Mise en évidence des bactériophages intracellulaires d'une souche spontanément lysogène. Non-filtrabilité des bactériophages ainsi décelés. — M. E. Wollmann et Mme E. Wollmann, poursuivant leurs recherches, montrent que le lysozyme agissant sur une souche spontanément lysogène de *B. megatherium* ne libère les bactériophages qu'à partir de germes vivants. D'autre part, il ne s'agit pas d'une mise en liberté à proprement parler, les bactériophages décelés par le lysozyme n'étant pas filtrables.

Essais en vue de retarder l'apparition du cancer (lymphosarcome) dans une lignée de Souris. — MM. L. Mercier et L. Gosselin. Le pourcentage et l'âge d'apparition des cas de lymphosarcome étant bien établis pour la lignée de Souris qui constitue l'élevage des auteurs, ceux-ci ont tenté quelques essais en vue de rechercher s'il était possible de retarder l'âge auquel se manifeste cette forme de cancer.

Des injections répétées et alternantes d'hyposulfite de magnésium d'une part, et d'autre part du mélange thyroxine, adrénaline et extrait du lobe antérieur d'hypophyse n'ont pas modifié les conditions d'apparition du lymphosarcome telles qu'elles se présentent dans leur lignée de Souris.

M. Borel rappelle à ce sujet qu'avec les souris de cette lignée, on obtient, dans 100 p. 100 de greffe de lymphosarcome, des résultats positifs.

Influence de l'élévation provoquée de la réserve alcaline sur les troubles physio-pathologiques de l'élimination rénale. — MM. C. Sannié, René Huguenin et R. Truhaut ont déjà étudié « l'influence de l'élévation provoquée de la réserve alcaline sur les troubles physio-pathologiques de l'élimination rénale ». Chez un nouveau malade, ils ont

pu renouveler leur expérimentation ; leurs résultats confirment l'influence favorable de la thérapeutique bicarbonatée sur les perturbations humorales (azotémie, chlorémie, réserve alcaline) et sur les signes cliniques des insuffisances rénales. En outre, ils insistent sur le décalage qu'on observe entre l'apparition des perturbations humorales et celle des signes cliniques ; on retrouve ce décalage dans l'action de la thérapeutique bicarbonatée, celle-ci n'agissant qu'après un temps de latence, d'abord sur le syndrome humoral, ensuite sur le syndrome clinique.

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1936)

Lipémie, calcémie et potassémie au cours de l'excitation expérimentale de l'hypothalamus. — MM. A. VAN BOGAERT et L. VAN MEEL. L'excitation de la portion rétrohypophysaire du plancher du 3e ventricule détermine : 1° une chute considérable de la lipémie presque exclusivement aux dépens des acides gras, le cholestérol et l'insaponifiable ne se modifiant pas ou peu ; 2° une légère augmentation du chiffre de la calcémie, parallèle à une légère diminution du taux de la potassémie.

Action des ultrapressions sur le virus de la peste aviaire. Pouvoir antigène du virus ultrapressé. — MM. P. LÉPINE, J. BASSET et M.-A. MACHEBOEUF. Le virus de la peste aviaire est détruit en trente minutes par une pression de 4.000 atmosphères. Le virus ainsi inactivé conserve un certain pouvoir antigénique conférant à la Poule une faible résistance relative, mais il n'a pas été possible, même par l'inoculation de doses élevées, de déterminer au moyen du virus ultrapressé l'état réfractaire chez les animaux inoculés.

Sur la dispersion des bacilles de surinfection dans l'organisme des cobayes tuberculeux. — MM. A. BOQUET et R. LAPORTE étudient la dispersion des bacilles d'épreuve inoculés par voie sous-cutanée à des cobayes tuberculeux. Pour distinguer, par la culture, les bacilles de primo-infection et les bacilles d'épreuve, ils ont utilisé des germes dont les colonies présentent des aspects différents sur les milieux d'isolement. La primo-infection des cobayes a été réalisée avec une souche de bacilles bovins appartenant à la variante dysgonique S, la surinfection, avec des bacilles humains ou bovins du type eugonique R.

Chez les cobayes surinfectés, la culture a démontré que les bacilles virulents d'épreuve restent bloqués au lieu de l'inoculation pendant 2 semaines ; dans la suite, quelques éléments peuvent atteindre les ganglions avoisinants.

Chez les animaux primo-infectés, au contraire, les bacilles virulents inoculés sous la peau sont retrouvés par culture dans les ganglions correspondants entre le 3e et le 7e jour ; ils sont décelables dans la rate dès le 15e jour.

Le lévulose, substance de déséquilibre. — M. Raoul LECOQ montre, en s'appuyant sur l'essai physiologique conduit sur le Pigeon, que le lévulose est une substance qui, aux fortes doses, entraîne un déséquilibre alimentaire atténué, mais incontestable, auquel l'action faiblement laxative du miel pourrait être attribuée.

De l'inscription simultanée des bruits artériels et des pulsations à l'humérale en sphygmomanométrie auscultatoire. — MM. C. LIAN et V. GOLBLIN ont réalisé cette inscription simultanée de la façon suivante : *a*) brassard brachial relié à un oscillographe Boulitte ; *b*) sachet phonendoscopique du phono-sphygmomètre Lian relié à un microphone branché sur l'électrocardiographe Boulitte.

Pour une contre-pression égale à la pression artérielle maxima Mx, le bruit artériel est nettement en retard sur le pouls huméral ; ce retard est en général de 4 à 8/100 de seconde et peut atteindre à l'état pathologique 20/100 de seconde.

En décomprimant le brassard brachial, on voit le retard du bruit artériel diminuer peu à peu. Enfin, pour une certaine valeur de contre-pression, le bruit artériel et le pouls huméral sont synchrones et le restent pour les chiffres inférieurs de contre-pression.

Détermination précise de la pression artérielle minima par l'inscription simultanée des bruits artériels et des pulsations à l'humérale. — MM. C. LIAN et V. GOLBLIN, en étudiant les variations du retard des bruits artériels par rapport au pouls de l'humérale, ont remarqué que le synchronisme des bruits et du pouls se produit au moment où le brassard brachial est gonflé sous une pression égale à la pression minima.

En effet, tant que la contre-pression brachiale est supérieure à la valeur de la pression minima, l'artère est déformée. complètement ou incomplètement écrasée. Il s'écoule quelques centièmes de seconde avant que l'artère ait retrouvé sa forme arrondie et soit alors le siège de vibrations audibles constituant le bruit artériel perçu en sphygmomanométrie auscultatoire.

Au contraire, quand la contre-pression brachiale est égale à la pression artérielle minima, l'artère garde constamment sa forme arrondie. De ce fait, lorsque se produit le phénomène du pouls, l'artère est immédiatement le siège des vibrations audibles constituant le bruit artériel.

Certes, ce procédé de mesure de la minima n'est pas destiné à être utilisé dans la pratique journalière. Mais il présente l'intérêt de servir de pierre de touche à l'exactitude des méthodes cliniques. Ainsi il confirme la justesse des chiffres obtenus pour la pression minima par la méthode oscillométrique selon les dernières directives de Pachon (1930).

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1935)

Les tumeurs dites bénignes du sein contiennent parfois des germes de cancer. Leur opération large, mais esthétique. (Suite de la discussion du 8 novembre.) — M. BLANC considère comme exagérées certaines des conclusions de la communication faite par M. Dupuy de Frenelle à la séance du 8 novembre, surtout en ce qui concerne les mammites chroniques. Il souligne l'importance de l'examen histologique.

M. DUPUY DE FRENELLE précise quelques conclusions de sa communication faite à la dernière séance. En particulier, il note que l'ablation large ou totale du sein ne saurait s'appliquer à la mammite chronique banale, qui se caractérise par une diminution de souplesse de la totalité du sein ou des deux seins.

Un cas de ténoplastie des muscles fléchisseurs des doigts pour une main en griffe (pseudo-maladie de Volkmann). — M. Raphaël MASSART fait un rapport sur cette observation communiquée par M. Lucien Diamant-Berger (de Paris), et dans laquelle cet auteur a pratiqué, sur huit tendons, des allongements au niveau du canal carpien. L'amélioration apportée au malade a été considérable et s'est maintenue.

Fracture verticale de la rotule quatre ans après une opération de Krogius. — M. André TRÈVES fait un rapport sur un travail de M. Lucien Diamant-Berger (de Paris). Il s'agit d'un jeune homme atteint de luxation bilatérale de la rotule, à qui, en 1930, à l'âge de seize ans, fut faite des deux côtés l'opération de Krogius-Lecène (un faisceau du vaste

interne est transporté à la partie externe et passé en cravate au-dessus de la rotule). Quatre ans après, à la suite d'un traumatisme (chute sur le genou gauche), grosse hémarthrose. Six semaines après, à la suite d'un effort, fracture verticale avec déplacement en dehors du fragment externe. Cerclage. Guérison.

Le rapporteur fait observer que la rotule luxée congénitalement est malformée et peut présenter une fragilité spéciale. De plus, l'intervention plastique, en transposant seulement la rotule coude au niveau de l'os, avec un angle à sinus externe, la tige que constituent le quadriceps, la rotule et le tendon rotulien. Il semble donc utile de compléter l'intervention par transfert en dedans de l'insertion tibiale du tendon rotulien, comme l'ont fait Roux, Mouchet, etc...

Histoire clinique d'un cas de linite plastique. — M. Jean Lanos communique la suite d'une observation de linite plastique localisée au pylore, pour laquelle il avait fait une hémigastrectomie en février 1933, et qui avait été publiée comme un cas de guérison en mai 1935 dans la thèse de J.-E. Martin ; mais à partir de juillet-août 1935, apparurent des signes de récidive et de généralisation : gros foie, masses abdominales, ascite légère, parois rectales infiltrées. L'auteur conclut que le pronostic de la linite plastique, même opérée à son début par une exérèse large, reste très sombre : extension quasi fatale du processus à tout le tractus digestif.

Fractures à retardement ou fractures avec déplacement en deux temps. — M. Masmonteil désigne sous cette dénomination des cas où l'accident initial ne détermine aucune lésion immédiate du squelette visible à la radiographie ; mais où un nouvel examen aux rayons X, pratiqué quinze jours plus tard, fait constater l'existence d'un grand déplacement. Il en communique deux cas caractéristiques : l'un de fracture du col du fémur, l'autre de fracture de la clavicule, et il insiste sur l'intérêt de ces observations, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue médico-légal.

Diagnostic de la mortification de l'os par l'étude galvanométrique. — M. Masmonteil a observé, au cours d'études électrolytiques sur le matériel d'ostéosynthèse, que l'os vivant avait une tension électromotrice élevée, tandis que l'os mort a une tension nulle ; aussi, l'auteur voit-il, dans le galvanomètre, un moyen facile de diagnostic pour connaître l'état de mortification de l'os, ainsi que l'étendue de celle-ci.

Appendicite opérée à chaud. Occlusion intestinale consécutive. Iléostomie. Fermeture ultérieure de la fistule par résection de l'anse et anastomose termino-terminale. — M. R. Français communique trois observations d'occlusions intestinales post-appendiculaires qui furent guéries par la ponction de l'intestin. Dans deux de ces cas, la fistule porta sur le cæcum ; dès la fin de la période d'occlusion, ces fistules se fermèrent spontanément. Dans un troisième cas, les accidents d'occlusion survinrent vers le septième jour, après une opération d'appendicite avec abcès. La ponction put être faite sur le cæcum ; elle porta sur l'anse grêle distendue qui se présenta la première ; les accidents d'occlusion cessèrent, mais, très vite, la fistule entraîna des ulcérations de la peau par l'action des sucs intestinaux et pancréatique et une cachexie rapide par dénutrition. L'action corrodante des sucs intestinaux empêchait la fermeture spontanée, à l'inverse de ce qui se produit si la fistule est située sur le cæcum ou la portion avoisinante de l'iléon. Il fallut recourir à la résection de l'anse fistulisée et à une anastomose termino-terminale des deux segments de l'intestin grêle, qui amena la guérison rapide du malade.

L'emploi en chirurgie orthopédique de liquides hémostatiques. — M. Raphaël Massart utilise couramment ces liquides, qui simplifient et l'acte et les suites opératoires.

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1935)

Un cas de résection des apophyses épineuses pour une cyphose dorsale douloureuse. — M. Raphaël MASSART fait un rapport sur un travail de M. Vidal-Naquet (de Paris), consacré à une technique qui a déjà été expérimentée par le prof. Leriche, et qui lui a donné dans le cas présenté un excellent résultat, en calmant les douleurs, en supprimant les contractures et en rendant une vie active possible à un malade qui, depuis des années, souffrait du dos. Le rapporteur fait un parallèle entre cette méthode et le forage dans les arthrites chroniques de la hanche.

Nouveaux cas de radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — M. Jean GUISEZ communique les observations de trois malades atteints nettement de cancer de l'œsophage, vérifiés à la biopsie, dans lesquels, sous l'action du radium appliqué localement, la sténose a complètement disparu à l'endoscope. Parallèlement, la déglutition est redevenue possible aux aliments solides. Il insiste sur ce fait que les malades ont repris une vie absolument normale et des occupations souvent pénibles (boulanger, boucher). Il cite de nouveau, et pour mémoire, les cas résumés de trois malades présentés à la séance du 3 mars 1934 de la Société des Chirurgiens de Paris, et qui sont toujours vivants, quatre ans et demi, trois ans et deux ans et demi après traitement par le radium. On n'obtiendra, par ce traitement, de résultats durables que lorsque les lésions n'ont pas dépassé les limites de l'œsophage, c'est-à-dire lorsque le diagnostic a été posé de façon précoce. Or, l'endoscope peut seul établir celui-ci de façon précise à cette période de début. Dans plusieurs cas, soignés récemment, et bien qu'il se soit agi de formes avancées, l'association des rayons X profonds aux applications locales de radium a donné de très bons résultats.

Au sujet du traitement des brûlures par le tannin. — M. Etienne BERNARD fait remarquer les dangers de la formule communément utilisée pour le tannage des brûlures. Il rappelle l'instabilité du tanin et la difficulté de préparation d'une solution susceptible d'un emploi chirurgical. Il présente la formule d'une solution neutre, aseptique et sans danger d'intoxication mercurielle.

Les épithéliomas profonds de la face à évolution bénigne. — M. DUFOURMENTEL présente quelques malades et un certain nombre d'observations d'épithéliomas, tous vérifiés par l'histologie, et ayant évolué de façon bénigne. Les uns siègent à la mâchoire inférieure, d'autres dans le palais, d'autres dans les glandes salivaires, plus rarement dans d'autres régions de la face. Ils ont tous le caractère commun d'être des épithéliomas nés au niveau d'inclusions embryonnaires et, malgré l'examen histologique, malgré des récidives, restent toujours des tumeurs bénignes. Ils ne se compliquent jamais d'adénopathie ni de métastase, respectent indéfiniment l'état général, comme le prouve un des malades qui, à l'âge de 70 ans, en est à sa septième récidive, alors que la première apparition s'est faite aux environs de 20 ans (opérée par Doyen) et la deuxième aux environs de 30 ans (opérée par Chaput). Il convient donc d'appliquer à ces épithéliomas le traitement conservateur en rapport avec leur évolution bénigne.

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1935)

Un nouveau cas de scaphoïdite tarsienne chez l'enfant. — MM. R. CHUREAU (de Châtillon-sur-Seine), GUÉNEAU et DETOUILLON communiquent l'observation d'un enfant de sept ans présentant de la douleur du pied gauche avec tuméfaction de la face dorsale au niveau du scaphoïde. L'examen radiographique a montré l'aspect classique (opacité et aplatissement) de la scaphoïdite tarsienne de l'enfant. Les auteurs étudient les divers points de cette affection assez rare.

Cancer du col après hystérectomie subtotale. — M. P. SÉJOURNET communique une observation de cancer du moignon survenu cinq ans après hystérectomie subtotale pour salpingite, et une seconde où le cancer est apparu deux ans après un cancer du corps opéré, pour des raisons de technique, en subtotale. Il oppose les cancers du moignon, dits primitifs ou tardifs, aux cancers dits secondaires ou précoces. Ceux-ci, souvent méconnus (l'auteur en apporte deux exemples), sont interprétés comme traduisant l'évolution d'un néoplasme existant déjà au cours de l'opération initiale, mais le cancer peut n'être qu'en gestation, non décelable par les moyens d'investigation actuels. Contrairement à l'opinion courante, acceptée par les chirurgiens, le cancer du moignon est une complication que les radiumthérapeutes estiment à 5 p. 100 de l'ensemble des cancers du col : elle est donc relativement fréquente. Cette notion de fréquence, encore peu répandue, jointe à la gravité du pronostic chirurgical et à la résistance au radium, conduit l'auteur à se demander si l'hystérectomie subtotale doit continuer à rester une opération d'exception et si, en particulier pour le fibrome, elle ne doit pas laisser la place à l'hystérectomie totale.

Etudes électriques et métallographiques en vue de l'ostéosynthèse. — M. MASMONTEIL a étudié le potentiel électrique de certains métaux et plus particulièrement des alliages susceptibles d'être utilisés pour la fabrication du matériel d'ostéosynthèse. Or, il a remarqué que tous les métaux et alliages favorables à l'ostéosynthèse avaient une tension électrique voisine de celle de l'os ou même inférieure à elle ; tandis que les métaux nocifs ont une tension électrique supérieure à celle de l'os. Il a pu faire ainsi un choix qui sensiblement correspond à celui que Ménégaux avait obtenu en partant de la méthode biologique des cultures osseuses. Cette coïncidence des résultats est déjà un fait intéressant, et elle souligne l'importance de la nature du métal, du point de vue de la tolérance de l'os envers la prothèse.

Mais la nature du métal n'est pas seule en cause ; sa structure ne doit pas être altérée par des manœuvres d'écrouissage ; l'auteur montre par des clichés métallographiques ce que les traitements thermiques et mécaniques peuvent produire comme bouleversement au milieu des pièces de prothèse, créant ainsi dans leur épaisseur des zones hétérogènes, origine des corrosions.

La prothèse doit donc être homo-iso-électrique, c'est-à-dire avoir une constitution homogène et une tension électrique voisine de celle de l'os.

Assemblée générale. — Allocution du Président sortant, M. Peugniez ; allocution du secrétaire général, M. Charles Buizard ; rapport du Trésorier, M. Burty.

Elections. — Le Bureau de la Société est ainsi constitué pour 1936 : Président, M. Trèves ; Vice-Président, M. Planson ; Secrétaire général, M. Charles Buizard ; Secrétaire général adjoint, M. Raphaël Massart ; Trésorier, M. Burty.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1935)

Mon 5e cas d'ostéome de l'ethmoïde, observé chez une femme de 39 ans. (Présentation de l'opérée.) — M. E. ESCAT. — Aux 4 cas précédemment opérés et dont 3 ont été présentés à la Société entre 1912 et 1922, l'auteur a ajouté un cinquième. Il s'agit d'un ostéome de l'ethmoïde droit polypiforme, du type botrytique et de texture diploetique,

dont l'exérèse a été obtenue facilement par orbitro-rhinotomie transfaciale, intervention qui n'a laissé aucune cicatrice appréciable. L'étiologie de la tumeur doit être rattachée à deux traumatismes antérieurs et successifs de la région fronto-nasale, à 17 ans et à 22 ans.

L'auteur estime que la facilité d'énucléation des ostéomes de cette région, attribuée par Dolbeau à l'évolution isolée de la tumeur dans la fibro-muqueuse pituitaire, en dehors du squelette, et contestée par d'autres, doit être attribuée à la limitation habituelle du pédicule de l'ostéome et à son développement dans l'atmosphère cellulo-pneumatique de l'ethmoïde qui en facilite l'isolement.

L'exentération de l'orbite dans les tumeurs du globe oculaire. — MM. Gorse, Calmette et J. Garipuy présentent les photographies nécroscopiques et microscopiques d'une vaste tumeur de globe oculaire ayant envahi le tissu orbitaire histologique de la tumeur (mélanosarcome), réclamant une exentération totale du contenu orbitaire. Les auteurs exposent les excellentes suites opératoires de ce cas et, à ce propos, discutent les indications de cette opération.

Ectropion cicatriciel. — MM. Gorse, Calmette et J. Garipuy présentent un enfant atteint d'ectropion cicatriciel à la suite de brûlures ayant intéressé la presque totalité de l'hémiface, et les résultats de l'autoplastie par lambeau pédiculé qui a été pratiquée. Malgré la qualité cicatricielle du lambeau utilisé, le résultat a été très bon et la protection de l'œil assurée.

Fistulisation des kystes sacro-coccygiens. — M. R. Dieulafé. A côté des processus de fistulisation par abcédation du kyste, il peut y avoir un processus par infiltration de la peau par la masse tumorale et qui se manifeste par des signes subinflammatoires presque latents. R. Dieulafé apporte une observation à l'appui de cette hypothèse.

Volumineux abcès dysentérique du foie simulant cliniquement une pyonéphrose. Importance et valeur de l'urétéro-pyélographie dans le diagnostic des tumeurs abdominales. — M. L. Dambrin rapporte l'observation d'une malade présentant un abcès dysentérique du foie descendant jusque dans la fosse iliaque droite, où l'uretéro-pyélographie a montré un uretère droit dévié jusque devant la colonne vertébrale et un rein droit sain surélevé. L'intestin apparaît à la radiographie effectuée après lavement opaque, tout entier refoulé à gauche. M. L. Dambrin montre l'importance de l'uretérographie dans le diagnostic des tumeurs abdominales dont le diagnostic est imprécis.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(Séance du 13 décembre 1935)

Métastases sous-cutanées multiples d'un épithélioma du col utérin, deux ans après curiethérapie. — MM. Roux et Bétoulières. Epithélioma du col utérin n° 3, traité par le radium. Guérison locale. Deux ans après, apparition de cinq métastases cutanées (paroi thoracique, paroi abdominale, face antérieure du poignet gauche, région dorsale interscapulaire, région lombo-iliaque droite), entraînant l'exitus en quelques mois.

Les auteurs soulignent la rareté des métastases dans des cancers, et plus particulièrement des métastases cutanées.

A propos d'un cas de pellagre. — MM. Euzière, J. Vidal, R. Lafon et Quet rapportent un cas de pellagre caractérisé par des fugues, un état confusionnel avec délire onirique doux. D'autre part, quelques signes de sclérose combinée de moelle, des signes cutanés et digestifs classiques. Encéphalite psychosique aiguë terminale.

Pas de carence alimentaire dans l'étiologie.

Les auteurs soulèvent la possibilité d'une origine infectieuse dans leur cas.

Barbiturisme aigu à forme onirique et pseudo-cérébelleuse. — MM. Euzière, J. Vidal, R. Lafon et Quet ont observé un cas de barbiturisme aigu, 3 gr. 70 gardénal, qui a évolué en trois phases : 1° coma ; 2° signes cérébelleux et psychiques ; 3° retour progressif à la normale en quatre jours.

A ce propos, on note l'absence de dysarthrie et la durée de l'évolution.

Remarques sur quelques tests biochimiques chez les tuberculeux pulmonaires. — Amélioration clinique avec augmentation de la cholestérolémie et transformation du pouvoir dissolvant du sérum en pouvoir précipitant à la suite d'injections massives de vitamine D chez une tuberculeuse pulmonaire. — M. Amat.

(Séance du 20 décembre 1935)

L'atrophie partielle du nerf optique consécutive aux traumatismes du rebord orbitaire. — M. Dejean. L'atrophie optique totale consécutive aux fractures du frontal et du maxillaire supérieur est classique ; l'atrophie partielle est peu connue. L'auteur en apporte quatre observations. Les symptômes sont subjectifs et objectifs. L'acuité visuelle tombe à 1 ou 2 dixièmes dans les deux ou trois semaines après l'accident. Le champ visuel est rétréci concentriquement ou en quadrant suivant les cas. La papille est pâle. La pupille est en mydriase. Le réflexe photo-moteur est diminué.

La lésion causale est sans doute une fêlure discrète du canal optique irradiée de la fracture du rebord orbitaire, sans déplacement des fragments et non apparente sur les radiographies.

Disjonction traumatique de la symphyse pubienne et des symphyses sacro-iliaques. Résultats éloignés. — MM. Aimes et Parès rapportent les résultats éloignés d'une disjonction traumatique de la symphyse pubienne avec disjonction des deux symphyses sacro-iliaques, suivie pendant dix ans. Malgré la gravité exceptionnelle du traumatisme (état de choc intense, phlegmon gazeux de la cuisse, etc.), le résultat éloigné est parfait ; le blessé ne présente aucune séquelle.

Apophysite tibiale antérieure. — M. Aimes apporte deux cas d'apophysite tibiale antérieure, parmi plusieurs qu'il a observées. L'auteur, après avoir éliminé l'origine infectieuse et l'origine traumatique, pense avec la majorité des auteurs que l'apophysite est une dystrophie osseuse évolutive de l'adolescence.

Syndrome de Lobstein et Cornaz. — MM. Roux et Passebois.

Phases de stérilité et de fécondité physiologiques chez la femme (1), par le docteur A. Delevoy.

Ce livre apporte aux médecins une documentation précise et complète sur cette question nouvelle qui passionne actuellement le public.

L'auteur se base sur les notions les plus récentes de physiologie et d'endocrinologie ovariennes, qui permettent par un nombre considérable de tests de fixer avec précision la

(1) In-8 de 150 pages avec 16 tableaux. — Prix : 12 fr. — Paris, A. Legrand.

date de l'ovulation dans le cycle menstruel de la femme. Si, par ailleurs, l'ovule et le spermatozoïde ne conservent que peu de temps leur aptitude à la fécondation, il est évident que la conception ne peut prendre place qu'à des périodes précises et limitées de chaque cycle.

Des milliers d'applications et de faits précis, puisés dans une bibliographie importante, confirment ces travaux scientifiques. L'auteur insiste sur le très gros intérêt social et démographique du problème. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

POLYNÉVRITES ALCOOLIQUES

SIGNES. DIAGNOSTIC

Sensitives et motrices, les paralysies alcooliques siègent habituellement aux membres inférieurs et tout de suite nous insisterons sur deux notions importantes :

— Elles constituent une *affection grave* du point de vue *fonctionnel*.

— Elles ont parfois un *pronostic sévère*, du fait des *lésions* viscérales *associées*.

La forme habituelle, *paraplégique*, est typique : évoluant classiquement en trois phases : préparalytique où dominent les troubles sensitifs, paralytique et phase des troubles trophiques.

Phase préparalytique, initiale. — Les *troubles sensitifs* sont souvent marqués, aux modalités diverses : engourdissement douloureux des jambes, fourmillements, crampes musculaires, *nocturnes*, sensations de brûlures, de morsures et parfois même douleurs fulgurantes.

A l'examen, on objective également les troubles sensitifs : outre l'habituelle douleur provoquée par la pression des *masses musculaires* et des *troncs nerveux*, un signe de grosse valeur : l'*hyperesthésie cutanée de la plante des pieds*, *hyperesthésie symétrique*, avec souvent des troubles vasomoteurs et sécrétoires associés.

Tous ces troubles surviennent chez un malade *souvent éthylique notoire*, avec son facies classique, ses troubles digestifs, son tremblement, ses cauchemars.

On est orienté tout de suite vers un début de polynévrite et l'on recherche *les troubles moteurs* qui s'effacent derrière les troubles sensitifs : gêne motrice discrète, le matin, à la montée des escaliers ; diminution parcellaire de la *force musculaire segmentaire* portant sur les extenseurs et les péroniers ; *la difficulté d'extension du gros orteil* est signe de valeur.

Par ailleurs, il n'est pas rare de trouver un affaiblissement des *réflexes tendineux achiléens*, déjà, même un achiléen aboli.

Il est classique d'insister, à cette phase initiale, sur deux notions :

— D'une part *la durée souvent longue de ce stade* où pendant des semaines ces troubles persistent sans aggravation et parfois même avec amélioration transitoire.

— D'autre part *la possibilité de l'installation rapide en quelques jours d'une paralysie complète* : une grippe, un traumatisme, un épisode pulmonaire aggravent brusquement les troubles moteurs.

Phase paralytique. — *La paralysie* est symétrique : frappe électivement les muscles de la loge antéro-externe de la jambe ; la paralysie est plus ou moins intense : si la marche est possible, elle est difficile et lente avec *steppage* : souvent la marche est impossible : le pied tombant en équin ou en varus équin ; il est ballant. Les troubles moteurs atteignent non seulement les orteils et le pied, mais également le *quadriceps* crural.

C'est une paralysie par *atteinte évidente du neurone périphérique*, car il y a :

— *Hypotonie musculaire* et *amyotrophie rapide* ;

— *Aréflexie tendineuse* achiléens toujours, rotuliens souvent *et il n'y a pas de signe de Babinski*.

C'est une polynévrite *douloureuse* avec *algies* spontanées intenses, vives, lancinantes, térébrantes causes d'insomnie, d'anorexie, d'amaigrissement avec *hyperesthésie cutanéo-musculaire* pouvant faire place à une *hypo* ou *anesthésie* totale, à tous les modes (tact, piqûre, froid, chaud)... Ces troubles sensitifs objectifs se disposent en îlots ou en nappes. *La sensibilité profonde* peut elle-même être touchée.

Devant cette paralysie évidente il importe surtout de dresser les différents éléments de pronostic :

— *Troubles électriques* ;

— Troubles *psychiques* et *oculaires* ;

— Tares viscérales et surtout *foie* et *poumons*,

afin de pouvoir juger de l'évolution ultérieure :

L'évolution des paralysies alcooliques est en effet variable, suivant les cas, suivant le degré de la paralysie et des troubles généraux associés :

Dans les cas favorables :

— Il s'agit d'un *syndrome paréto-névritique* : la marche est possible, les troubles sensitifs peu intenses.

— *L'intoxication éthylique* est récente, légère : la suppression des boissons alcooliques a été précoce et radicale.

— Le pouls est normal, l'état général est satisfaisant, il n'y a pas de fièvre.

Dans ces cas, la *guérison* survient lentement, un long traitement met fin aux troubles de la marche et le pronostic ultérieur n'est assombri que par les menaces de RÉCIDIVES.

Dans les cas graves. — Il s'agit de gros troubles paralytiques, avec douleurs et troubles trophiques précoces : le malade est confiné au lit ; les *troubles électriques* montrent soit une *D. R.*, soit de gros troubles aux *galvanique et faradique*, des modifications de la *chronaxie* ; dans ces formes graves, on observe la

Troisième phase classique des paralysie alcooliques, celle des troubles trophiques, avec :

— Une *amyotrophie considérable* transformant en gouttière la face antéro-externe de la jambe et que peut masquer une adipose sous-cutanée : à noter qu'*il n'y a pas de secousses fibrillaires* ;

— Des *rétractions fibro-tendineuses* fixant les attitudes paralytiques, donnant le *pied bot varus équin*, donnant des nodules douloureux de l'aponévrose plantaire ;

— S'accompagnant de troubles cutanés : cyanose ou œdèmes locaux, dermatoses bulleuses, état ichtyosique, altérations des phanères, maux perforants.

Mais, pour importants qu'ils soient, ces troubles fonctionnels peuvent s'amender dans une certaine mesure et le pronostic dépend surtout des tares associées.

— L'*intoxication éthylique* est profonde : il peut exister des troubles parétiques discrets des membres supérieurs, des troubles psychiques, des troubles oculaires. *L'insuffisance hépatique* est assez marquée.

— Parfois, il existe une *tachycardie* permanente autour de 120, signe de mauvais aloi ; l'amaigrissement et un état fébrile complètent le tableau.

— Des *infections* comme l'érysipèle, la pneumonie peuvent être mortelles rapidement chez ces malades. La *tuberculose* s'associe souvent à certaines formes de P. A. et l'on a insisté sur les rapports entre *les lésions hépatiques* et les lésions pulmonaires tuberculeuses.

(*A suivre.*)

ALBERT FIEHRER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENSÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GENATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

N° 20. — SAMEDI 7 MARS 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 2 mars. — Questions données : « Signes, évolution, diagnostic du pneumothorax tuberculeux spontané. — Signes, évolution et complications des fibromes utérins. »

M. Maignan, 16,1 ; Mlle Simon, 15,9 ; M. Rodde, 17,1 ; Mlle Wolfromm, 19,2 ; MM. Lepintre, 21,8 ; Breton, 22,5 ; Ordonneau, 20,5 ; Chalochet, 16,5 ; Clerc (Pierre), 20,4 ; Guitard, 19,2.

Séance du 4 mars. — Questions données : « Complications des varices des membres inférieurs. — Paralysie infantile. Symptômes, diagnostic et traitement. »

MM. Grislain, 16,6 ; Cuvereaux, 16,9 ; Lenormant, 24 ; Aurenche, 19,7 ; Pointeau, 16,2 ; Carasso, 19,5 ; Depierre, 23 ; Lacroix, 18 ; Kaufman, 24,2 ; de Lignières, 22,5.

— Concours de l'externat. — Liste alphabétique des candidats reçus au concours de l'externat. (V. p. 342.)

Écoles de médecine. — Rennes. — L'arrêté du 7 février 1936 ouvrant, le lundi 26 octobre 1936, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, trois concours, le premier pour l'emploi de professeur suppléant de physique médicale, le second pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale, le troisième pour l'emploi de professeur suppléant de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, est modifié ainsi qu'il suit, en ce qui concerne les dates des concours :

« Physique. — Lundi 12 octobre 1936.

« Pharmacie et matière médicale. — Lundi 19 octobre 1936.

« Chimie. — Lundi 26 octobre 1936. »

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Camus (d'Arras).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Andrieu de Rémalard, Aynaud (d'Aix-en-Provence), Bédu (d'Assigny), Richard (d'Antibes).

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — *Médaille d'argent.* — M. le docteur de Lauwereyns de Rosendaele (de Valenciennes).

Médaille de bronze. — M. le docteur Léon Delmas (de Vincennes).

Guerre. — M. le médecin général Massip, directeur du Service de santé de la 2e région, est placé dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

Ligue française contre le rhumatisme. (Secrétariat : 2, rue Guynemer, Paris (VIe). — L'assemblée générale de la Ligue aura lieu le lundi 30 mars.

I. Réunion clinique, à 10 h., à l'hospice de la Salpêtrière, dans le service de M. O. Crouzon. Présentation de malades et discussions.

II. Assemblée générale extraordinaire, à 16 h., à l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, à Paris, pour modification des statuts.

Cette assemblée générale sera suivie de l'assemblée générale ordinaire de la Ligue et d'une réunion scientifique.

Sujet traité : « Sciatiques et rhumatismes. »

A l'issue de la réunion, un dîner amical réunira les membres de la Ligue.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Ligue, 2, rue Guynemer, Paris (VIe).

PRIX DES TRAVAUX MÉDICO-CHIRURGICAUX DE 1936. — Un prix de 1.000 fr. et un prix de 500 fr. offerts par les *Archives hospitalières* aux auteurs des deux meilleurs travaux accomplis ou parus dans l'année, les travaux admissibles étant désignés par suffrage des médecins.

PRIX DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX LIBRES. — Trois prix de 500 fr. offerts aux internes des hôpitaux libres après concours sur consultation écrite et orale.

PRIX DES ARCHIVES HOSPITALIÈRES. — Trois prix de 500 fr. offerts par les Archives hospitalières, réservés aux internes et anciens internes des hôpitaux libres de France, pour un travail à insérer.

Pour renseignements et règlements concernant ces trois prix, prière de s'adresser au secrétariat général de la Société médico chirurgicale des hôpitaux libres, 1, place d'Iéna, Paris (XVIe).

VOIX LATINES. — La prochaine conférence des Voix latines aura lieu, sous les auspices de l'Umfia ou Union médicale latine, le 18 mars prochain, à 21 h., à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, et sera donnée par le docteur Colombani, directeur général honoraire de la santé et de l'hygiène publiques au Maroc, sur : « Sous le signe de Lyautey, médecins et médecine au Maroc. »

Cette conférence sera présidée par M. Lucien Saint, ancien résident général de France au Maroc.

LE NOMBRE DES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS EN FRANCE. — D'une statistique du ministère de l'Education nationale (*J. O.*, 26 fév. 1936), il résulte que les étudiants étrangers dans les *Universités* françaises étaient au 31 juillet 1935 au nombre de 12.128 contre 70.090 français.

L'Université française qui en compte le plus est Paris : étrangers hommes 5.232, femmes 1.596 contre français : hommes 2.514, femmes 8.702. C'est l'Université d'Alger qui en compte le moins : étrangers hommes 19, femmes 4, sur un total de 2.544 étudiants.

SOCIÉTÉ DU XIVe ARRONDISSEMENT. — « Les médecins de la Société amicale du XIVe arrondissement, assemblés le 19 février 1936, en leur réunion mensuelle, se plaçant sur le plan corporatif, adressent à leur confrère le docteur Golse, victime de l'attaque d'un local privé, l'assurance de leur vive sympathie, de toute leur estime, et expriment le souhait que son infirmité soit réduite au minimum. » (Motion votée à l'unanimité.)

L'Attualità Medica. — Nous souhaitons la bienvenue à une nouvelle revue italienne : l'*Attualità Medica*. Paraissant tous les mois, elle a pour but de renseigner sur les événements et les problèmes d'actualité en matière de médecine, d'hygiène et de progrès social. Notre vieil et excellent ami le prof. Giuseppe Sanarelli en assume la direction.

Abonnement (un an) : Italie et Colonies, 15 lires ; étranger, 25 lires. Règlement par mandats, chèques bancaires, etc., à l'ordre de « l'Attualità Medica ». Bureau : via Antonio Salandra 14, Rome (130) Italie. (Envoi de numéro spécimen sur demande.)

Les cœurs périphériques par A. MOUGEOT. In-8 25×16,5, 148 pages, 21 figures, 1936. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot frères.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU RECRUTEMENT DES CHEFS DE TRAVAUX

Le Syndicat des Médecins de la Seine, considérant que l'essentiel de l'enseignement médical doit consister dans celui de la clinique et que les sciences physiques, chimiques et biologiques doivent être enseignées aux étudiants en médecine en fonction de leurs relations avec la pathologie et de leurs applications médicales, et qu'il est donc indispensable que les chefs de travaux pratiques, dans quelque branche que ce soit, soient avant tout docteurs en médecine,

Proteste auprès du Ministre de l'Education nationale contre les décisions contraires prises par le Conseil supérieur de l'Instruction publique, *et compte* que les doyens de Faculté, les directeurs d'Ecole et tous les membres du corps enseignant s'opposeront à leur mise en pratique.

RETRAITE DES PROFESSEURS

15138. — M. Roumagoux, député, demande à M. le ministre de l'Education nationale si un professeur de faculté atteignant l'âge de soixante-dix ans le 3 février 1936 est mis à la retraite le 3 février ou bien s'il continue à exercer ses fonctions jusqu'à la fin de l'année scolaire ? (*Question du 30 janvier* 1936.)

Réponse. — Les professeurs de faculté sont admis à la retraite à compter du jour où ils sont atteints par la limite d'âge. Mais ils continuent à assurer leurs fonctions jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours. (*J. O.*, 11 février 1936.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 10 *mars.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Nobécourt, Rathery, Richet. — M. FRADIN. Néphrite aiguë saturnine.

Mercredi 11 *mars.* — Jury : MM. Harvier, président ; Tanon, Henri Bénard, Joannon. — M. MAIRESSE. Contribution à la thérapeutique médicale de la cholécystite non calculeuse chronique. — M. LE GUERN. La lutte contre le charlatanisme. — M. MARIAN. Traitement des paludéens rapatriés, par les eaux de La Bourboule. — M. RAFFRAY. Etude de la septicémie méningococcique à forme pseudo-palustre par l'endoprotéine.


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

REVUE GENERALE

PRURIT VULVAIRE - PRURIT PÉRINÉAL[1]

Par M. J. MAGENDIE,

Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Diagnostic. — Le *diagnostic* du prurit périnéal se fait en écoutant la malade raconter ses crises. Encore faut-il faire le bilan exact des lésions concomitantes. L'examen minutieux fait en pleine lumière de la région périnéale, après mise en position gynécologique, devra être complété par une exploration du vagin au spéculum et de l'anus à l'anuscope de Bensaude. Le toucher vaginal et le toucher rectal seront faits avec un doigtier de fine baudruche pour mieux apprécier les modifications et le dépoli rugueux des muqueuses.

On fera une étude très complète de la malade et l'inventaire de toutes les lésions abdominales, de toutes les tares générales qu'elle peut présenter. « L'examen doit durer une heure », disait Hudelo.

Enfin, on y ajoutera des recherches de laboratoire : celle du sucre dans les urines et le dosage de la glycémie, le Bordet-Wassermann dans le sang et le dosage de l'urée sanguine et même si on le peut l'ensemencement des lésions de grattage pour la recherche des levures et des mycoses cutanées.

Peu d'affections ressemblent au prurit périnéal au point de nécessiter un *diagnostic différentiel*.

Le *vaginisme* a certains traits communs avec lui et lui est parfois associé.

Plus souvent on observe une *dyspareunie*, une difficulté douloureuse du coït provoquée par une hypersensibilité des régions profondes du vagin et du cul-de-sac postérieur.

On ne confondra pas le prurit vulvaire avec la *névralgie vulvaire des vieilles femmes*, sur laquelle Petit-Dutaillis a apporté des précisions dans sa communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie (23). Cette névralgie peut être réveillée par la pression au niveau des points de Valleix, à l'émergence des nerfs honteux internes en dedans de la tubérosité ischiatique. Les douleurs sont maximum au niveau de taches rosées vasculaires qui tranchent sur la coloration blanche de la vulve sénile.

On ne le confondra pas non plus avec la *névralgie du nerf honteux interne*, affection rare dont Chavany, Welti et Chaignot ont rapporté une belle observation dans la *Presse Médicale* (25). Dans leur cas elle se traduisait par une douleur aiguë, franchement latéralisée à type de tension insupportable, à maximum périnéal, avec des irradiations vers les organes génitaux externes, la base de la vessie et l'anus, entraînant un ténesme très pénible. Il y avait hyperesthésie cutanée régionale sans points douloureux précis de Walleix. Les douleurs survenaient par crises répétées s'accompagnant de troubles vaso-moteurs paroxystiques, de rétention passagère des urines et de perturbations génitales, sans le moindre retentissement psychique.

Quant au *diagnostic étiologique*, il faudrait bien se garder de le poser de façon ferme avant le résultat du traitement.

Seul celui-ci en supprimant à la fois la lésion causale probable et le prurit, rendra très vraisemblable leur inter-dépendance.

Traitement étiologique. — Il devra être tenté chaque fois qu'on pourra soupçonner une des nombreuses causes que nous avons énumérées.

Localement on fera disparaître les hémorroïdes ; on opérera les fissures et les fistules ; on traitera la rectite ou la métrite concomitantes. On fera, avec le concours du spécialiste, le traitement des lésions cutanées locales, des mycoses, des parasitoses.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'une tumeur *abdominale ou pelvienne*, si celle-ci commande par elle-même l'intervention, tout le monde sera d'accord pour l'enlever chirurgicalement dans un premier temps et nous conseillons dans ce cas de profiter de la laparotomie pour associer à l'exérèse une des opérations sympathiques que nous étudierons plus loin, car on n'est jamais sûr des rapports de causalité entre cette tumeur et les crises prurigineuses.

Mais si la lésion abdomino-pelvienne n'implique pas formellement par elle-même l'opération (petit fibrome bien toléré, gros utérus métritique, etc.) la question est sujette à controverses pour la même raison que plus haut : rien ne prouve avant l'épreuve du traitement les relations existant entre la lésion constatée et le prurit.

Personnellement nous préférerions recourir en pareil cas au traitement symptomatique externe dont le dernier terme est la névrotomie périnéale et n'en venir à la laparotomie qu'en dernier ressort.

Quand on soupçonnera au prurit une cause générale, son traitement passera au premier plan de nos préoccupations : régime hypo-toxique ou antidiabétique ; traitement antisyphilitique si on a une raison même minime de soupçonner la spécificité ; traitement opothérapique lorsque le prurit a coïncidé avec la ménopause ou des troubles d'insuffisance ovarienne ; cure de désintoxication, injection de sérum de jument gravide au cours de la grossesse, etc.

Traitement symptomatique. — Le plus souvent on sera réduit à pratiquer le traitement symptomatique, soit que la cause n'apparaisse pas d'emblée, soit que l'on ait déjà passé en revue les diverses étiologies possibles et appliqué en vain leur traitement particulier.

Ce traitement se fera presque toujours sans hospitaliser la malade car il est exceptionnel que son état de dépression, de « neurasthénie », oblige à l'isoler du milieu familial et à la traiter en maison de santé.

Notre premier souci va être d'abord de *traiter la crise* elle-même en en diminuant l'intensité ou en la faisant avorter à son début par de petits moyens simples. On recommande pour cela les attouchements de la région prurigineuse avec un tampon imbibé d'éther ou encore d'alcool iodé dans la phase où la malade « médite sa crise ». Au prix d'une sensation de brû-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 18, p. 297.

lure pénible, mais préférable à la démangeaison, celle-ci sera souvent évitée.

La confiance de la malade en sera d'emblée accrue, et on obtiendra qu'elle se prête avec patience aux divers essais thérapeutiques.

En dehors des crises, il faudra instituer d'abord un *traitement médical de base* qui devra être suivi à la lettre et qui portera sur les quatre chefs suivants : régime, calmants généraux, topiques locaux et désensibilisation.

Le *régime* hypotoxique en constitue l'essentiel.

On proscrira non seulement les aliments réputés toxiques (conserves, gibier, crustacés, etc.), mais encore une série d'aliments que chaque malade aura reconnus nocifs suivant son expérience personnelle. Les viandes rouges, même quelquefois les viandes blanches et le poisson seront à laisser de côté et on mettra ces malades au régime fructo-lacto-végétarien pendant quelque temps. Une cure de lavage et de désintoxication par les eaux de Vittel ou de Vichy, source Hépar; est recommandée par certains auteurs.

On ajoutera les *calmants nerveux* : gardénal, bromure de sodium, valériane, etc., ou les associations de calmants et de produits glandulaires.

Localement, on prescrira des pommades adoucissantes : pâtes à l'oxyde de zinc, colle de Pick, etc., ou analgésiantes : Percaïnal, pommade à l'adrénaline. La cocaïne et l'antipyrine seraient contre-indiquées pour certains.

Enfin on tentera la *désensibilisation* de la malade (Bensaude) par des produits chimiques (bi-citrate de soude, hyposulfite en potion), par auto-hémothérapie ou injection à la malade de son propre sérum sanguin après conservation en tube stérile pendant vingt-quatre heures, etc. Les vaccins, utilisés dans le même but, semblent de peu d'effet.

Si les moyens de la patiente le lui permettent, ce traitement sera pratiqué dans une station thermale qui associera à la cure les vertus désensibilisantes et sédatives des eaux : Uriage, Néris, La Bourboule, La Roche Posay, etc., par exemple.

Lorsque ces moyens simples ne sont pas suivis d'un effet heureux au bout de quelques semaines, il faut leur associer sans tarder des traitements plus actifs, *traitements d'attaque*.

Nous en avons trois à notre disposition qui devront être successivement employés en cas d'échec du précédent, mais sans perdre de temps, pour ne pas épuiser la patience de ces malades nerveuses et irritables ; ce sont : les injections périnéales, la physiothérapie et la chirurgie.

Les *injections périnéales* sont destinées à agir sur les terminaisons du nerf honteux interne.

Regnard (26) a eu de bons résultats par des infiltrations anesthésiques simples à la Percaïne en solution à un pour mille. On les renouvelle très fréquemment au début puis on les espace, leur effet étant de plus en plus prolongé et on arrive finalement à les supprimer.

Melchior a préconisé des injections d'oxygène, mais le procédé est long (deux à trois mois) et douloureux.

Bensaude, Hamburger et Chêne distendent assez fortement le tissu cellulaire sous-cutané par des injections du propre sang de la malade.

D'autres ont utilisé plus simplement des injections de sérum physiologique.

Ces trois procédés semblent agir surtout par élongation des filets nerveux, par distension.

Certains auteurs ont préféré avoir sur les nerfs une action offensive plus directe. Les uns utilisant l'alcool à 80° ont eu des escharres et l'ont progressivement abandonné comme dangereux.

Le chlorhydrate de quinine et urée (Vignes) (37) semble un topique de choix, en infiltrations sous-cutanées, systématiques, centimètre carré par centimètre carré, jusqu'à aboutir ainsi en une douzaine de séances à la sclérose de la totalité de la région vulvaire.

Toutes ces méthodes diverses sont vantées par leurs auteurs et donneraient de trente à cinquante pour cent de succès.

Elles ont toutes un même inconvénient, c'est le risque d'infection. L'inoculation profonde par l'aiguille qui traverse les téguments enflammés, des germes qui y fourmillent, aboutit fréquemment malgré les précautions prises à des suppurations sous-cutanées que l'on doit ensuite traiter. Il est vrai que l'infection si elle est atténuée peut dans certains cas, ajouter son action sclérogène à celle des substances précédentes.

Si la méthode des injections échoue, la malade sera confiée au physiothérapeute. La gamme des *procédés physiothérapiques* utilisés est extrêmement variée.

On commencera bien entendu par les plus simples: douche filiforme d'air chaud à quarante-cinq degrés sous cinq atmosphères de pression (Veyrières); ionisation avec solution de Lugol ou d'aconitine à un centigramme pour mille ; haute fréquence avec ses diverses applications (effluvation, bains d'électricité statique, manchons de verre intra-vaginal ou intra-rectal de Oudin, électrodes à vide de Mac Intyre).

Mais on ne s'attardera pas longtemps à ces procédés s'ils ne donnent pas un soulagement immédiat et on aura recours très vite à la radiothérapie.

Celle-ci peut se faire suivant deux techniques :

a) Celle de Gally : radiothérapie pénétrante (200.000 Volts) très filtrée, faite par plusieurs portes d'entrée et centrée sur les racines et les ganglions lombaires. Ses résultats sont discutés : bons pour les uns, douteux pour d'autres ;

b) Celle de Solomon, utilisée également par Albéric Marin (de Montréal) (27); non pénétrante (100.000 volts), non filtrée, faite par de nombreuses séances répétées sur les téguments du périnée. Ses résultats sont satisfaisants : A. Marin donne soixante-trois pour cent de guérisons temporaires et cinquante pour cent environ de guérisons durables.

Uebermuth (de Berlin) (20) donne pour la clinique de Stoeckel sur seize cas : cinq guérisons, cinq améliorations, six échecs.

A côté de ses avantages, la radiothérapie présente des inconvénients et même des dangers.

La radiodermite sera parfois difficile à éviter sur ces tissus dont la résistance est modifiée par l'inflammation (Brocq).

L'irradiation d'une tumeur pelvienne pourra avoir des conséquences fâcheuses ou graves (calcification d'un fibrome, coup de fouet à un cancer utérin méconnu). De même l'irradiation sera dangereuse d'un épithélioma vulvo-clitoridien débutant sous le masque d'un prurit tenace (Basset).

La radiothérapie pénétrante chez les femmes jeunes amènera la castration et ses fâcheuses conséquences.

Il n'en reste pas moins que tout compte fait la radiothérapie est une bonne méthode, mais si elle échoue elle aura provoqué des modifications des nerfs du périnée et certains auteurs l'accusent de gêner de ce fait l'application d'autres moyens thérapeutiques.

« Les laissés pour compte » du traitement radiothérapique échoueront enfin au *traitement chirurgical*. Ou bien on aura d'emblée recours à celui-ci après échec du traitement médical, si l'on craint les conséquences de la radiothérapie.

Parmi les opérations chirurgicales à notre disposition, certaines sont complètement abandonnées. Telles par exemple les scarifications et ignipunctures locales et cette opération mutilante et grave qu'est la vulvectomie de Kustner et Schroeder préconisée autrefois par Pouey (12) et qui avait donné à cet auteur, sur quatorze cas, cinquante pour cent de succès.

Deux opérations se disputent à l'heure actuelle la faveur des chirurgiens :

La névrotomie du nerf honteux interne (Simpson) (32) et la résection du nerf présacré (Cotte) (6) associée ou non à la symptathectomie hypogastrique.

La névrotomie bilatérale du nerf honteux interne a été bien étudiée par Tavel (1), puis par Wertheimer et Michon (8) qui en ont précisé la technique. Ils préconisent une incision verticale bilatérale périnéo-fessière sur le trajet du nerf, à son émergence en dedans de l'ischion. Le repérage des branches est parfois difficile dans la graisse de la fosse ischio-rectale et nous avons vu qu'il fallait cependant l'établir minutieusement pour éviter à coup sûr la section du nerf anal (*).

Chavany et Welti (25), pour éviter cette dissection difficile, préfèrent aborder le nerf à son émergence, dans la partie initiale du canal d'Alcock, grâce à une incision très postérieure empiétant sur la fesse et entamant le bord du grand fessier et du grand ligament sacro-sciatique. Même en cas de bifurcation précoce, ils sont certains ainsi de découvrir le nerf avant sa division et d'identifier les rameaux en les suivant à partir de leur origine.

Cette opération est assez constante dans ses résultats et les observations présentées aux sociétés savantes et suivies de succès sont nombreuses (Rochet (2), Tavel, Bérard, Wertheimer, Mauclaire (11), Murard (10), etc., plus quatorze cas de la Mayo-Clinic) (34). Le prurit disparaît de façon définitive. L'anesthésie du périnée n'est cependant que transitoire et il y a au bout d'un certain temps rétablissement de la sensibilité par les filets anastomotiques venant du petit nerf sciatique. Il n'y a pas de trouble du sphincter urétral même en cas de section bilatérale et le sphincter anal est indemne à condition que l'on ait respecté les branches postérieures ano-hémorroïdales (**).

Un cas d'échec et un cas de récidive au bout de deux ans ont été rapportés par Mauclaire à la Société de Chirurgie.

Une précaution nous semble capitale avant d'entreprendre la névrotomie honteuse interne : c'est de faire en quelque sorte l'épreuve de la section physiologique du nerf par infiltration novocaïnique.

Si le prurit disparaît momentanément on peut augurer favorablement du résultat de l'opération. Sinon il est prudent de s'adresser à un autre mode de traitement, l'échec de la névrotomie étant très probable.

La résection du nerf présacré (opération de Cotte) a donné sur huit cas récemment publiés, plus un cas personnel, cinquante pour cent de succès.

La technique en est bien connue. Nous ne la rappellerons pas. Mais cette opération devra, pour être efficace, comporter un « nettoyage chirurgical » complet de tous les filets nerveux siégeant dans la région présacrée et il sera prudent même d'ajouter à cette opération la dénudation des deux artères hypogastriques (Cotte) ou bien, plus simplement, leur phénolisation (Cottalorda), ce qui équivaut également à une sympathectomie.

Ainsi complétée, cette « sympathectomie élargie » paraît susceptible de donner des résultats comparables à ceux de la névrotomie périnéale.

Sur quelles considérations basera-t-on son choix entre ces deux opérations ?

La névrotomie est moins grave et paraît, s'il faut en croire les cas publiés, plus constante dans ses résultats. Elle mérite donc à notre sens la préférence, sauf s'il y a par ailleurs une indication à la laparotomie exploratrice (lésion abdominale concomitante).

Nous avons volontairement laissé de côté une dernière opération chirurgicale, sérieuse et qui peut être grave entre des mains non spécialement entraînées à cette chirurgie. C'est la cordotomie (Robineau) ou section bilatérale du cordon antéro-latéral de la moelle dans la région dorsale haute. Elle supprime ainsi la sensibilité douloureuse sans modifier la sensibilité tactile et thermique.

Cette opération qui a été réalisée avec succès une fois dans un prurit périnéal extrêmement rebelle par Robineau lui-même, ne saurait être autorisée que dans des cas exceptionnellement graves et tenaces lorsque tous les autres moyens ont échoué et que la prédominance de l'appoint psychique n'est pas la cause de ces échecs.

En **résumé**, les traitements de cette pénible affection sont multiples et par conséquent fort peu spécifiques.

Les prurits légers cèdent vite au traitement médical sérieusement poursuivi.

Les prurits graves et tenaces feront quelquefois la preuve d'une étiologie d'abord méconnue en guérissant par un traitement antidiabétique ou antisyphili-

(*) Chez l'homme, il faut également ménager le rameau antérieur : nerf pénien ou nerf dorsal de la verge. Sa section entraînerait en effet la suppression des érections.

(**) De même chez l'homme, les érections sont conservées si l'on a épargné le nerf dorsal de la verge, mais le résultat sur le prurit sera toujours moins parfait que chez la femme où on sectionne la branche homologue clitoridienne.

tique ou encore par ablation de la cause présumée (cas de Bernard, guérison par l'hystérectomie d'un prurit survenu chez une femme atteinte de cellulite pelvienne et de périmétrite).

Souvent on en sera réduit à appliquer avec constance et fermeté le traitement symptomatique dans ses diverses modalités. Le traitement de base absolument capital restera toujours le régime, les calmants, la désensibilisation et le traitement local des lésions dermatologiques du périnée.

On y adjoindra les injections analgésiantes et sclérosantes et les petits moyens physiothérapiques.

Enfin dans les cas vraiment rebelles on choisira entre la radiothérapie et la chirurgie.

Mais celle-ci ne devra jamais être employée avant d'avoir épuisé toutes les ressources d'un traitement médical bien ordonné et bien surveillé. Il faudra être sobre d'indications chirurgicales (Hudelo, Bensaude, Petit-Dutaillis). Les opérations auront rarement des prétentions étiologiques et se borneront la plupart du temps à faire le traitement symptomatique de la douleur.

Encore faudra-t-il savoir en user assez tôt avant le stade du prurit « mental » où la maladie organique disparaît pour faire place à la psychose. L'opération serait à ce stade à la fois inutile et même nuisible pour le malade et pour le chirurgien. Il faut se méfier de la chirurgie chez les psychopathes : elle présente parfois moins de danger pour l'opéré que pour l'opérateur...

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. Tavel. *Rev. de Chir.*, 1902.
2. Rochet. *Soc. de Méd. de Lyon*, 1903.
3. Mme Eyrand-Dechaux. *Th. Paris*, 1913-1914.
4. Mauclaire. *Annales Gyn. et Obst.*, 1917.
5. Hudelo et Rabut. *Monde Méd.*, déc. 1925.
6. Cotte. *Soc. de Chir. de Lyon*, nov. 1926.
7. Huet, *Th. Paris*, 1927.
8. Wertheimer et Michon. La névrotomie du nerf honteux interne. Indications, techniques et résultats ; *Rev. de Chir.*, avril 1928, p. 497.
9. Vorschütz (Hambourg). Traitement opératoire du prurit anal, *Rés. in J. de Chir.*, 1928, t. I, p. 684.
10. Murard (Le Creusot). Troubles vaso-moteurs et hyperesthésiques consécutifs à une rachi-anesthésie. Traitement par névrotomie des nerfs honteux internes. Rapport de A. Basset, *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1929, p. 1153.
11. Mauclaire. A propos du P. V. traité par la névrotomie bilatérale des nerfs honteux internes, *Bull. Mém. Soc. de Chir.*, 20 nov. 1929, p. 1210.
12. Pouey. *La Gynécologie*, déc. 1929.
13. Chêne et Sigwald. Le prurit anal. Diagnostic étiologique et traitement, *Monde méd.*
14. Jeanneney, David-Chaussé et Rosset-Bressant. Le prurit vulvaire. *Vie Méd.*, 25 avril 1930, p. 421.
15. Brocq. *Dermatologie pratique.*
16. Darier. *Précis de dermatologie.*
17. R. Bernard. Constatations anatomiques dans un cas de P.V. Rapport de P. Wiart, *Bull. Mém. Soc. de Chir.* 1931, p. 970.
18. H. Bensaude, Hamburger et Chêne. *Le prurit anal.*
19. M. Stoianovitch. Prurit vulvaire et vaginisme. Névrotomie bilatérale du nerf honteur interne. Guérison, Rapport de J. Quenu, *Bull. Mém. Soc. de Chir.*, 1932, p. 342.
20. Uebermuth (Berlin). Traitement du purit vulvaire par la roentgenthérapie, Rés. in *J. de Chir.*, 1932, t. II, p. 149.
21. Bernard et Turpault. Constatations anatomiques dans un cas de prurit vulvaire, *Soc. Obst. et Gyn.*, 1932, p. 390. (Bibliographie.)
22. S. Levy, Soupault et Gutmann. Prurit récidivant durant depuis quinze ans, *Soc. Obst. et Gyn.*, 1932, p. 443.
23. Petit-Dutaillis. Diagnostic causal et traitement du P.V., *Soc. Obst. et Gyn.*, 1932, p. 440.
24. Longjumeau. Dermatoses génitales. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, t. VI, p. 349. (Bibliographie importante.)
25. Chavany, Welti et Chaignot. Névralgie du nerf honteux interne, *P. M.*, 1933, n° 78, p. 1498. (Bibliographie.)
26. Regnard. Traitement palliatif et curatif du P.V., *Progrès Méd.*, janv. 1933, p. 1933.
27. A. Marin (Montréal). Radiothérapie locale du prurit ano-génital, *P. M.*, mai 1933, p. 710.
28. S. Levy. A propos du prurit vulvaire, *Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 467.
29. Brocq et Desaux. P. V. traité par rayons X, par haute fréquence, puis par hystérectomie et résection du nerf présacré et guéri par vulvectomie, depuis près de deux ans, *Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 468. (Discussion.)
30. R. Bernard. Conclusion de la discussion sur le P.V., *Soc. Obst. et Gyn.*, p. 471.
31. Hamant, Bodart et Chalnot. Un cas de prurit vulvaire rebelle guéri par la névrotomie du nerf honteux, *Bull. Soc. Derm. et Syp.*, janv. 1933, p. 24.
32. Simpson. Deux cas de prurit vulvaire traités par la résection du nerf présacré, *Soc. de Chir. de Lyon*, mai 1933.
33. Montgomery, Counseller et Mack Craig (Rochester). Kraurosis, leucoplasie et prurit vulvaire, dans leurs rapports avec la résection du nerf sensitif du périnée, Rés. in *J. de Chir.*, 1933, t. I, p. 837.
34. Learmonth, Montgomery et Counseller (Rochester, Clinique Mayo). Résection des nerfs sensitifs du périnée dans les cas d'irritation vulvaire, *Arch. of Surg.*, janv. 1933, p. 50. Rés. in *J. de Chir.*, 1933, t. II, p. 152.
35. Cottalorda et Gavaudan. Prurit vulvaire rebelle, résection du nerf présacré. Résultat immédiat, *Soc. Obst. et Gyn.*, 1934, p. 360.
36. J. Hartmann. La haute fréquence dans les prurits vulvaires rebelles de la grossesse, *Soc. Obst. et Gyn.*, 1934, p. 317.
37. H. Vignes. Traitement par le chlorhydrate de quinine et urée, *Progrès Méd.*, janv. 1934, p. 65.

Vers la clinique du Radio-Vaporarium sulfuré de Luchon (1), par le docteur Molinéry.

Après avoir, en un bref historique, rappelé la genèse du Radio-Vaporarium sulfuré de Luchon, l'auteur définit ce mode de traitement : séjours de 12 à 15 minutes, en galeries naturelles — sous roche — dont la température s'élève progressivement de 28° à 47°, au sein d'une atmosphère fortement sulfurée et d'une radio-activité 15.000 fois supérieure à celle de l'air normal.

Les travaux des professeurs Castaigne et Sendrail démontrent que la *cure de diurèse* s'associe pleinement à la *cure du Vaporarium* dans tous les cas où la crase sanguine (comme dans l'arthritisme) a besoin d'être modifiée.

De très belles planches illustrent cette monographie.

(1) Chez l'auteur, à Luchon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 3 MARS 1936)

A propos du procès-verbal. — M. Pierre DELBET : Sur la nocivité du pain blanc.

Nécrologie. — M. HARTMANN président, annonce le décès de MM. A. Netter, membre titulaire dans la IIIe section (hygiène) depuis 1904 ; Charles Nicolle (de Tunis), associé national depuis 1920 ; Pawlow (de Pétrograd), associé étranger depuis 1900 et Lobstein (de Strasbourg), récemment élu correspondant national dans la sixième division (pharmacie).

Rapport. — M. POUCHET lit un rapport sur des demandes d'autorisation de sources minérales.

Essai d'un traitement chirurgical de certaines psychoses. — M. Egas MONIZ (de Lisbonne) expose ainsi son essai.

« La thérapeutique en psychiatrie est très peu encourageante, exception faite pour la malariathérapie dans la paralysie générale. Toutes les tentatives faites pour augmenter les possibilités de guérison des psychoses, doivent, par conséquent, mériter la bénévole attention de tous ceux qui se consacrent à l'ingrate et difficile mission de soigner les aliénés. Les notions pathogéniques et les nouvelles méthodes de traitement que nous avons conçues, pourraient paraître excessivement osées ; nous espérons cependant que les résultats déjà obtenus nous absoudront de notre audace.

Du reste, ces tentatives opératoires ne sont qu'apparemment osées. Nous avons pensé à exciser ou détruire des portions du centre ovale des lobes préfontaux. On sait cependant qu'on peut couper un de ces lobes sans conséquences fâcheuses pour la vie psychique de l'opéré. Plus que cela. Dandy a coupé les deux lobes frontaux chez un malade, afin de pouvoir extirper un méningiome. Ce malade a conservé encore une partie appréciable de ses fonctions psychiques. Il est certain qu'il a changé de caractère sous certains aspects, qu'il est devenu un peu enfantin, mais, comme dit Richard Brickner, qui l'a observé minutieusement et longtemps, le malade est resté essentiellement le même « type of person » après et avant l'opération.

En résumé, ce malade a eu, du côté psychique, difficulté d'association et de synthèse que Brickner considère comme le phénomène primaire dont dérivent tous les autres symptômes observés : puérilité, changement de caractère, perte de sens social et moral, labilité, etc. Mais tous ces troubles ne sont pas complets ; il faut un examen assez long pour les montrer nettement. Le malade peut encore comprendre les simples éléments du matériel intellectuel, mais il n'arrive pas à faire des synthèses mentales. Brickner considère les fonctions psychiques de ce malade plus altérées en quantité qu'en qualité.

C'est-à-dire, même après l'extirpation des deux lobes frontaux, il reste une vie psychique, bien que déficitaire, mais, quand même, sensiblement meilleure que celle de la plupart des aliénés.

Nous n'avons pas fait de tentatives opératoires, chez les aliénés, au hasard. Nous y avons été amenés par des raisons d'ordre théorique dont les faits paraissent montrer l'exactitude... »

L'auteur donne ensuite le détail des différentes parties de son travail.

Considérations sur les variations de l'index tuberculinique suivant les régions, à propos de 2.155 cuti-réactions à la tuberculine pratiquées en milieu militaire. — MM. R.-L. DEBÉNÉDETTI, H. OISEAU, E. BALGAIRIES et P. FORET. D'une statistique militaire, portant sur 2.155 cuti-réactions à la tuberculine, se dégage une proportion globale de 33,95 % de cuti-réactions négatives (25,5 % chez les sujets originaires de la ville et 54,25 % chez les soldats originaires de la campagne).

Cette statistique porte sur deux unités tenant garnison dans des villes différentes et dont les hommes proviennent de régions différentes.

Le pourcentage global des cuti-réactions négatives varie suivant les régions d'origine : dans un régiment de la banlieue parisienne, 41,9 % des sujets ne réagissent pas à la tuberculine (31,07 % chez les citadins et 55,98 % chez les ruraux).

Parmi les soldats d'un régiment du Nord, la cuti-réaction est négative dans la proportion de 23,5 % (20,9 % chez les citadins et 45,5 % chez les ruraux).

Les auteurs soulignent l'existence de ces variations de l'index tuberculinique suivant les régions et, sans chercher à donner à ces faits une explication rigoureuse, ils essaient, du moins, d'éliminer un certain nombre d'arguments, qui pourraient être invoqués pour interpréter ces variations.

La diphtérie dans une grande ville. Vers la vaccination antidiphtérique obligatoire. — M. P. POULAIN étudie l'épidémiologie de la diphtérie dans une grande ville — Saint-Etienne — dont la population enfantine qui comprend environ 19.000 écoliers a été en partie vaccinée à l'anatoxine de Ramon.

En 1934, on a observé 12 cas sur 19.000 enfants, dont 5 sur les 6.000 enfants âgés de 2 à 6 ans fréquentant les écoles maternelles.

L'auteur insiste pour que la vaccination antidiphtérique soit rendue obligatoire, tout au moins dans les villes, au même titre que la vaccination antivariolique, et ce avant l'entrée à l'école. Une injection de rappel est nécessaire un ou deux ans après la première.

Election d'un membre titulaire dans la 11e section (chirurgie). Classement des candidats : en première ligne Fredet, en seconde ligne ex aequo et par ordre alphabétique : MM. Baumgartner, Chevassu, Grégoire, Mathieu et Robineau.

Votants : 76.

MM. Fredet, 62 voix, élu ; Chevassu, 7 ; Baumgartner, 4 ; Grégoire, 1 ; bulletins blancs : 2.

[M. Pierre Fredet, chirurgien honoraire des hôpitaux, ancien Président de l'Académie de chirurgie, ancien Chef du Service médical du P. L. M., officier de la Légion d'honneur, est né à Clermont-Ferrand, le 3 avril 1870. Citons seulement parmi les travaux de M. Fredet, ceux qui sont devenus classiques : Recherches sur la morphogenèse et la morphologie du péritoine; artères de l'utérus; ostéosynthèse; résection du genou pour tumeur blanche de l'adulte; abcès froid de la paroi thoracique; étude et traitement de la *sténose hypertrophique du nourrisson*. Enfin d'importants travaux sur l'anesthésie par les dérivés de la manolylurée et le numal, en particulier.]

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1935)

Les états pré-hyposystoliques. — M. A. PRUCHE définit la pré-hyposystolie : le cœur dilaté mais avec valeur fonctionnelle normale, parfois même éréthique. Il rappelle la « loi du cœur » de Starling et projette des exemples cliniques de pré-hyposystolie droite et gauche. Il montre la fréquence de ces états pré-hyposystoliques, formes habituelles de transition entre l'eusystolie et l'hyposystolie. Il insiste sur la nécessité de les mettre en évidence (confrontation de l'orthodiagramme et des épreuves dynamiques in-

dispensable) et de les traiter précocement. La digitaline et même l'ouabaïne aggravent la pré-hyposystolie ; cette dernière est justiciable de la radiothérapie sympathique (technique de Gouin et Bienvenüe) et de prescriptions, efficaces le plus souvent, ayant pour but de réduire les résistances périphériques.

Fistule entre vessie et côlon sigmoïde causée par diverticulite. Guérison. Opération en trois temps. M. P. Le Gac rapporte l'observation d'une malade qui, après une période fébrile de cause mal définie, fit de la pneumaturie, puis de la fécalurie. Cystoscopie et radiographie montrèrent qu'il s'agissait d'une fistule colo-vésicale par diverticulite. 1° Anus de dérivation sur le transverse, suivie de désinfection du côlon gauche, de la vessie, des bassinets ; 2° laparotomie médiane avec clivage colo-vésical, fermeture des orifices colique et vésical, sonde à demeure ; 3° fermeture de l'anus de dérivation. Telles furent les opérations, échelonnées sur une période de six mois. Ici, comme dans toute chirurgie, la multiplicité des temps opératoires est la seule garantie du succès.

Considérations sur un cas de maladie de Paget longtemps suivi. — MM. C. Rœderer et Guillaumin rapportent un cas de cette affection : le début par le tibia fut d'évolution extrêmement lente. L'os fut pris à ses deux pôles avec segment moyen intègre. Par contre, une deuxième lésion, fémorale celle-là, fut d'évolution extrêmement rapide. Le sujet avait moins de quarante ans. L'hyperhémie était considérable et la pigmentation du membre foncée comme après des séances poussées d'héliothérapie. Le calcium et les stérols irradiés longtemps continués paraissent avoir donné quelque résultat, mais surtout un traitement par le parahormone coïncida avec une rémission après une poussée aiguë. Calcémie normale, ultérieurement diminuée. Phosphatémie très augmentée. Phosphatases extrêmement augmentées et particulièrement au moment d'une poussée aiguë.

La méthode rhino-bonchitique avec anesthésie laryngée par voie nasale. Méthode générale de thérapie respiratoire. — M. G. Rosenthal obtient l'anesthésie préalable du larynx sans cocaïne par une injection nasale d'huile saturée de para-amino-benzoate de butyle. L'absence de toute manipulation laryngoscopique permet ainsi de réaliser une thérapeutique intrabronchique chez tous les malades déprimés, fébriles, aigus, etc. Parmi les applications, il faut signaler le traitement aurique intratrachéal, le traitement effectif du rhume de cerveau, les laryngites aiguës, la préparation à toute chirurgie thoracique ou pulmonaire, la bronchoscopo-thérapie, etc...

Elections. — M. Peugniez est élu Président pour l'année 1936. MM. Hartenberg, Dupuy de Frenelle et C. Rœderer sont nommés Vice-Présidents.

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1935)

A propos de l' « hérédo-tuberculose » d'Auguste Lumière. — Imprégnation, inoculation et contagion en lutte antituberculeuse. — M. G. Rosenthal montre que la notion de contagion est imprécise et doit être démontrée. Il faut séparer en tuberculose l'imprégnation à distance, souvent plus vaccinante que pathogène, l'inoculation par imprégnation directe de bacilles dans l'organisme humain (contagion conjugale des plus rares), la contagion simple par vie commune qui semble entre adultes ne pas être commune. Les partisans de la contagion ne doivent plus se contenter d'une expression imprécise.

Traitement médical et chirurgical de l'ectopie testiculaire. — M. Dartigues préconise le traitement opothérapique (produits thymiques, produits hypophysaires et thyroïdiens). Parmi les opérations, celle par la technique de Doyen lui paraît la meilleure. Mais il y a lieu de faire après ces opérations le traitement hormonique à nouveau et le traitement physiothérapique.

L'anesthésie électrique. Sa réalisation. Sa technique. — M. R. Grain nous dit que l'anesthésie électrique est très facilement réalisée par l'ionisation iodée. Mais elle n'est possible qu'avec une technique rigoureuse dont on ne saurait s'écarter sans aboutir à des échecs thérapeutiques, dont on ne saurait rendre la méthode responsable.

Le lympho-pronostic dans les maladies infectieuses. — MM. J.-C. Bayle et V. Bayle présentent leurs travaux sur le lympho-pronostic des maladies infectieuses avec projections à l'appui. Ils comparent avec la courbe de température (dans les maladies infectieuses fébriles) ou de poids (dans les maladies infectieuses apyrétiques), une courbe fournie par le rapport de l'excédent ou du défaut sur la normale des mononucléaires au nombre total des leucocytes. La courbe ainsi obtenue est inverse de celle de la température ou parallèle à celle du poids. Ils montrent les indications que l'on en peut tirer pour le pronostic et pensent à la possibilité d'étudier à l'aide de ce critérium l'efficacité des différentes thérapeutiques des maladies infectieuses.

Arnold NETTER

(1856-1936)

Les ans semblaient l'avoir épargné. A peine, dans ces derniers temps, sa taille s'était-elle légèrement voûtée, sa démarche, un peu alourdie. Mais son intelligence restait toujours aussi vive, sa mémoire aussi infaillible, et aussi ardent, son zèle pour le bien. Au lendemain du jour où, selon le rêve de toute sa vie, il est tombé au champ d'honneur, où, comme jadis l'élite d'Israël, *il a succombé sur les hauteurs* (1), comment ne pas évoquer son demi-siècle d'apostolat ? Comment ne point rappeler les principales étapes de sa prestigieuse carrière, vouée tout entière au soulagement de la souffrance ?

***

Fils d'un honorable praticien alsacien, il était né à Strasbourg. De 1865 à 1870, il y suit d'abord, avec son futur chef de conférence E. Schwartz, les cours du lycée. Il y subit les affres du siège et du bombardement. Ne voulant pas rester sous la domination allemande, il émigre avec les siens, aussitôt après la guerre. Les voilà installés à Paris, dans un modeste appartement de la rue du Château-d'Eau. C'est là, lui disait M. Béclère en 1920, que « je revois ton digne père. Avec son visage bien rasé entre des favoris correctement taillés, avec ses lunettes d'or et sa cravate blanche, il m'apparaissait comme le représentant des médecins d'autrefois, car, s'il en avait la tenue extérieure traditionnelle, il en possédait encore toutes les vertus intimes d'activité bienfaisante et de dévouement. » En 1879, il arrive à l'internat. Médaille d'or en 1882, chef de clinique enc 1887, médecin des hôpitaux en 1888, auditeur puis membre du Comité consultatif d'hygiène et agrégé en 1889, il était, en 1912, élu à l'Académie de médecine, dans la section d'Hygiène. Il était grand officier de la Légion d'honneur.

***

Peu de physionomies étaient aussi populaires que la sienne. Un de ses disciples préférés, le Prof. P. Carnot, en

(1) *La Sainte Bible, Le second livre de Samuel*, chap. I, 19.

a marqué, d'heureuse façon, les traits : le nez busqué, la grande barbe assyrienne, le regard pénétrant et loyal, l'expression toujours un peu tendue par l'effort. Il n'a eu garde d'oublier cette chevelure luxuriante, joie des caricaturistes, et sans l'évocation de laquelle manquerait, au portrait, toute ressemblance... N'a-t-elle pas joué, dans la carrière de Netter, un rôle décisif ? Ne l'a-t-elle empêché d'entrer au Val de Grâce ? Pour devenir médecin militaire, il aurait dû en faire le sacrifice : elles auraient dû tomber sous le fer, ces boucles rebelles : sacrilège auquel, rétrospectivement, on ne peut penser sans frémir ! Ne risquait-il pas, moderne Samson, de perdre du coup toute sa personnalité, toutes ses éminentes qualités d'esprit et de cœur ?

*
**

La première était assurément la bonté, dont il a donné tant de preuves. Sera-t-il permis, maintenant qu'il n'est plus, de mentionner quelques-unes des actions méritoires que ce grand altruiste tenait le plus jalousement cachées ? Il ne se passait pas de jour, quand il était à Trousseau, qu'un médecin de quartier ne vînt lui dire : « Je vous appellerais bien en consultation, pour un cas qui m'embarrasse, mais la famille est dans l'impossibilité de vous honorer ». — « Qu'à cela ne tienne, répondait-il gentiment ! Du moment que je peux être utile, comptez sur moi ». Son service fini, il se précipitait chez les pauvres gens ; il leur prodiguait les meilleurs soins et souvent, en partant, il trouvait encore moyen de soulager leur misère...

Adoré de ses petits malades, vénéré de ses élèves, se réjouissant de leurs succès, s'attristant de leurs peines, se multipliant pour aplanir, sous leurs pas, la route raboteuse des concours, il avait conservé le culte de ses maîtres : Bergeron, Bouchard, P. Brouardel, Duplay, Grancher, Hanot, Jaccoud, Proust. Il était resté fidèle aux amitiés de la première heure, et rien n'était plus touchant que de voir ces anciens camarades de conférence : Béclère, A. Chauffard, Siredey, Walther et lui, toujours aussi étroitement unis, de constater qu'en toutes circonstances, ils s'étaient fraternellement appuyés les uns sur les autres pour gravir ensemble le chemin de la vie.

A la bonté, il joignait une volonté tenace, une indépendance de caractère qui lui faisait mettre l'honneur au-dessus des honneurs, une candeur si profonde qu'elle en était touchante, encore qu'elle sût, à l'occasion, ne pas exclure un certain humour, un patriotisme farouche, et, surtout, deux qualités qui n'avaient pas peu contribué à ses succès universitaires. L'une, c'était sa puissance de tra-

vail. Il travaillait dans son service. Il travaillait au laboratoire. Il travaillait en tramway : les gens de ma génération peuvent en témoigner et, lorsqu'il eut une automobile, c'est tout juste s'il n'y écrivit pas des articles. L'autre, c'était sa prodigieuse mémoire. N'est-ce pas Wright qui l'avait défini *l'homme qui lit dans toutes les langues ?* Il connaissait tout. Il avait tout vu. Et, plus heureux que le voyageur de la fable, il avait tout retenu. On pouvait le feuilleter sans fin. Médecine, chirurgie, biologie, histoire, sociologie, littérature, philosophie, rien de ce qui est humain ne lui était étranger. Toutes les données qu'un homme peut acquérir, il les avait emmagasinées, toujours prêt à répondre au premier appel, à fournir, sans hésitation, la réponse demandée. Nouveau Pic de la Mirandole, il eût été capable, lui aussi, sans son incurable modestie, de parler *de omni re scibili :* ajoutons, sans crainte de nous tromper : *et quibusdam aliis...*

*
**

Si considérable est l'œuvre de ce grand voyageur d'idées que l'on se sent tout essoufflé, a-t-on pu dire, d'en avoir fait le tour. N'embrasse-t-elle pas la médecine tout entière ?

En pathologie interne, quelle est l'infection dont l'étude n'a pas bénéficié de ses patientes recherches ? Il a pressenti le rôle des parasites animaux dans la propagation du typhus exanthématique. Il a contribué à démontrer la transmission hydrique du choléra. Il a procédé à de nombreuses enquêtes sur la plupart des autres maladies tropicales. Il a attiré l'attention sur les fièvres typhoïdes ostréaires. Avec L. Ribadeau-Dumas, il a donné, aux paratyphoïdes, leurs lettres de naturalisation en fixant de manière définitive leurs caractères bactériologiques, anatomiques et cliniques. Il a établi que les complications des maladies infectieuses sont dues, presque toujours, à des germes d'infections secondaires, occupant la bouche, le pharynx, les fosses nasales. S'il n'a pas été le père du pneumocoque, il en a été « le parrain généreux et dévoué, et, s'il ne l'a pas créé, il l'a, du moins, élevé et établi », en dérivant, avec une parfaite minutie, ses innombrables localisations extra-pulmonaires. Grâce à sa maîtrise en bactériologie, il a apporté de l'ordre dans le désordre en montrant qu'il existe non pas *une*, mais *des* pleurésies purulentes, dues, les unes au pneumocoque, les autres au streptocoque, d'autres encore au staphylocoque, et que chacune de ces variétés est justiciable d'un traitement distinct.

Non moins décisifs, les progrès qu'il a fait accomplir à la neurologie, en s'intéressant aux infections neurotropes ! Soit seul, soit avec le Prof. H. Debré, il a consacré de longs mémoires à la méningite cérébro-spinale, exhumant de l'oubli le signe de Kernig, complétant l'étude des formes cliniques, montrant les services que rend au diagnostic la ponction lombaire, édictant, en ce qui concerne la thérapeutique, l'emploi des sérums polyvalents injectés à la fois en intra-rachidienne et en intra-musculaire, le plus tôt possible et trois jours de suite. Il a prouvé l'identité de la poliomyélite antérieure aiguë et de l'ancienne paralysie infantile, découvrant, avec M. Levaditi, les propriétés neutralisantes du sérum de convalescents, insistant sur la fréquence de la contagion directe, sur le polymorphisme clinique de la maladie, sur l'efficacité de la sérothérapie. Il a enfin remarquablement étudié l'encéphalite léthargique, proclamant, dès 1920, son autonomie, attirant l'attention sur ses aspects si variés, envisageant ses rapports avec les autres infections neurotropes : chorée, herpès, encéphalites aiguës consécutives aux fièvres éruptives.

Les questions d'hygiène n'ont jamais cessé de le passionner. Il a étudié l'épidémiologie des maladies tropicales : choléra et peste surtout. Il a indiqué les mesures à prendre pour éviter leur propagation. Il a surtout — et c'est là un de ses principaux titres de gloire — combattu aux côtés de son ami Wright pour faire triompher les vaccinations antityphiques. C'est sur ses conseils qu'en tous pays, on a pris l'habitude de soumettre aux injections préventives de sérum antidiphtérique les frères et sœurs des petits malades atteints d'angine couenneuse ou de croup.

Pour montrer ce que lui doit la thérapeutique, il suffit de rappeler que c'est lui qui a introduit en médecine courante le collargol, qui nous rend chaque jour de si précieux services, qu'il a vulgarisé la pratique, dans les infections graves, des abcès de fixation découverts par Fochier (de Lyon), qu'il a recommandé dans la diphtérie et dans la méningite cérébro-spinale, les hautes doses de sérum, qu'il a insisté à maintes reprises, seul ou avec M. Salanier, sur les effets favorables du sérum de convalescents dans le traitement de la poliomyélite aiguë.

*
**

Comment oublier, enfin, qu'il a été, avant tout, médecin d'enfants, que, dans les *Bulletins de la Société de Pédiatrie*, son nom figure à toutes les pages, qu'il a consacré de nombreuses monographies à l'anergie et à l'allergie morbilleuse, à la rubéole, à la diphtérie, à la fièvre typhoïde des jeunes, au scorbut infantile, aux rapports du zona et de la varicelle, etc., etc. ?

Ces belles recherches, auxquelles pourraient à peine suffire plusieurs existences ordinaires, il les aura poursuivies jusqu'à la fin. Comment, en se les remémorant, ne pas s'incliner devant celui qui, grâce à son esprit de méthode, à ses *connaissances illimitées*, à sa parfaite probité scientifique, a su les mener à bien ? Comment ne pas songer au laboureur de Longfellow, qui, tout le jour, pousse sa charrue dans le champ de l'infini, et qui, le soir venu, l'accroche à une étoile ?

*
**

Ce savant était aussi un homme de famille. Il lui a dû ses plus grandes joies, et aussi, hélas, quelques-unes de ces peines qui ne veulent pas être consolées. En perdant, il y a six ans, l'admirable compagne de sa vie, il avait connu qu'aujourd'hui comme autrefois, les filles d'Israël passent dans la douleur. Heureusement, il lui restait deux fils, dont l'un est notre confrère, une fille, Mme Lisbonne, un petit-fils, M. Jean Lisbonne, des cousins très chers, M. et Mme P. Halbron, des neveux aimés. M. et Mme Weissmann-Netter. Qu'ils permettent à la *Gazette des hôpitaux* de leur adresser ses plus vives et plus respectueuses condoléances. A l'heure où, selon la belle expression biblique, il s'est endormi avec ses pères, elle ne saurait oublier les services que, pendant plus de cinquante ans, il a rendus aux pauvres gens. Durant cette période, combien de fois a-t-il renouvelé le miracle du prophète Elie ? Combien de fois a-t-il ressuscité l'enfant sur lequel, déjà, l'ange de la mort étendait ses ailes funèbres ? Combien de fois a-t-il pu dire à la veuve : « Regarde : ton fils vit ! » (1).

L. BABONNEIX.

Les voies aériennes et la tuberculose, par G. PORTMANN, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux, et H. RETROUVEY, ancien laryngologiste des hôpitaux de Bordeaux, médecin des dispensaires antituberculeux du Finistère. Un volume de 312 pages avec 30 figures (Bibliothèque de phtisiologie). — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

---

(1) *La Sainte Bible, Premier livre des rois*, Chap. XVII, 23.


COEFFICIENT DE FIXATION
du Salicylate ANA sur la
fibre cardiaque : 170 %
Salicylate de Na
Salicylate ANA
150
100
50
0

INFORMATIONS

(SUITE)

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Liste alphabétique des candidats reçus au concours de l'externat :

M. Abramowicz, 47 ; Mlle Alam, 52 ; MM. Alhomme, 50,5 ; Allain, 47,5 ; Amado, 51,5 ; Ancelin, 53 ; Mlle Antoine, 60 ; MM. Ariztia, 53,5 ; Arnaud, 60,

Baillet Hubert, 51,5; Bally, 56; Barbery, 59; Bardon, 55,5, Bastian, 47 ; Batteur, 46 ; Baulon, 45,5; Beau, 50; Mlles Bérenger, 52,5 ; Ber, 54 ; Berlinska, 50,5 ; MM. Bernheim, 47,5 ; Berthet (G.), 52,5 ; Berthon (P.) et Bertier, 55,5 ; Bertrand (Charles), 47 ; Bertrand (Victor), 49,5 ; Berveiller, 58 ; Biaggi, 56 ; Bibring (Arthur), 48 ; Bignotti, 53 ; Bigou (Alphonse), 54 ; Bijoux (Robert), 45,5 ; Bilski, 58 ; Blanc (Guy), 49 ; Bloch (Jacques), 45,5 ; Blondé (André), 53,5 ; Boddaert, 46,5 ; Boeswillwald, 46,5 ; Boismoreau, 53,5 ; Mlles Bonastre et Bonnard, 46 ; Bonnet, 50,5 ; MM. Borja (Victor), 45,5 ; Mlle Boudeville, 53,5 ; MM. Bourdon (René), 47 ; Bourgeaud, 46 ; Bourguet, 52 ; Mlle Bournisien, 56 ; MM. Bouvaits (Jacques), 48 ; Bouygues, 48,5 ; Bouyssi (François), 46 ; Brenier, 52 ; Mlle Brisac, 57 ; MM. Brochard, 45,5 ; Brunat, 46,5 ; Bui-Kien-Tin, 49 ; Bureau (Georges), 61 ; Burgaud, 45,5,

Cachin, 54,5 ; Cahn, 48 ; Caillods, 58,5 ; Caldier, 52,5 ; Calmanovici, 46 ; Mlle Camilleri, 54 ; MM. Camus (Pierre), 45,5 ; Capelle, 55,5 ; Carlo, 59,5 ; Caron, 54,5 ; Mlle Carré, 48,5 ; MM. Carton, 46 ; Casalta, 55 ; Mlle Chaberlat, 48 ; MM. Chabert (Louis), 51,5 ; Chabert (Raymond), 45,5 ; Chambon, Chantemargue, 45,5 ; Charbonneau, 51 ; Chardack, 54,5 ; Charlet, 46,5 ; Chauvin (Jacques), 51,5 ; Chavarot, 47,5 ; Chenille, 50 ; Chevillotte, 60 ; Ciaudo, 60,5 ; Ciechanowicz, 48,5 ; Cœueilliez, 52,5 ; Cohen (Jean), 61,5 ; Colboc, 46,5 ; Mme Comte, née Lecointe, 46 ; MM. Connat et Couder, 48,5 ; Courtenay-Mayers, 46 ; Coury, 63,5 ; Crohas, 53,5,

Daguet, 50,5 ; Dana (René), 50 ; Daskalakis, 46 ; Daumet, 53 ; Dautel, 45,5 ; David (Daniel), 48,5 ; Decouflé, 53,5 ; Deguel (Edmond), 50,5 ; Delavelle, 56,5 ; Delerba 46,5 ; Demangre, 45,5 ; Démétriadès, 47,5 ; Denis (Jean-Charles), 46 ; Dépinay, 48,5 ; Mlle Depitre, 48 ; MM. Derooz, 48 ; Descamps (Louis), 47,5 ; Mlle Descroix, 56 ; MM. Devaux (Maurice), 57,5 ; Devieux, 52,5 ; Dicescu (Thomas), 50 ; Mlle Dicky, 53 ; MM. Dogué, 50,5 ; Door, 51 ; Douay, 46 ; Doumic, 58 ; Doville, 51,5 ; Dreyfus (Albert), 48,5 ; Dreyfus (Jean), 67,5 ; Mlle Dubois, 59,5 ; MM. Duchêne (Henri), 46,5 ; Duchêne (Jean), 55,5 ; Dufour (Maurice), 49,5 ; Dumas (Michel), 57 ; Dumay (Jean), 52,5 ; Dupas, 51 ; Mlle Dupont, 46 ; MM. Dupuy (Michel) 47,5 ; Durand (Victor), 59,

Erlich (Jean), 47 ; Mlle Esquerré, 54,5.

Ferhrenbach, 47,5 ; Mlle Fillon, 45,5 ; Flaisler (Albert), 49,5 ; Flouquet, 53 ; Mlles Fommarty, 52 ; Fossier (Jeanne), 47 ; MM. Frankfurt, 46,5 ; Frinault, 56,5,

Galey, 52,5 ; Mlle Gaon, 49,5 ; MM. Garcia y Bengachea, 46 ; Gauchon, 50 ; Gautier (Robert), 46,5 ; Gay (Pierre), 55 ; Gerain (André), 58,5 ; Gérard (Jean), 60,5 ; Gerber, 48,5 ; Girault (Albert-André), 58 ; Girauld (Jean-Marie-Pierre), et Goldberg, 55,5 ; Gonzalez-Ruiz, 52 ; Gorce, 53 ; Gorin, 60,5 ; Gorny, 47 ; Gosselin, 45,5 ; Govaerts, 47 ; Graillon, 52,5 ; Mlles Gravelat, 47 ; Grégory, 58,5 ; MM. Grigné, 49 ; Gropper, 48 ; Guéraud (Louis), 46,5 ; Guéroult, 54,5 ; Guichard, 47,

Habib, 48,5 ; Hagège, 51,5 ; Mlles Hahn, 58,5 ; Haitovitz, 54 ; MM. Halfon, 53 ; Hamon (Yves), 50 ; Hébert, 58 ; Henry (Jacques), 50,5 ; Hérard, 47,5 ; Hervet, 46 ; Hiverlet 45,5 ; Horvilleur, 48,5 ; Houssin, 46,5 ; Mlle Huguenard, 51; MM. Huignard, 48 ; Huret (Lucien), 46,

Isak, 55 ; Isal (Pierre), 49,5,

Jacir, 46 ; Jaupitre, 54 ; Jomier, 55,5 ; Jourdain, 48,5 ; Jourde, 46,

Mlle Kahn, 65,5 ; MM. Keiser, 50,5 ; Komarower, 48,5 ; Koskas, 56,5 ; Mlle Kowalska, 46,5 ; MM. Kuczynski, 53,5,

Labourie, 50,5 ; Lacaze, 52,5 ; Lacour (Albert), 55 ; Lacour (Armand), 48,5 ; Mlle Lafourcade, 46,5 ; MM. Lamy (Robert), 49 ; Lapeyre, 60,5 ; Lardy, 46 ; Mlle Lassadrie-Duchêne, 49 ; MM. Laurent (Jules), 62,5 ; Lebas, 47 ; Lebel, 54 ; Lebiedinsky, 49 ; Le Bihan, 57,5 ; Lebreton, 52 ; Le Brun, 49,5 ; Lefebvre (Guy), 52,5 ; Leibowitch, 45,5 ; Leiser, 47,5 ; Lemoine (André), 48,5 ; Lévi (André), 52 ; Lévy (Emile), 49,5 ; Lévy (Michel-Marc), 53 ; Mlle Lévy (Yvette), 47,5 ; MM. Lewinson, 47 ; Lhermet, 52 ; Mlles Lipmann, 60,5 ; Llech, 49 ; Loiseau, 53 ; MM. Lux, 45,5,

Magnoux, 52,5 ; Malange, 50 ; Marachi, 53,5 ; Marchal (Louis), 49,5 ; Marrero, 48 ; Mlle Marx, 52,5 ; M. Marzet, 57,5 ; Mlle Maschkouzan, 52,5 ; MM. Masmonteil, 46 ; Mathias, 57 ; Maury, 48,5 ; Mebs, 47,5 ; Mlle Mendras, 56 ; MM. Mertens, 48,5 ; Meunier (Jean-Eugène), 50 ; Mlle Mirabail, 48 ; M. Mogharéi, 51 ; Mlle Moreau (J.), 57 ; MM. Moreau (Michel), 50 ; Morilière, 49,5 ; Mlle Morin (J.), 54,5 ; MM. Mory, 49,5 ; Moure, 46,

Nanty, 46,5 ; Nataf (François-J.), 50 ; Neveux, 51,5 ; Nguyen-Thé-Dai, 49 ; Niego, 60 ; Nomdedeu, 54,

Oelnitz (d'), 49,5 ; Orfali, 47 ; Mlle Orsoni, 51,5 ; MM. Ossanlou, 50 ; Oudot (Jacques), 45,5 ; Ourceyre, 49,5 ; Owsianik, 49,

Palmer, 60,5 ; Parhami, 48,5 ; Parienté, 58 ; Patin, 49,5 ; Patron, 59,5 ; Payenneville, 48 ; Pêcheux, 51,5 ; Pellet, 46,5 ; Péraly, 45,5 ; Pérel, 46 ; Périllo, 50,5 ; Petit (Jean) et Piana, 46,5 ; Piard, 51,5 ; Picot (Lucien), 49 ; Piérart, 46,5 ; Pinasseau, 50 ; Pistre, 54 ; Pley (Julien), 49 ; Pluvinage (Roger), 55 ; Polliot, 46 ; Pomès, 52 ; Pouzols, 47,5 ; Pramayon, 45,5 ; Praslon, 50,5 ; Pribat, 46,5 ; Mlle Prost, 47,5 ; MM. Pujol, 45,5,

Quichon, 48 ; Quintescu, 53,5,

Rahmani, 47 ; Rathery (Michel), 56,5 ; Renard (Pierre), 51 ; Ressnick, 46 ; Reverdiau, 52,5 ; Rivière, 47 ; Mlle de Robert (Jane), 51,5 ; MM. Robert (Jean-Marie-Joseph), 47,5; Roblin, 54,5 ; Roby, 50 ; Rosenberg (Samuel), 46 ; Mlles Rosenkovitch, 55,5 ; Rosenstock, 47,5 ; MM. Rosey, 45,5 ; Rouff, 53,5 ; Roulin, 46,5 ; Rousselin, 53 ; Mlle Rousset, 49; M. Routier, 55 ; Mlle Rouvier, 51,5 ; MM. Roux (Jean), 56,5; Roux (Michel), 55; Rozencweig, 49,5,

Sablon, 48,5 ; Salmen, 46,5 ; Mlle Samuel, 46 ; MM. Sapet (Maurice), 56 ; Sarfati (Abraham), 50,5 ; Sauzède, 50 ; Scebat, 64,5 ; Schneider (Maurice), 46,5 ; Mlle Schweisguth, 64,5 ; MM. Sclafer (Jean-Pierre), 51,5 ; Sébag (Abraham-Albert), 53,5 ; Sebban, 50 ; Sebillotte, 46,5 ; Seillier, 49,5 ; Sicard (Jacques), 49,5 ; Simon (Georges), 51,5 ; Sinaud, 47,5 ; Mlle Sokolski, 56 ; M. Soula, 52 ; Mlle Spach, 55 ; MM. Staub, 52,5 ; Szpidbaum, 48 ; Szryro, 49,5,

Taïeb (Marcel), 46,5 ; Talpin, 54,5 ; Tardif, 50,5 ; Thévenin, 53 ; Thiebot, 52 ; Tola, 53,5 ; Tostivint, 52,5 ; Toupet, 49 ; Tran-Huu-Tüoc, 47,5 ; Tronc, 48 ; Tubiana, 56 ;

Valadou, 48 ; Venator, 52 ; Mlles Verron, 49,5 ; Vésigot-Wahl, 54 ; MM. Villain, 53 ; Vossoughi, 47 ; Mlle Vuillet, 46,

M. Weil (R.), 59,5 ; Mlle Weinberg, 54,5 ; M. Woimant (W.), 48 ; Mlle Woog, 50,

MM. Xanbeu, 53,

Zirah, 55.

Questions cliniques d'actualité, cinquième série. Leçons professées à la Charité (service du professeur SERGENT). Un volume de 306 pages, avec 55 figures. — Prix : 50 francs.. — Paris, Masson et Cie.

Le diabète sucré. Questions controversées de clinique et de pathogénie. Leçons professées à l'Hôpital Saint-André de Bordeaux. (Service du professeur MAURIAC), par MM. E. AUBERTIN, Ed. BESSIÈRE, P. BROUSTET, O. HIRSCH, P. MAURIAC, R. SARIC, M. TRAISSAC, F.-J. TRAISSAC. Un volume de 214 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 21. — MERCREDI 11 MARS 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**

Etudiants : **25** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.

Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 6 mars. — Questions données : « Fracture de la diaphyse humérale. — Complications des oreillons. »

Mlles Adda, 19,22; Sulzer, 17,88; MM. Phérine, 15,77; Denizet, 14,44; Delzant, 19,77; Goulesque, 20,77; Lecointe, 22,55; Debain, 23,66.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour la nomination à une place de chef de laboratoire à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 30 mars 1936, à 9 h. du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de 10 h. à midi, jusqu'au vendredi 20 mars 1936 inclus.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Conférences de chimie* (l'examen de chimie de 1re année portera sur les matières enseignées à ce cours). — M. Sannié, agrégé, commencera une série de leçons de chimie physiologique les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 18 h., amphithéâtre Vulpian, à partir du mardi 21 avril 1936 inclusivement.

HÔPITAL FOCH. — *Les actualités médicales pratiques.* — Conférences médico-chirurgicales gratuites ouvertes à tous les médecins et étudiants en médecine et faites par les médecins de l'hôpital Foch (les médaillés militaires), le dimanche matin, de 9 h. 30 à 11 h. 30, dans la salle des conférences de l'hôpital Foch, 60, rue Vergniaud (XIIIe).

Programme. — 26 avril. — 9 h. 30 : M. Le Gac. Les diverticules sigmoïdiens et leurs complications; — 10 h. 30 : M. de Sèze. Traitement des algies faciales et cervico-brachiales.

3 mai. — 9 h. 30 : M. Coutela. Les céphalées d'origine oculaire; — 10 h. 30 : M. Deval. Technique des prélèvements pour le laboratoire.

10 mai. — 9 h. 30 : M. Dausset. Trois ans de pratique des ondes courtes; — 10 h. 30 : M. Lortat-Jacob. Indications de la cryothérapie en dermatologie.

17 mai. — 9 h. 30 : M. Deniker. L'ostéosynthèse : état actuel de la question ; — 10 h. 30 : M. Thiroloix. Traitement de l'hypertension artérielle.

24 mai. — 9 h. 30 : M. Lamy. Diagnostic et traitement du mal de Pott; — 10 h. 30 : M. Pierre Bourgeois. Le pneumothorax controlatéral.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Vente aux enchères publiques, au bénéfice des veuves et orphelins, de tableaux anciens et objets d'art provenant de la collection du docteur D..., bienfaiteur de l'Association : le lundi 23 mars 1936, à l'Hôtel Drouot.

Tableaux des Ecoles flamande, française, hollandaise et italienne, de l'Ecole ou à la manière de Jordaëns, Bassan, Philippe de Champaigne, Brauwer, Weenix, Lancret, Maratti, etc.

Porcelaine, faïence, argenterie, bronze, bibelots anciens.

Commissaire-priseur : Me Audap, 44, rue Laffitte.

Une exposition aura lieu le dimanche 22 mars, à la salle des Ventes.

MÉDAILLE DU DOCTEUR GEORGES LABEY. — Les amis et les élèves du docteur Georges Labey ont l'intention, à l'occasion de son départ des hôpitaux, et en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître Ch. Pillet.

Une souscription est ouverte à cet effet. Tout souscripteur de 100 fr. aura droit à un exemplaire de la médaille.

Trésorier : M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Villain, chef du service de la Santé publique en Tunisie; Pierre Achalme, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LIMITE D'AGE DES PROFESSEURS

15283. — M. Daroux, député, demande à M. le ministre de l'Education nationale si, lorsqu'un professeur de faculté a atteint l'âge de soixante-dix ans, il doit être mis à la reretraite à partir du jour où il a soixante-dix ans ou seulement à la fin de l'année scolaire. (*Question du 6 février* 1936.)

Réponse. — Les professeurs de faculté sont admis à la retraite à compter du jour où ils sont atteints par la limite d'âge. Mais ils continuent à assurer leurs fonctions jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours. (*J. O.*, 21 février 1936.)

THÈSES DE DOCTORAT

15107. — M. Courtehoux, député, demande à M. le ministre de l'Education nationale si les Facultés de médecine ont le droit de vendre au de céder à des particuliers les exemplaires de thèse de doctorat en médecine ou de doctorat vétérinaire qui doivent leur être obligatoirement adressés par les candidats avant de soutenir leur thèse. (*Question du* 23 *janvier* 1936.)

Réponse. — Réponse négative.

ÉTUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE

14339. — M. Lucien Coudert, député, demande à M. le ministre de la Santé publique si un étudiant en chirurgie dentaire, auquel il ne manque, pour être diplômé, que l'épreuve de prothèse de troisième année, peut exercer légalement l'art dentaire sans ou sous le contrôle d'un chirurgien dentiste. (*Question du* 28 *novembre* 1935.)

Réponse. — Aux termes de l'article 1er de la loi du 26 juillet 1935, nul ne peut exercer l'art dentaire en France, même sous le contrôle d'un chirurgien dentiste, s'il n'est muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste. (*J. O.*, 21 février 1936.)

LES COMMUNIQUÉS MINISTÉRIELS RADIODIFFUSÉS SONT DES COMMUNICATIONS OFFICIELLES

15234. — M. Gounin, député, demande à M. le ministre de l'Education nationale : 1° si lorsqu'un communiqué ministériel relatif à un congé scolaire est diffusé par un poste radiophonique d'Etat ou paraît dans la presse responsable de ses informations, les membres de l'enseignement peuvent s'en autoriser pour obéir, en temps utile, à la décision prise, et d'après les termes mêmes du communiqué ; 2° que doit faire, en ce cas, un chef d'établissement scolaire : fermer aux enfants les portes de son établissement ou recevoir les enfants dans l'école ; 3° dans cette deuxième hypothèse, comment il peut faire assurer la garde desdits enfants si les maîtres (professeurs ou instituteurs) n'ont pas rejoint leurs postes ou estiment avoir le droit de se retirer ; 4° quelle serait la responsabilité des chefs d'établissement et des maîtres au cas où un accident surviendrait à un élève renvoyé de l'école ou gardé à l'école ? (*Question du 4 février* 1936.)

Réponse. — 1° La diffusion par un poste radiophonique d'Etat doit évidemment être considérée comme une communication officielle du ministre qui a utilisé, dans cette circonstance, un des moyens de transmission mis à sa disposition. Les informations de presse, à elles seules, peuvent n'apparaître pas comme l'expression de la décision ministérielle. Elles restent un moyen d'information qui est généralement précisé et doublé par une communication officielle ; 2° la réponse à cette question est en relation avec la réponse qui vient d'être donnée à la première question. Si un maître ne s'estime pas touché par un ordre officiel de congé, on ne peut lui faire grief de garder ses élèves ; 3° il demeure improbable, étant donné les conditions mêmes où est formulée la question qui implique pour les maîtres l'incertitude d'un congé officiel, que l'établissement soit totalement dépourvu de personnel consentant à assurer quelques heures de garde éventuelle ; 4° il faudrait, en cas d'accident, que les intéressés fissent d'abord la preuve du dommage allégué et, tout d'abord, de la faute qu'ils entendraient imputer à l'Etat. (*J. O.*, 11 février 1936.)

Questions cliniques d'actualité, cinquième série. Leçons professées à la Charité (service du professeur SERGENT). Un volume de 306 pages, avec 55 figures. — Prix : 50 francs.. — Paris, Masson et Cie.

Le diabète sucré. Questions controversées de clinique et de pathogénie. Leçons professées à l'Hôpital Saint-André de Bordeaux. (Service du professeur MAURIAC), par MM. E. AUBERTIN, Ed. BESSIÈRE, P. BROUSTET, O. HIRSCH, P. MAURIAC, R. SARIC, M. TRAISSAC, F.-J. TRAISSAC. Un volume de 214 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(XXe Session, mars 1936.)

DE L'HÔTEL-DIEU AU VAL-DE-GRACE

Le 1er mars a eu lieu à l'Hôtel-Dieu la session consacrée à l'*abcès de fixation*. M. le médecin général inspecteur Rouvillois présidait, assisté de M. le professeur Carnot. A leurs côtés, MM. Arnold Netter, Comby, J.-L. Faure, Castaigne, Lesné, Crouzon, Huber, Lévy, Sacquépée, Charles Fiessinger, Guéniot, Fredet, et le si actif secrétaire général, notre collègue H. Godlewski.

On sait quel tragique événement a interrompu la discussion. Alors que M. Netter venait de répondre à M. Comby et faisait un exposé sur l'abcès de fixation dans le traitement de l'encéphalite léthargique, il s'affaissa brusquement.

Nous ne pouvons donc aujourd'hui donner que les conclusions départementales que voici :

Synthèse des conclusions des Assises départementales, par le docteur Henri GODLEWSKI :

Une minorité, très faible mais convaincue, estime que la méthode de l'abcès de fixation ne repose sur aucune base solide ; la majorité des sections départementales est au contraire favorable et est très favorable même, dans le Centre, Blaisois, Berry, Franche-Comté, Puy-de-Dôme, Corrèze, Dordogne, ainsi que la plupart des Assises du littoral méditerranéen et en Corse. L'abcès de fixation est très utilisé sur l'ensemble du territoire avec fluctuations de faveur régionale, soit en baisse comme dans l'Eure, soit en reprise comme en Nivernais ; plus souvent, il y a fidélité persistante comme en Côtes-du-Nord, Maine-et-Loire, Seine-et-Oise, Haute-Loire, Lot, Gard et Hérault.

La technique de Fochier est bien connue et pratiquée ; on insiste souvent sur la nécessité de s'y conformer étroitement : ne pas atteindre l'aponévrose ; répéter l'injection lorsque l'abcès semble ne pas prendre ; inciser sans hâte, après au moins une semaine de tuméfaction. La douleur et les décollements, parfois redoutés, notamment dans le Nord, la Beauce, l'Ille-et-Vilaine, ne semblent pas en général contre-indication à la méthode. L'absence de complications par l'abcès est un argument souvent enregistré.

La valeur curative est contestée, notamment à Strasbourg, affirmée au contraire et surtout par Montpellier, le Gard et le Lot-et-Garonne. Bien mieux admise est la valeur pronostique par les régions les plus diverses : Allier, Alpes-Maritimes, Charente, Cher, Corse, Côtes-du-Nord, Dordogne, Doubs, Eure-et-Loir, Gard, Hérault, Isère, Lot-et-Garonne, Meuse, Nièvre, Pas-de-Calais, Puy-de-Dôme, Sarthe, Var, Vaucluse.

L'accord est général pour admettre que l'abcès de fixation est sans efficacité dans la tuberculose, les méningites à pneumocoques et les staphylococcémies. Les résultats heureux les plus évoqués concernent les broncho-pneumonies de tous âges et les septicémies surtout puerpérales. Pour celles-ci, l'abcès de fixation est une « indication majeure », à condition d'agir assez tôt : dès que le médecin sent qu'il n'est plus maître de la situation, suivant la formule adoptée à la fois dans le Puy-de-Dôme et la Haute-Loire.

Les trois quarts des sections départementales ont d'ailleurs conclu dans le même sens et joignent en outre une mention de même ordre, spécialement importante, concernant l'encéphalite épidémique.

L'opinion générale la plus répandue est bien condensée dans ce paragraphe des conclusions du Lot-et-Garonne : « dans les septicémies brutales, il ne faut pas attendre ; dans les formes subaiguës, il est préférable d'amorcer le traitement par des méthodes spécifiques : l'abcès de fixation pratiqué secondairement semble catalyser leur action ».

La 2e réunion de la journée a eu lieu AU VAL-DE-GRACE, où le médecin général inspecteur Rouvillois a tenu à recevoir les membres de l'assemblée. Et c'était justice, puisque le corps de santé militaire était à l'honneur dans la personne de son chef, notre bien cher confrère Rouvillois, il était bon de venir se recueillir dans ce beau Val-de-Grâce où, parmi tant d'illustres souvenirs historiques, planent les ombres des grands ancêtres Percy et Larrey, dignes continuateurs d'Ambroise Paré. Et ma pensée, en écrivant ces lignes, se reporte vers ce magnifique éloge de la chirurgie d'armée prononcé à Bruxelles, il y a une douzaine d'années, par M. Emile Forgue, qui lui-même illustre à la fois l'armée et l'université sept fois séculaire de Montpellier.

Ce sont ces mêmes grands souvenirs que le général Rouvillois rappela dans le grand amphithéâtre, après avoir rendu un hommage ému de respect et d'admiration à la mémoire de M. Netter.

Puis M. Godlewski parla de Louis XIV au Val-de-Grâce. Le professeur Laignel-Lavastine rappela le séjour d'Anne d'Autriche, le médecin général inspecteur Lévy et le médecin général Paître parlèrent des grandes figures médicales et chirurgicales du corps de santé militaire. Enfin M. Lardennois retraça le rôle du Val-de-Grâce pendant la grande guerre, et le Dr Pierre Bernard fit une évocation profondément émouvante de ce héros de la guerre : le médecin de bataillon.

F. L. S.

Cette belle manifestation d'union confraternelle entre médecins civils et médecins militaires doit être soulignée. Elle revêt, en effet, dans les heures critiques que nous vivons une importance particulière. Puisse cet exemple être suivi de tous.

LIVRES NOUVEAUX

Neuro-psychiatrie. Syndromes. Maladies. Médecine légale. Traitement (1), par R. BENON.

L'auteur présente la pathologie mentale et nerveuse (neuro-psychiatrie) sous forme de syndromes et de maladies. Il décrit en détail les symptômes propres à chaque syndrome. Il discute longuement les diagnostics de syndromes. Puis il signale les maladies mentales et nerveuses, spéciales, généralement admises. Pour chaque syndrome ou maladie, il expose brièvement le traitement. Le premier chapitre, après quelques généralités et conseils pour l'examen du malade, est consacré au délire (syndrome et maladie), affection non pas la plus commune (car celle-ci est l'épuisement nerveux ou asthénie), mais affection la plus objective, si on peut dire, et aussi la plus aisée à reconnaître. Viennent ensuite la démence (plus exactement les quatre démences), la manie ou hypersthénie, l'asthénie ou hyposthénie, la confusion mentale (syndrome dysperceptif), l'onirisme, la psychose de Korsakoff, les troubles constitutionnels de l'intelligence et de l'émotivité, les obsessions-phobies, les obsessions-appétits, l'hystérie, l'épilepsie, l'aphasie, l'agnosie, l'apraxie, l'état second, enfin la perversité-type. — La médecine légale est étudiée avec soin: définition de l'aliénation mentale, rédaction du certificat de placement à l'asile des aliénés (placement d'office et placement volontaire). Ensuite l'auteur développe la question difficile de la responsabilité (droit pénal, article 64 du Code pénal et circulaire Chaumié du 5 décembre 1906, celle-ci toujours appliquée ; irresponsabilité et responsabilité atténuée) ; enfin la question de la capacité civile (droit civil). Un index alphabétique précieux, sorte de dictionnaire de psychiatrie, termine le volume.

L. G.

(1) In-8 de 268 pages. — Prix : 25 fr. — M. Vigné, édit.

DÉBILITÉ MENTALE, IMBÉCILLITÉ, DÉSÉQUILIBRE MENTAL ET HÉRÉDITÉ

Par MM. A. RODIET et P. QUÉRON,
Médecin chef et médecin assistant des Asiles.

La débilité mentale, l'imbécillité et le déséquilibre mental sont des infirmités psychiques « d'évolution », c'est-à-dire apparaissent, dès la naissance et le jeune âge, par opposition aux troubles psychiques « d'involution » qui sont des déchéances ne survenant qu'à l'époque de la puberté ou de l'âge adulte.

Les infirmités « d'évolution » ne sont pas seulement des accidents de la vie psychique, mais de véritables tares originelles, plutôt familiales qu'individuelles.

Aussi bien physiques que psychiques, les malformations qu'on a appelées, dès le milieu du XIXe siècle, « stigmates de dégénérescence », se caractérisent, dès la naissance, par des troubles névropathiques ou mentaux variés qui se reconnaissent pendant toute la vie intellectuelle d'un individu.

Afin de les classer logiquement, ces psychopathies, il faut admettre les deux variétés suivantes :

1° Le déséquilibre mental proprement dit, terme s'appliquant aux sujets que Magnan appelait autrefois les dégénérés supérieurs et les dégénérés avec délires polymorphes. Chez ces malades, le déséquilibre est constitutionnel. Il se manifeste par la désharmonie, l'originalité et les excentricités dans la conduite, les propos et les actes ;

2° Les monstruosités, et par cette expression, il faut entendre l'arriération mentale, l'idiotie et l'imbécillité.

Quelles que soient les opinions actuelles sur les notions de dégénérescence mentale et de débilité mentale et sur le rôle de l'hérédité, si même on concède que ce rôle fut souvent exagéré par certains auteurs, on est obligé d'admettre (les observations le prouvent) l'importance primordiale de la prédisposition et de la constitution héréditaire, non seulement dans l'éclosion, mais dans l'évolution de ces psychoses.

Si, le premier, Morel, et après lui Magnan, Régis, Sérieux, d'accord avec tous les auteurs du XIXe siècle, ont mentionné l'importance du facteur : « hérédité » chez les arriérés, débiles mentaux et déséquilibrés, en insistant sur l'obligation de la rechercher à l'origine de leurs troubles psychiques, c'est que l'expérience a démontré, de tout temps, l'impossibilité de ne pas tenir compte des tares héréditaires.

Cette théorie, en 1935, est-elle encore acceptée par les psychiatres ?

Dans la dernière édition de son manuel de psychiatrie, en 1930, de Fursac classe l'idiotie, l'imbécillité, la débilité mentale et le déséquilibre intellectuel, sous le titre de : « Etats psychopathiques constitutionnels ». Il écrit que les troubles, ainsi dénommés, sont fonction d'une constitution psychique anormale. Dès lors, ces syndromes se manifestent d'une façon essentiellement précoce, dès les premiers contacts avec la vie sociale. C'est dire qu'ils relèvent de facteurs agissant dès les premiers stades de la vie autogénique : hérédité ancestrale, affections de l'existence intra-utérine, ou des premiers mois de la vie extra-utérine. Leur étiologie, affirme l'auteur, se confond ainsi avec la notion de dégénérescence en général.

Cette même opinion est exprimée par Laignel-Lavastine et Barbé. Ils décrivent les états de débilité mentale, d'idiotie, d'arriération psychique, d'imbécillité, de déséquilibre, sous le nom de : « psychopathies organiques ». D'après ces auteurs, dans tous ces syndromes, on trouve des lésions anatomo-pathologiques. Le plus souvent, ces lésions sont congénitales (soit conceptionnelles, soit fœtales) ou acquises pendant la première enfance. Il peut en résulter tantôt des arrêts de développement ou « dysgénésies », tantôt même des défauts de développement, ce que les auteurs appellent : « agénésies ». Ces défaillances psychiques, on leur a donné le nom de : idiotie, arriération mentale, débilité mentale et déséquilibre mental. Pour toutes ces infirmités psychiques, Laignel-Lavastine, Delmas et Barbé pensent que l'hérédité provient du neuro-arthritisme, ou de la tuberculose, ou de la syphilis, ou encore de l'épilepsie, quand ce n'est pas de l'alcoolisme des ascendants. Il est des cas, toutefois, disent-ils, où l'hérédité ne se retrouve pas et : « où la débilité « doit être considérée comme secondaire à une encé« phalopathie accidentelle et acquise (traumatisme de « l'accouchement ou autres, pendant la première en« fance, encéphalopathies toxi-infectieuses avec ou « sans convlusions chez le nouveau-né) ». Dans leur traité de psychiatrie, Dide et Guiraud ont classé les affections mentales en : 1° Arrêts de développement ; 2° Constitutions psychopathiques ; 3° Psychoses constitutionnelles ; 4° Psychoses affectives avec atteinte affective prédominante ; 5° Psychoses avec atteinte intellectuelle transitoire ; 6° Démences.

En ce qui concerne les arrêts de développement, ces auteurs pensent que l'idiotie, l'imbécillité, la débilité mentale, résultent de causes multiples agissant toujours pendant la période embryonnaire, fœtale ou infantile. Dès lors, les causes héréditaires interviennent soit par mauvaise qualité du germe issu des parents, soit par addition d'une maladie infectieuse des ascendants. C'est ainsi que l'alcoolisme des parents agit sur les enfants, surtout lorsqu'ils ont été conçus par un père ou une mère en état d'ivresse. De même, l'hérédo-syphilis fournit un contingent très important d'idiots et d'imbéciles.

En Allemagne, Bumke (1) admet que l'existence d'une débilité héréditaire n'est pas prouvée. Toutefois, d'après de nombreuses observations, il croit que l'imbécillité peut être transmise par hérédité.

En Angleterre, Henderson et Gillespie (2) distinguent le « mental defect » ou déficience intellectuelle précoce, du « moral defect » qui se manifeste par une conduite antisociale évidente, plus tardive. Ces auteurs sont d'avis que dans un cas comme dans l'autre, l'hérédité intervient presque toujours pour créer la prédisposition à ces déchéances intellectuelles ou morales.

(1) BUMKE. *Le Horbuch der Geiste Krankheiten*, Munich 1929.
(2) HENDERSON et GILLESPIE. *Tetbock of Psychiatrie*, Third, édit., Londres 1933.

En résumé, aussi bien en France qu'à l'étranger, les opinions de la plupart des auteurs de manuels de psychiatrie s'appuient sur des faits que nous retrouvons dans les observations suivantes, choisies parmi une centaine de cas observés aussi démonstratifs :

Observation I. — L... Henri, 19 ans, sans profession, est placé à Sainte-Anne le 14 février 1933 par sa mère, qui présente un certificat médical ainsi libellé :

« Est atteint de débilité mentale se manifestant par des « fugues, des troubles du caractère et de la conduite, et « surtout par des gestes obscènes qui attirent l'attention sur « lui. Plusieurs fois, pour ces gestes, il a été conduit au « commissariat de police. Il doit être interné. »

D'après les renseignements obtenus à l'asile Sainte-Anne, le père serait mort *tuberculeux* et la mère serait *alcoolique*. Les certificats des médecins traitants concluent à une débilité mentale très prononcée avec masturbation en public et à la nécessité de prolonger l'internement. Mais, réclamé instamment par sa mère, le malade lui est rendu en novembre 1933. Son existence est ignorée jusqu'en février 1934. A cette date, il est inculpé d'attentat aux mœurs et incarcéré à la Santé. Un premier expert commis avant le jugement conclut à « imbécillité avec perversions instinctives, irresponsabilité et internement. »

Lorsque le malade arrive à l'Infirmerie spéciale, le 20 février 1934, le médecin de service constate : « Débilité « mentale profonde : incurie ; niaiserie ; puérilité. Inculpé « d'outrage aux mœurs, discute les faits et veut n'avoir « exécuté que des gestes banals. Déjà interné en 1924, « présente des signes multipes de dégénérescence : spas- « mes faciaux, cyphose, fistule anale.

« Chez la mère, en notre présence, excitation, logor- « rhée, fabulation, contradictions impudentes, menaces ; « coup porté à un infirmier du service. Récriminations « contre les infamies judiciaires. »

Après avoir été transféré à Villejuif, où les médecins décident qu'il doit être maintenu dans un asile d'aliénés, il est reconduit à Sainte-Anne pour un nouvel examen réclamé par sa mère. Dans cet asile, son internement se prolonge jusqu'en mars 1934.

A cette date, la mère fait signer par les habitants de son quartier une pétition au Préfet de police, déclarant que : « l'enfant n'est pas dangereux et qu'il a seulement l'ha- « bitude de *se gratter en public* ». La mère s'engage, en outre, à emmener son fils à Saint-Quentin (Aisne) aussitôt après sa mise en liberté.

Dans ces conditions, la sortie est ordonnée le 10 avril 1934, mais sous cette réserve que L... sera accompagné à la gare par un infirmier qui devra s'assurer de son départ pour Saint-Quentin avec sa mère.

L'existence de L... est ignorée depuis sa sortie de l'asile.

En résumé, un imbécile pervers et mal surveillé par une mère incapable de le diriger, alors qu'une direction constante et énergique lui est indispensable, dès qu'il est en liberté.

Obs. II. — P... Suzanne, 28 ans, sans profession, est arrêtée le 21 février 1922, en flagrant délit de vol à la tire sur un marché. Elle est incarcérée à Saint-Lazare, où son avocat demande une expertise. D'après les renseignements, lourde hérédité ; la mère est morte de *tuberculose* et le père est *alcoolique*. C'est lui qui a réclamé, d'accord avec l'avocat, l'examen par un expert. Celui-ci, dans son rapport, mentionne d'abord que l'inculpée a déjà été condamnée, pour le même délit, le 30 octobre 1919, à 4 mois de prison, et le 25 juin 1921, à 4 mois de prison. Elle a fait aussi l'objet de plaintes pour vol le 17 novembre 1921, et le 1er décembre 1921. Dans son rapport, le médecin expert constate ensuite que : « P... a une instruction très rudi- « mentaire (malgré des études assez prolongées), le juge- « ment et le pouvoir de raisonnement très limités. Elle « n'a pas appris de métier. Son attitude, ses manières, son « langage sont franchement puérils, ainsi que ses réac- « tions émotionnelles. »

Au sujet des vols qu'elle a commis, elle ne cesse de répéter : « C'est plus fort que moi ; je ne peux pas m'empê- « cher de voler des porte-monnaie ; il ne faudrait jamais « que je sois seule », en ajoutant : « Je vous jure que je « ne recommencerai plus », répétant cette phrase, lorsqu'on lui objecte que, lors de ses précédentes inculpations, elle a déjà fait les mêmes promesses.

« Porteuse, en outre, constate l'expert, de nombreux si- « gnes de dégénérescence, non réglée, atteinte de sco- « liose et de goitre exophtalmique fruste, elle présente des « troubles du caractère ; elle est indocile et irritable. D'au- « tre part, ses parents (père et frères) n'ont jamais tenu « les promesses faites lors des précédentes arrestations, de « l'emmener à la campagne et de la surveiller. » De sorte que l'expertise conclut : 1° à la débilité mentale avec perversions instinctives ; 2° à l'irresponsabilité ; 3° à l'internement.

A la suite de ce rapport, la malade passe de Saint-Lazare à Sainte-Anne, d'où elle est transférée à l'asile de Maison-Blanche. Là, son père apprend au médecin que sa fille, à l'âge de 16 ans, a été atteinte de méningite cérébro-spinale, et il déclare : « Depuis cette maladie, elle ne se rend au- « cun compte de ses actes. On ne peut laisser aucun objet « à sa portée. Elle détruit tout pour le plaisir de détruire. « On ne peut la laisser seule. Plusieurs fois arrêtée pour « vol, on l'a, chaque fois, jugée irresponsable. » D'autre part, les voisins répondent à l'enquêteur que, tout en reconnaissant P... « simple d'esprit, ils n'estiment pas qu'elle « soit capable de nuire. »

De sorte que le père, malgré son témoignage, réclame la sortie de l'asile avec insistance. Mais, pendant plusieurs mois, la Préfecture de police prolonge l'internement. Le Procureur de la République, sollicité par le père, demande au médecin traitant un certificat qui, le 4 janvier 1923, est ainsi rédigé : « Atteinte de débilité mentale, est internée « pour kleptomanie. A l'asile, est calme, docile et tra- « vailleuse. Ne présente actuellement aucun trouble men- « tal justifiant la prolongation de l'internement. Peut être « rendue à ses parents qui la réclament. »

Mais la Préfecture de police refuse de prendre la responsabilité de la sortie, et c'est le Tribunal de Pontoise qui, par jugement en date du 2 février 1923, libère la malade, pour la rendre à son père.

Un an plus tard, le 10 février 1924, P... est encore arrêtée pour tentative de vol et vols, et incarcérée à Saint-Lazare. Une fois de plus, le père exige, d'accord avec l'avocat, une expertise qui conclut à l'irresponsabilité, à l'internement, avec cette considération que : « si elle sort de l'asile, elle récidivera certainement ».

Après un séjour de quinze jours à Sainte-Anne, P... est reconduite à Maison-Blanche, dans le service où elle a déjà été internée. Après avoir d'abord décidé son maintien, le médecin traitant, lassé par les démarches du père qui ne cesse de réclamer la sortie à la Préfecture de police et au Tribunal de Pontoise, rédige le certificat suivant :

« 7 septembre 1924. Atteinte de kleptomanie sur fonds « de débilité mentale, n'a présenté, depuis six mois qu'elle « est internée, aucun signe d'aliénation mentale, autre « qu'une certaine faiblesse d'esprit avec maniérisme et « tendance aux mensonges. Son raisonnement prouve « qu'elle est parfaitement consciente de ses actes et qu'elle « est honteuse de ses vols. Elle serait vraisemblablement « mieux corrigée par des sanctions plus sévères que celle « d'un séjour dans un asile d'aliénés, où elle n'est pas à

« sa place. Elle doit être rendue à sa famille qui la ré-
« clame.

« Signé : docteur C... »

A cause, sans doute, du désaccord entre les conclusions des médecins, l'un expert, l'autre médecin traitant, la sortie est encore différée, aussi bien par la Préfecture de police que par l'autorité judiciaire. Mais le père et les frères de la malade s'adressent au ministre de la Santé publique. Celui-ci intervient auprès du Parquet de Pontoise, d'où il résulte un nouveau certificat du médecin traitant concluant à la sortie.

P... est donc libérée par jugement du Tribunal, le 13 mai 1925, et confiée à sa famille.

Or, moins d'un an après sa sortie, le 13 février 1926, P... est, de nouveau, arrêtée dans les magasins du Louvre, alors qu'elle vient de soustraire de l'argent dans les sacs à main de trois acheteuses. Elle est incarcérée, et examinée par le même expert qui, lors de ses précédentes arrestations, a été commis par le juge pour apprécier ses responsabilités.

Ce médecin, dans son rapport, conclut :

« 25 février 1926.

« 1° Est atteinte de débilité mentale avec perversions in-
« tinctives (mensonges et vols).

« 2° Les vols qui lui sont reprochés ne sont pas la con-
« séquence d'une impulsion kleptomaniaque, consciente,
« irrésistible, mais la résultante de ses tendances perverses,
« impuissantes à être refrénées par suite de son insuffi-
« sance psychique constitutionnelle.

« 3° Sa responsabilité est donc atténuée.

« 4° Quatre fois condamnée, deux fois internée et libérée
« de l'asile, en dernier lieu, par l'autorité judiciaire, P...
« aurait sa véritable place dans un asile-prison, car elle
« récidivera certainement, tôt ou tard, après sa mise en li-
« berté. Mais ce genre d'établissement n'existe pas en
« France. Faute de mieux, et faute d'être gardée à l'asile,
« on ne peut donc que lui laisser suivre le sort que lui ré-
« serve l'application de la loi. »

A la suite de ce rapport, P... a été condamnée à un mois de prison. Elle est sortie de Saint-Lazare le 16 mars 1926. Une fois de plus, elle est arrêtée pour vol en août 1926 et incarcérée. Son examen mental, réclamé par son avocat, est confié au médecin expert qui l'a antérieurement observée. Cet expert dépose les conclusions suivantes :

« 25 août 1926.

« 1° Débilité mentale avec troubles dystrophiques divers
« et perversions instinctives (mensonges et vols).

« 2° L'expérience a démontré que, par l'effet d'une in-
« suffisance psychique congénitale, et quelles que soient les
« sanctions prises à son égard, elle est impuissante à re-
fréner sa propension au vol.

3° Par suite, elle doit être déclarée irresponsable et inter-
« née dans un asile. Cette mesure, en l'état actuel de no-
« tre législation, est la seule capable, en effet, d'assurer
« efficacement la défense sociale, car il est certain que si
« elle est libérée trop prématurément, P... récidivera. »

Signé : Dr T....

La malade est transférée de Saint-Lazare à Sainte-Anne et de là à Villejuif, où le médecin traitant, le 29 septembre 1926, constate un élément nouveau :

« Débilité mentale avec impulsions au vol. Deux crises
« d'épilepsie depuis l'entrée. Diabète glycosurique. A main-
« tenir à l'asile...

Signé : Dr M....

Maintenue internée, la malade meurt à Villejuif le 30 décembre 1926, par suite d'une hémorragie cérébrale constatée à l'autopsie.

En résumé, une débile mentale, avec tares physiques constitutionnelles, perverse, incapable de s'adapter à la vie sociale. Pendant près de dix années, elle a évolué entre la prison et l'asile, coûtant très cher à la société en frais d'entretien, expertises et contre-expertises. Tout cela parce que sa famille s'est démontrée impuissante à lui assurer la surveillance et la protection nécessaires.

Par cette observation, on se rend compte, à cause de la contradiction des certificats médicaux, des difficultés de prolonger l'internement, lorsque, malgré l'évidence et les expertises, la famille, en l'espèce le père lui-même alcoolique et déséquilibré, s'obstine à réclamer la sortie, sans être capable de diriger le malade, après sa libération.

A propos de cette observation, poursuivie pendant dix ans, c'est toute la question de l'expertise psychiatrique et de la responsabilité des délinquants suspects d'aliénation qui est à exposer.

Que demandent les juges aux experts psychiatres ?

1° L'individu, soumis à l'examen, présentait-il, au moment où il a commis le délit qui lui est reproché, des troubles mentaux ?

2° Dans l'affirmative, existe-t-il une relation entre les troubles mentaux dont il était atteint, et l'infraction commise ?

3° Est-il possible, étant donné, d'une part, l'acte délictueux, d'autre part l'état mental de son auteur, d'assurer la défense sociale au moyen de mesures médicales ?

4° Si l'auteur de l'infraction à la loi n'était pas un aliéné au temps de l'acte commis, et ne peut être déclaré irresponsable, présente-t-il des anomalies mentales telles que l'on puisse considérer sa responsabilité comme atténuée et le faire bénéficier de l'indulgence des juges, sans risquer d'aggraver ses tendances antisociales ?

Or, depuis le début de 1934, on se préoccupe au Parlement et à la Société de Médecine légale de réformer le Code pénal, et aussi l'expertise psychiatrique. Doit-on, pour chaque cas suspect d'aliénation, surtout s'il y a eu crime (assassinat du Président Paul Doumer, et expertise de Violette Nozière), désigner deux experts psychiatres, l'un nommé par le juge d'instruction, l'autre demandé par l'avocat défenseur ? Tel est le problème non encore résolu. D'autre part, convient-il de modifier le terme : « démence » jusqu'ici le seul employé dans la loi en vigueur ? Et la responsabilité dite : « atténuée », comment la délimiter ?

En effet, on voit des experts conclure à une atténuation de la responsabilité, en quelque sorte indépendamment de l'état du mental du sujet soumis à leur examen, et du seul fait que le sujet est porteur d'une hérédité plus ou moins lourde. On lit, parfois, dans un rapport : « X... est fils d'un aliéné. Par suite,
« sa responsabilité doit être considérée comme atté-
« nuée ». Une telle conclusion ne serait légitime que si l'hérédité morbide avait, dans tous les cas, une influence fatale et certaine. Mais il n'en est pas ainsi. Dans la même famille, on trouve des individus gravement tarés et d'autres qui ne présentent aucun trouble psychopathique. Du moins, ceux-ci se démontrent parfaitement aptes à apprécier les conséquences de leurs actes. Sans doute, à cause de l'importance de l'hérédité dans l'étiologie des maladies mentales, la constatation d'une hérédité plus ou moins lourde chez

un délinquant ou un criminel, incite à se demander si celui-ci n'est pas lui-même un malade. Il y a là une présomption, mais seulement une présomption. Elle ne permet pas à l'expert d'affirmer : « hérédité morbide, donc atténuation de la responsabilité ».

De même, que faut-il comprendre par l'expression : « trouble mental » au sens médico-légal du mot ? Théoriquement, ce terme devrait désigner toute altération de l'esprit, qu'elle soit d'ordre intellectuel, psycho-sensoriel, affectif ou simplement moral. Par suite, le criminel, dans ses réactions antisociales, deviendrait une victime de son état mental, au même titre que l'idiot, le délirant ou le dément. Dès lors, c'est la notion du criminel-aliéné qui se généralise et risque d'être désastreuse pour la société. Cette thèse ne peut être admise et, précisément, le rôle de l'expert psychiatre est de déterminer si le sujet soumis à son examen, est un criminel conscient qu'il faut punir, ou un aliéné inconscient qu'il faut soigner, parce que malade.

Il en est de même aussi de la question posée concernant la relation entre les troubles mentaux constatés et l'infraction commise. Ce n'est pas là une loi fatale, et on peut concevoir de nombreuses exceptions, celle, par exemple, d'un épileptique présentant des crises comitiales et des troubles du caractère, mais, d'autre part, lucide et intelligent, qui commet une escroquerie préparée avec soin et susceptible de l'enrichir.

L'expert doit encore estimer s'il est possible d'assurer la défense sociale par des mesures médicales. Ainsi que le pense de Fursac, le psychiatre n'a le droit de déclarer irresponsable un sujet que s'il peut proposer une thérapeutique susceptible d'améliorer ce malade, tout en le préservant et en préservant la société contre ses réactions dangereuses. Dès lors, la seule solution, c'est l'internement dans l'asile d'aliénés, mais à la condition que l'état mental du sujet soit observé pendant longtemps. Il faut qu'il ne soit pas replacé trop tôt dans les conditions d'existence et de milieu où il peut nuire à la société.

Par notre dernière observation, on constate pourquoi trop souvent, en pratique, à cause de l'incompréhension des familles d'aliénés, cette règle ne peut pas être suivie. C'est qu'en effet, si l'expert conclut à la responsabilité atténuée, les juges sont embarrassés pour appliquer la loi. Dès lors, l'indulgence entraîne des risques pour la société. Aussitôt en liberté, après incarcération ou internement, la débile mentale, observée par nous pendant dix ans, recommence à voler, soit les passants, soit dans les magasins. Parce que, surprise en flagrant délit, elle regrette son acte, magistrats et médecins la confient à son père, qui se démontre incapable de la surveiller et de l'empêcher de récidiver.

En fait, pour chaque cas, il faut s'efforcer, par une étude complète du sujet, de ses réactions et surtout de ses antécédents, de déterminer le degré et la forme de ses tendances antisociales. Il faut aussi se rendre compte si, par incarcération ou par internement, il est : « intimidable », c'est-à-dire susceptible de se réadapter à la vie sociale. Il existe des individus, et notre dernière observation le prouve, qui sont réfractaires aussi bien au passage en prison, qu'au séjour à l'asile. Pour ceux-là, il est nécessaire de les mettre hors d'état de nuire, puisque leur incurable perversité est démontrée par leurs actes, dès qu'ils sont libres. En Angleterre, aux Etats-Unis, en Belgique, on les place, pour un temps illimité, dans des établissements spéciaux où, par le travail, la discipline, l'éducation morale, on les prépare à reprendre place dans la société. En France, deux asiles, seulement, sont réservés à ces malades : le quartier spécial de Villejuif et l'asile de sûreté de Hœrdt (Bas-Rhin). Ces établissements sont insuffisants, à cause du nombre, chaque jour croissant, des malades qui devraient s'y trouver hospitalisés. Ils sont actuellement mêlés aux aliénés non délinquants et les familles de ceux-ci se plaignent de cette promiscuité. D'autant plus que le retour à la liberté des aliénés délinquants et criminels ne doit se faire que progressivement, sous une surveillance, d'abord stricte et efficace, puis de plus en plus large, avec certitude de réinternement immédiat en cas de récidive ou même de menace de récidive. Or, ainsi que nous le constatons par nos observations, les garanties données par les familles, à ce sujet, sont, le plus souvent, illusoires et insuffisantes. Il convient donc à la Police d'assurer la surveillance du délinquant ou du meurtrier qui est sorti de l'asile.

Quoi qu'il en soit, et pour terminer ce chapitre de l'expertise, en cas d'aliénation mentale, le rôle de l'expert est de :

1° Ne conclure à l'irresponsabilité que s'il est possible de défendre la société par des moyens d'ordre médical ;

2° Ne conclure à la responsabilité atténuée, c'est-à-dire à l'indulgence, que s'il est certain que l'indulgence n'aura pas pour résultat d'augmenter la nocivité de l'inculpé ;

3° Abandonner le sujet à la répression pénale, si la défense sociale ne peut pas être assurée par l'internement, et si la famille se démontre incapable d'en comprendre la nécessité. Cela, même si l'inculpé est plus ou moins taré, mais est susceptible d'intimidation et s'il apprécie la conséquence de ses actes.

D'ailleurs, ainsi qu'on s'en rend compte par les discussions sur la réforme de la loi de 1838, et aussi sur la réforme du Code pénal, et la question de l'expertise psychiatrique, des lois générales sont très difficiles à établir. Chaque cas particulier doit être examiné par le médecin et le juge, d'après leur science et leur conscience.

D'autant plus que, d'après nos observations, on se rend compte aussi de la difficulté du problème des soins à donner aux débiles mentaux et aux déséquilibrés constitutionnels. Lorsque, en effet, la débilité mentale est simple et ne se complique pas de perversions instinctives, d'alcoolisme ou de psychose, le sujet peut vivre dans sa famille et son milieu social. Encore convient-il que dans cette famille et cet entourage, voisins et amis, il trouve la surveillance et les soins convenables.

Mais si le débile mental présente des tendances perverses, s'il devient alcoolique ou si le déséquilibre originel s'accompagne de psychose, il est entraîné à des actes antisociaux. Dans ce cas, il ne sort de l'asile ou de la prison que pour y revenir, à l'occasion d'un nou-

veau délit, quand ce n'est pas un crime. La récidive est constante, alors même que, en prison ou à l'asile, le malade paraît s'être amendé et être devenu vraiment capable de tenir ses promesses.

A l'égard de ces délinquants récidivistes antisociaux, la seule mesure qui s'impose est la création d'asiles de sûreté. Cette installation est, depuis longtemps, réclamée en France. Dans ces établissements, les malades seraient maintenus par décision de justice, malgré les réclamations de leurs familles, et ils ne pourraient sortir qu'après une longue cure d'isolement et de rééducation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1936)

La détection spectrale de l'hormone œstrogène dans l'urine de la femme enceinte. — MM. Henri BIERRY et Bernard GOILZON.

L'influence du régime alimentaire sur la sécrétion de l'urée chez la souris. — M. Pierre FEYEL.

Virus rabique et cellules néoplasiques. — M. Constantin LEVADITI et Mlle Rachel SCHOEN.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1936)

Méningo-encéphalite mélitococcique tardive avec spasmes sylviens à épisodes psychiques. — MM. ROGER, PIERI et BOUET (Marseille). Trois mois après la guérison d'une fièvre ondulante, apparition chez un malade de céphalées et de crises de paresthésies brachio-linguales droites avec aphasie. Ponction lombaire. Constatation d'une hypercytose à 160 éléments avec hyperalbuminose. Absence de signes méningés cliniques. Séro de Wright positif. Trois épisodes cliniques compliquent le fait. Subagitation, désorientation, zoopsie. Crises d'hémiparésie droite transitoire compliquant les phénomènes.

Septicémie à protéus vulgarisé. — MM. MERKLEN et JACOB. Homme de 18 ans. Début subit par vomissements et diarrhée, tension abdominale, subictère. Abcès pararénal d'odeur fétide. Constatation de proteus isolé dans les cultures en aérobiose et en anaérobiose et dans l'urine. L'abcès pararénal doit être le point de départ de la septicémie.

Tension rachidienne des hypertendus artériels. — MM. RISER et PLANQUES (Toulouse). Etude de 90 hypertendus artériels permanents.

1er groupe : 54 sujets à pressions normales.

2e groupe : 7 malades à pression augmentée de 1 à 3 cc. Pression veineuse normale.

27 malades : hypertension rachidienne certaine au-dessus de 23 en position couchée. La pathogénie de cette hypertension cranio-rachidienne est complexe et de détermination délicate.

Diabète insipide avec glycosurie. Ondes courtes sur la région hypophyso-tubérienne. — MM. DROUET, VERAIN, GRANDPIERRE, PIERQUIN. Malade présentant un syndrome infundibulotubérien avec polyurie et glycosurie d'origine traumatique. Dans ce cas, le déséquilibre glyco-régulateur semble s'être fait dans l'abaissement du seuil du sucre et il convient de signaler les effets durables du traitement par les ondes courtes sur la région hypophyso-tubérienne.

Métabolisme des hypertendus. — MM. MAY et OLLIVIER. Statistique portant sur le chimisme humoral des hypertendus d'où il résulte qu'on ne peut mettre en évidence aucune différence essentielle et constante entre ce chimisme et celui des sujets du même âge à tension normale.

Recherche du bacille tuberculeux dans le contenu gastrique pour le diagnostic précoce chez l'enfant. — MM. DEBRÉ, SAENZ, BROCA et COSTEL. La méthode de recherche du bacille tuberculeux dans les mucosités prélevées par lavage gastrique est fidèle ; elle donne 100 % de résultats positifs dans les tuberculoses avérées ; elle est négative au cours des épisodes non tuberculeux chez les enfants à lente réaction positive. Cette méthode doit être employée chez les enfants et chez les tuberculeux qui ne crachent pas, dans l'érythème noueux, la méningite tuberculeuse.

Recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique. Pronostic et prophylaxie chez l'enfant. — MM. LESNÉ, SAENZ, DREYFUS-SÉE, LAUNAY, SALAMBIEZ. Enfants de moins de trois ans. Très grande proportion de bacilles dans l'estomac. Présence dans les deux tiers des cas. La persistance de bacilles dans le pharynx chez 70 % de nourrissons tuberculeux pose la question du contage par l'intermédiaire d'une tétine, d'une cuillère, d'un jouet. Enfants de plus de trois ans : chez tous les enfants en état de primo-infection, il a été trouvé par un seul examen des bacilles dans le liquide gastrique, par les méthodes les plus minutieuses. Examen direct négatif. Le diagnostic de primo-infection impose la séparation de ces enfants d'avec les sujets réceptifs dans le milieu familial ou à l'école. Ces enfants ne doivent pas être soumis à la surinfection que comporterait le séjour sanatorial au contact de tuberculeux cavitaires.

Angiomatose hémorragique (maladie de Rendu-Osler). — MM. DUVOIR, POLLET, BOULEY et ORINSTEIN. Dans ce fait, il faut retenir : l'absence de toute notion héréditaire, la discrétion des troubles sanguins, la coexistence d'une déficience hépatique manifeste quoique faible. Les auteurs adoptent plus volontiers l'origine hépatique habituelle de la maladie de Rendu-Osler sans nier de façon absolue la possibilité d'altérations vasculaires primitives.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1936)

Deux cas de hernie diaphragmatique de l'estomac. — MM. LEVESQUE, MÉRY et Mlle RONGET ont observé deux cas de hernie diaphragmatique de l'estomac, toutes deux décelées par un clapotage spécial rythmé par le mouvement respiratoire. L'une d'elles s'est compliquée d'anémie grave, tandis que l'autre était latente ; les auteurs discutent la pathogénie de l'anémie en pareil cas. Enfin, l'estomac était une fois normal, mais mal formé dans le second cas.

Hernie gastrique transdiaphragmatique gauche chez un nourrisson vomisseur. — MM. Pierre LEREBOULLET, Marcel LELONG, Jacques ODINET et Jean BERNARD rapportent l'observation d'un nourrisson âgé d'un mois, amené dans un état précaire, vomisseur depuis sa naissance, et chez lequel l'examen radiologique fit découvrir une hernie diaphragmatique gauche.

Cette observation est remarquable à cause du caractère typique de l'image radiologique, et aussi parce que la guérison des vomissements a été obtenue par la conjugaison de deux méthodes, le décubitus ventral et les repas épais.

Image kystique du poumon à évolution curable chez un nourrisson. — MM. Pierre Lereboullet, Marcel Lelong et Jean Bernard ont observé un nourrisson qui présenta au décours d'une broncho-pneumonie une image gazeuse ovoïde, d'aspect kystique, occupant la moitié inférieure de l'hémithorax gauche. Cette image persista sans changements pendant deux mois, puis rétrocéda lentement en se contractant de la périphérie vers le centre, pour finalement disparaître sans laisser de traces appréciables. Les auteurs éliminent l'hypothèse d'un pneumothorax enkysté et discutent le diagnostic différentiel entre kyste gazeux congénital, hernie diaphragmatique ou volumineuse bulle d'emphysème aigu sous-pleural, sorte de kyste aigu acquis curable.

Hernie gastrique transdiaphragmatique. — MM. Lesné et Héraux présentent la radiographie d'une fillette de 13 mois, sur laquelle on constate une volumineuse hernie gastrique transdiaphragmatique. Cette enfant, prématurée débile, a toujours vomi depuis sa naissance ; son développement est très en retard ; son état général très précaire laisse supposer une issue fatale à plus ou moins brève échéance.

Lésion tuberculeuse d'inoculation de la joue d'aspect lupiforme. — MM. Ribadeau-Dumas et Le Melletier présentent un enfant de deux ans atteint d'une lésion cutanée lupiforme qui semble bien être un chancre d'inoculation.

Episode dans la vie d'une gynandre. — M. L. Ombrédanne présente une des quatre gynandres qu'il a opérées pendant ces derniers mois ; la présence d'utérus et d'ovaires a été vérifiée par laparotomie. Son habitus est franchement masculin ; il n'y a pas de vagin ; mais viennent d'apparaître des règles indiscutables qui permettent d'affirmer l'abouchement de l'utérus dans l'urètre. Il compte reconstituer complètement l'urètre et le conduire jusqu'à l'extrémité de la verge, quitte à enlever les ovaires si les règles deviennent gênantes.

Réticulo-sarcome chez une fille de 18 mois. — MM. Nobécourt et Liège présentent une fillette atteinte d'une volumineuse tumeur du cuir chevelu, de tumeurs volumineuses de la région temporale gauche, une déformation considérable de la région parotidienne du même côté et de nombreuses taches disséminées sur le tronc. L'évolution paraît fatale à brève échéance malgré la radiothérapie.

Tic myoclonique des muscles pectoraux. — Mme Nageotte-Wilbouchevitch rapporte une observation unique en son genre, caractérisée par la persistance sous le mamelon d'un enfant de 7 ans d'une saillie arrondie faite par la portion contractée du faisceau costal du grand pectoral. Tous les mouvements du bras sont libres, et cette boule anormale disparaît pendant la mobilisation des bras. Il a suffi de quelques séances de gymnastique pour guérir l'enfant.

Méningite tuberculeuse et méningite hérédo-syphilitique. — MM. R. Debré, Julien Marie et Gabriel rapportent l'observation d'un enfant de 9 ans atteint de méningite subaiguë mortelle qui avait d'abord paru être de nature hérédo-syphilitique en raison des antécédents de l'enfant, l'examen du liquide céphalo-rachidien et la rémission provoquée par le traitement spécifique. Il s'agissait en réalité d'une méningite tuberculeuse, comme le démontrèrent ultérieurement la culture et l'inoculation du liquide céphalo-rachidien.

A propos de la mastoïdite chez le nourrisson. (Discussion de la communication de MM. Ribadeau-Dumas, Ramadier, Guillon et Le Melletier). — MM. Grenet, Levent et Isaac-Georges notent la grande fréquence des lésions du rocher chez les nourrissons qui ont succombé à un état de dénutrition, à une fièvre cryptogénétique ou à des convulsions. Ils ne croient pas à la nécessité de multiplier les antrotomies exploratrices, car ils n'ont jamais observé en pareil cas de résultats favorables, même lorsqu'il fut constaté des lésions évidentes, bien que latentes.

Ils croient à la nécessité de rechercher systématiquement l'otite chez le nourrisson, en faisant au besoin une paracentèse exploratrice. Toute otite reconnue doit être traitée.

Mais il est inutile de trépaner la mastoïde en présence de lésions latentes avec paracentèse négative. La mastoïdite n'est pas en pareil cas la cause de l'état morbide.

M. Guillemot insiste sur les difficultés du diagnostic des otites latentes, et plus encore sur celui des mastoïdites. Il a fait faire sans résultats une antrotomie chez un enfant atteint de dénutrition avec fièvre élevée. Il croit à la nécessité de ne pas intervenir systématiquement.

M. Lesné signale un cas de mastoïdite bilatérale absolument latente décelée à l'autopsie.

M. Le Mée insiste sur la participation presque fatale de la mastoïde au cours des otites du nourrisson, en raison de la disposition anatomique habituelle à cet âge. La paracentèse suffit parfois pour faire disparaître tous les symptômes ; d'autres fois, il faut faire une antrotomie après échec de plusieurs paracentèses successives.

M. Bloch insiste sur les difficultés du diagnostic et sur la nécessité d'avoir recours dans certains cas à l'antrotomie qui constitue un véritable drainage postérieur.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(Séance du 23 janvier 1936)

Sur la présence simultanée d'antitoxine diphtérique et d'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle chez le singe. — M. G. Ramon, Mlle B. Erber et M. R. Richou. Le singe est capable d'acquérir l'immunité antidiphtérique et l'immunité antistaphylococcique. Le taux d'antitoxine diphtérique n'est nullement en relation avec le taux d'antitoxine staphylococcique. Ainsi qu'il a déjà été montré, ces immunités antitoxiques sont la conséquence d'infections spécifiques inapparentes, atteignant l'animal au cours de sa vie, le degré d'immunité naturelle acquise de cette façon étant en rapport avec l'importance et la répétition de ces infections occultes.

De l'absence d'anti-abrine d'origine naturelle chez l'homme et chez différentes espèces animales. — MM. R. Richou et E. Eichhorn. Aucun des sérums examinés par nous ne renfermait d'anti-abrine naturelle.

Or, si l'on considère que ni l'homme, ni aucun des animaux examinés, n'a pu être en contact avec l'antigène abrique, cette absence d'immunité naturelle contre l'abrine vient à l'appui de la thèse que soutient G. Ramon, qu'il ne saurait y avoir apparition, production ou augmentation d'antitoxine hors l'intervention de l'antigène spécifique.

Sur la transformation de certaines propriétés biologiques de bacilles tuberculeux de type humain isolés du sang de cobaye par l'extrait acétonique de bacilles de Koch. — MM. L. Nègre et J. Bretey ont pu obtenir à deux reprises, par l'extrait acétonique de bacilles de Koch à partir du sang de cobayes tuberculisés avec un bacille de type humain connu, des souches de bacilles tuberculeux à colonies rugueuses qui ont conservé, malgré leur origine, des propriétés pathogènes stables pour le lapin après inoculation intraveineuse de 0,01 mgr. et qui se développent sur pomme de terre à la bile de bœuf. Malgré ces caractères qui les rapprochent du type bovin, elles continuent à acidifier le milieu synthétique de Sauton comme leur souche originelle,

et par inoculation intrapleurale de 0,01 mgr. au lapin suivant la méthode de A. Boquet et R. Laporte, elles se comportent chez cet animal comme un bacille de type humain.

Essai sur les variations du pouvoir infectant et vaccinant des cultures des virus typhiques en fonction des voies d'introduction. —MM. P. Giroud et H. Plotz, ayant inoculé des cobayes avec des cultures de typhus historique et murin par les voies cérébrales, conjonctivales, sous-conjonctivales, nasales, digestives, cutanées, intra-dermiques, sous-plantaires, constatent que de toutes ces voies, celles qui donnent le meilleur résultat avec le minimum de réactions sont les voies intra-dermiques, sous-conjonctivales et nasales.

Trois cas de médullocultures positives. — MM. Carnot, Lavergne et Mallarmé rapportent trois cas de septicémies, l'une à streptocoque hémolytique, l'autre à pneumocoque, le troisième à streptocoque viridans ; dans les trois cas, l'hémoculture et la médulloculture étaient positives.

Le procédé de la médulloculture ne doit pas être considéré comme une hémoculture simple. Le mélange sang et moelle obtenu par ponction sternale est différent du sang retiré par ponction veineuse. Il donne donc dans certains états septicémiques des résultats autres que la simple hémoculture.

A propos de la myélographie chez l'adulte. — MM. Carnot, Lavergne et Mallarmé rapportent leurs premiers résultats de myélographies chez l'adulte, le prélèvement de la moelle étant fait par ponction sternale à l'aiguille. Les myélogrammes permettent une étude hématologique en classant les différents éléments médullaires.

Ils rendent les plus grands services dans le diagnostic des affections des organes hémo-formateurs : anémies dans toutes leurs variétés, leucémies et états aleucémiques, leucoses aiguës, myélomes. Ils apportent le complément indispensable à l'hémogramme parfois insuffisant.

Action inhibitrice de l'aldéhyde formique sur l'activité de la cholinestérase du sang. — MM. E. Corteggiani, J. Gautrelet, N. Halpern et A. Serfaty. L'aldéhyde formique est capable d'inhiber le pouvoir cholinestérasique du sérum. A la concentration de 1 p. 300, l'action inhibitrice n'apparait qu'au bout de quelques heures de contact, croît et se fixe à un taux définitif après 5 jours. A la concentration de 1 p. 100, elle se manifeste régulièrement au bout d'une demi-heure ; après 3 à 4 jours, le pouvoir diastasique est complètement inactivé.

Priapisme déterminé par les injections de radon chez le Rat impubère. — M. H. Bulliard. Le priapisme peut être déterminé chez le Rat impubère par le radon, à la dose de

400 à 800 micromillicuries, avec un pourcentage de 50 à 75 p. 100. Par ses caractères, il est à rapprocher de celui qui est provoqué par les rayons X, qui mettent en jeu directement un mécanisme hypophysaire.

Action du venin de Vipera Aspis sur la température et les échanges. Action antagoniste de l'α dinitrophénol. — MM. J. Gautrelet, N. Halpern et E. Corteggiani. A doses non mortelles, le venin d'Aspis abaisse considérablement la température de l'animal auquel il est injecté, ainsi que les échanges respiratoires.

Les auteurs ont pu neutraliser l'action hyperthermisante de l'α dinitrophénol en injectant préalablement le venin d'Aspis chez le cobaye.

Action du poumon sur les polypeptides. Application à l'étude des brûlures. — MM. L. Binet et M. Burstein ont étudié, avec la technique du poumon isolé, perfusé et ventilé, les variations de l'azote polypeptidique dans du sang citraté normal perfusant d'abord un poumon isolé et *brûlé*, puis un poumon isolé *normal*. Le passage à travers le poumon brûlé détermine une hausse très nette et constante du taux de l'azote polypeptidique, qui rétrocède après perfusion du poumon normal.

Prévention de la mort subite par embolie pulmonaire expérimentale. — MM. M. Villaret, L. Justin-Besançon et P. Bardin ont déjà étudié les problèmes soulevés par les embolies pulmonaires, et montré le rôle du système neurovégétatif dans la production des infarctus hémorragiques et le déterminisme de la mort par embolie. Ils étudient maintenant les voies de conduction du réflexe en cause, et l'influence des substances pharmacodynamiques sur la prévention des accidents mortels.

Alors que, chez le chien, la section du tronc vago-sympathique est sans effet immédiat, chez le lapin, au contraire, la section des vagues nécessite l'augmentation de la quantité de poudre de pierre ponce qui provoque la mort par embolie ; et à l'inverse, après section des deux troncs sympathiques, la dose mortelle devient beaucoup plus faible.

D'autre part, chez le chien chloralosé, alors qu'une embolie donnée amène la mort en cinq minutes environ, après injection d'yohimbine, la mort devient instantanée. Au contraire, après injection intra-veineuse d'éphédrine, la mort ne survient plus qu'au bout de quinze minutes ; après injection d'éphédrine et de bicarbonate de soude, au bout d'un temps plus long encore. Enfin, après injection intraveineuse d'éphédrine, d'atropine et de bicarbonate de soude, il est impossible d'obtenir la mort subite et même retardée avec la même dose de corps embolisant.

— Société de biologie de Lyon (séance du 20 janvier 1936) :

De l'influence de certains médicaments sur les modifications électrocardiographiques produites chez l'animal par les fortes dépressions barométriques. — MM. J. Cluzet, A. Piéry, P. Ponthus et M. Milhaud. Seules, les injections de strychnine et d'acétylcholine ont permis au lapin de survivre à un séjour d'une heure et demie aux fortes dépressions, et au chien de résister à ces fortes dépressions sans présenter les signes électrocardiographiques précoces de surcharge du cœur droit. Cette influence favorable, que nous n'avons pu obtenir avec les toni-cardiaques, est probablement due à une action bulbaire s'opposant à l'action de l'anoxhémie.

De l'influence de la dépression atmosphérique en caisson sur l'apparition du choc anaphylactique. — MM. A. Piéry, P. Ponthus et P. Meyer. Il est difficile d'admettre l'existence de choc anaphylactique sévère chez les animaux sensibilisés, sous l'influence de la dépression atmosphérique. Le comportement des animaux sensibilisés et des témoins est à très peu près le même ; il est impossible de fixer un sens constant aux différences légères qu'on a l'occasion parfois d'observer. De plus, il ne semble pas possible de sensibiliser les cobayes par le simple séjour en atmosphère raréfiée.

Fixation de l'acide ascorbique (Vitamine C) dans la surrénale et le foie du cobaye scorbutique. Détermination de la dose minimale curative d'acide ascorbique. — MM. V. Demole et F. Ippen. La quantité de 5 milligrammes d'acide ascorbique dépassant quelque peu les besoins quotidiens de l'animal scorbutique, il en résulte que la dose curative minimale, c'est-à-dire couvrant exactement les besoins de l'organisme, doit être voisine de 4 milligrammes par jour pour le cobaye de 250 grammes environ.

Nouveau caractère morphologique des sérums. — M. T. Kofman. On peut classer le sérum de divers animaux en deux grands groupes suivant qu'il flocule ou non avec une solution aqueuse de silicate de potasse. Dans le premier cas, se trouve le sérum humain et le sérum de chien ; dans le deuxième, celui du cheval, du bœuf, du lapin, du cobaye. Le sérum de mouton est intermédiaire.

Si on veut utiliser notre méthode d'analyse morphologique pour le sérum humain, il faut au préalable légèrement l'alcaliniser ou le formoliser.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1935)

Volvulus du côlon iléo-sigmoïde. — MM. Bertrand et Cahuzac, rapportent l'observation d'un homme opéré en 1925 d'un volvulus du sigmoïde et qui leur est amené d'urgence en septembre 1935, avec un tableau d'occlusion intestinale. Les auteurs ayant constaté la formation d'un nouveau volvulus pratiquent une extériorisation de l'anse suivie d'ouverture au thermocautère au bout de deux jours. Mort 4 jours après avec un syndrome occlusif que l'autopsie paraît devoir rattacher à une colite chronique. Les auteurs rappellent les divers actes opératoires employés dans le volvulus du côlon iléo-pelvien (détorsion et fixation de l'anse à la paroi, résection en un temps avec réintégration de l'anse, suture termino-terminale avec extériorisation, etc...) et déclarent préférer les opérations sériées (1° détorsion et extériorisation avec ponction de l'anse ; 2° résection de l'anse extériorisée ; 3° cure de l'anus contre nature).

Cancer de la portion haute de l'anse sigmoïde. Résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée (technique de Sénèque et Millet). — M. Bertrand a pratiqué cette technique une fois. Il signale qu'il a obtenu une désunion totale de l'anse extériorisée, mais la guérison s'est produite.

MM. Clermont, C. Dambrin, Lefebvre prennent part à la discussion.

Le traitement réparateur des fractures ouvertes de jambe. — M. G. Rieunau présente dix observations personnelles de fractures ouvertes de jambe, concernant six cas de fractures ouvertes avec gros dégâts ostéo-musculaires et cutanés, traités par la technique du « Tout ouvert. Pansement rare », comportant cinq succès et un échec, et quatre cas de fractures ouvertes, sans gros dégâts, traités avec succès par la suture primitive. L'auteur a utilisé, dans deux cas, des observations de la première catégorie, un « plâtre à extension », qui lui a permis d'obtenir une réparation que les méthodes classiques ne permettaient pas d'espérer. Présentation de huit clichés radiographiques.

Abcès temporo-sphénoïdal otogène. Méningite suraiguë. Intervention. Guérison. — M. Escat rapporte l'observation d'un jeune homme de 17 ans, porteur d'une vieille otorrhée droite, qui, en bonne santé apparente, a présenté brusquement un syndrome méningé diffus à marche suraiguë. Syndrome méningé clinique au grand complet ; ponction lombaire liquide puriforme. Tension 75 couché- Q. + ; température 41°. Seul, un ralentissement du pouls à 60 permettait de soupçonner l'existence de l'abcès.

L'abcès drainé par voie inférieure après évidement pétro-mastoïdien élargi, a été traité par aspirations bi-quotidiennes de son contenu. L'état du malade s'est rapidement amélioré, la guérison était complète 34 jours après l'intervention.

A propos de cette observation, l'auteur insiste sur les avantages de la méthode des aspirations biquotidiennes, suivant la technique de M. Worms.

Les cultures du pus de l'abcès ont donné du streptocoque anaérobie.

Luxation rétro-cotyloïdienne traumatique de la hanche. Son diagnostic radiologique. — MM. L. et P. Dambrin ont reçu un homme qui, à la suite d'un accident d'automobile, s'est présenté, le membre inférieur gauche en rotation interne, adduction, et très légère flexion. Ils portèrent le diagnostic de luxation de la hanche et demandèrent une radiographie du bassin de face, laquelle montra la tête fémorale à sa place. N'abandonnant pas leur diagnostic, ils demandent un cliché de profil qui montre que la tête fémorale est située exactement en arrière de la cavité cotyloïde, ce qui explique sa projection exactement à sa place sur le cliché de face. Il s'agit d'une « luxation rétro-cotyloïdienne pure de la hanche », dont ils rappellent la rareté et la difficulté du diagnostic radiographique.

SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER

(Séance du 22 novembre 1935)

Neurolyse intercostale de Leotta dans un cas de tuberculose pulmonaire bilatérale. — MM. Loubeyre, Aubaniac et F.-R. Gillot.

Indigène atteint de tumeur osseuse sternale et lymphadénie subleucémique. — MM. Aubry, Thiodet, Bertrand et Bourgeon.

Sarcomatose mélanique généralisée, secondaire à une tumeur de la choroïde. — MM. Aubry, Thiodet, R. Raynaud et Mlle Odry.

Trois cas d'infiltration hématique disciforme de la cornée. — MM. Toulant et Morard. Trois nouveaux cas de cette affection rare, où l'état du sang, très attentivement examiné, s'est montré tout à fait normal. L'hypertonie, qui est fréquente, est secondaire : c'est une conséquence et non la cause du syndrome. Les trois cas ont montré que l'affection débute par un hématome du parenchyme cornéen.

Empoisonnement mortel accidentel par la créosote (voie rectale). — M. Choussat (Ménerville). Enfant de six ans, traité pour broncho-pneumonie par la méthode de Schoull (créosote par voie rectale). Par erreur la mère injecte 15 gr. au lieu de 10 gouttes. Mort en deux heures avec hypothermie et cyanose. Seul cas à notre connaissance de mort accidentelle par la créosote (voie rectale). Met en lumière, hypothermie signe majeur de l'intoxication créosotée et rapidité d'absorption de la créosote par la muqueuse rectale (coma 5 minutes après le lavement créosoté).

Sur deux cas de taeniasis. — MM. Senevet et Chiapponi.

Gale due à glycyphage. — MM. Montpellier, Dieuzède et Chiapponi.

Deux cas de fièvre boutonneuse observés à Alger. — MM. Montpellier, Lellouche et Chiapponi.

Equilibre protéique dans les affections anaphylactoïdes. — MM. Aubry, Thiodet et Ribère.

Adénopathies tuberculeuses généralisées ; tuberculose pulmonaire et viscérale multiple ; infantilo-crétinisme, type Lorain. — MM. Loubeyre, Durant et Foissin.

(Séance du 20 décembre 1935)

Extrait épiphysaire et psoriasis. — MM. Sarrouy et Chiapponi. Enfant de 9 ans et demi, débile mental simple par troubles de la mémoire ; N. M. et N. S. = 6 ans et demi. Marche à 2 ans et demi. Parle à 5 ans. Enurésie diurne et nocturne. Stigmates de dégénérescence. Père alcoolique, 3 frères morts en bas âge. 1 frère retardé de la parole. Pas de fausse-couche.

Psoriasis caractéristique qui s'est développé en quelques mois, pour devenir envahissant au mois d'octobre 1935.

Aucune action de l'extrait épiphysaire per os.

Extrait épiphysaire injectable. Dès la troisième injection, amélioration des placards psorasiques. Cicatrisation après la douzième injection.

Chorée de Sydenham et malariathérapie. — MM. Gillot, Dendale et Buron.

Origine d'une épidémie de fièvre typhoïde.— MM. Thiodet, Marchetti, Gerstle. L'épidémie de fièvre typhoïde qui a débuté en août a une origine marine. Les moules pêchées en certains points, où sont installés des bains de mer, sont fortement contaminées par les colibacilles. Il y a danger à consommer des coquillages ne provenant pas de parcs contrôlés. Il y aurait intérêt à exercer une surveillance des bains de mer.

Syndrome malin secondaire de la diphtérie. — MM. Thiodet, Marchetti, Gerstle. Une jeune fille de 14 ans atteinte de diphtérie banale tardivement traitée, a fait un syndrome malin secondaire caractérisé par des manifestations rénales et cardiaques. L'albuminurie légère s'est accompagnée d'une grande hyperazotémie (4 gr. 90), avec disparition des chlorures urinaires, et chloropénie plasmatique. D'autre part, la malade a fait une myocardite avec inhibition du faisceau primitif et bradycardie (22 pulsations à la minute).

Les auteurs attirent l'attention tout particulièrement sur la chloropénie plasmatique qu'ils attribuent à un trouble important de l'équilibre des protides du sérum.

Cancer du poumon à début aigu. — M. Choussat.

La radiothérapie dans les furoncles et les inflammations aiguës de la face. — Mme et M. Henri Tillier présentent les observations de deux anthrax et deux furoncles de la lèvre supérieure, un furoncle de l'aile du nez, un phlegmon à tendance diffusante de la paupière, tous guéris en trois séances au plus de radiothérapie, avec doses totales variant de 120 à 200 r. Ces résultats concordent avec ceux qu'ont obtenus de nombreux auteurs par les mêmes doses faibles.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DES INSOMNIES DE SURMENAGE (1)

Par M. H. Favier.

L'insomnie a toujours constitué un symptôme banal et extrêmement fréquent, posant, par la multiplicité de ses causes et la gravité de ses conséquences, un des plus difficiles problèmes de la thérapeutique.

Un traitement intégral doit être avant tout étiologique. Il est donc de première nécessité de déterminer la cause de toutes les insomnies symptomatiques, car on verra tout naturellement l'insomnie de la période secondaire de la syphilis guérie par le traitement spécifique ; les insomnies des psychoses vaincues par la valériane, le sédobrol ; celles des cardiaques améliorées par l'adoverne ; celles des affections douloureuses supprimées par l'allonal ou le pantopon.

Dans tous les cas graves, on obtient les meilleurs résultat par l'emploi des composés de la seconde branche des uréides ; les barbituriques, hypnotiques, dont les formules les moins toxiques, les plus puissantes et les plus sûres sont réalisées par le somnifène (gouttes) et l'allonal (comprimés).

Au traitement des insomnies dites légères et trop souvent négligées, dont l'intérêt et l'importance résident dans leur fréquence et leur banalité même, conviennent remarquablement les représentants de la troisième branche des uréides : les sels organiques de l'urée, dont le type le plus heureux, le plus efficace et le mieux au point est représenté par l'allylisopropylacétylcarbamide ou plus simplement sédormid, qui est le grand médicament des petits insomniaques et des petits anxieux.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

POLYNÉVRITES ALCOOLIQUES
SIGNES. DIAGNOSTIC [2]

Formes cliniques. — Elles sont nombreuses :

Les unes sont *symptomatiques :* formes amyotrophiques, pseudo-myopathiques, formes sensitives pures de Raymond, forme pseudo-tabétique...

Les autres sont des *localisations* parfois associées à la forme paraplégique : polynévrites des membres supérieurs (type antibrachial de Remak), paralysies des nerfs craniens, formes mono et quadriplégiques. Insistons sur les *formes oculaires* [névrite optique rétro-bulbaire avec dyschromatopsie puis amblyopie et scotome central au campimètre] et sur la *paralysie ascendante progressive* [*syndrome de Landry* avec signes d'insuffisance hépatique].

Parmi les formes associées, retenons *la psychose polynévritique de Korsakoff*, dont les éléments psychiques : amnésie, fabulation, confusion, délire, sont souvent dissociés. On a pu parler de *Pseudo-P. G. névritique.* La psychopolynévrite avec cirrhose hépatique réalise le *syndrome de Klippel.* Nous ne reviendrons pas sur l'association polynévrite et tuberculose pulmonaire : *polynévrites alcoolo-tuberculeuses* de certains auteurs.

Diagnostic. — Le polymorphisme clinique des paralysies alcooliques montre dans quelles conditions différentes se pose le diagnostic.

La difficulté du diagnostic tient à la *phase évolutive*, à la *forme clinique*, à la *netteté de la cause.*

En effet :

Dans les formes banales, le diagnostic est évident à la phase paraplégique, mais la phase délicate pour le diagnostic est la phase préparalytique : on risque de *méconnaître la polynévrite, de parler de névralgies banales.* L'examen neurologique systématique de tout éthylique révélera : l'hyperesthésie plantaire, la parésie précoce de l'extenseur propre du gros orteil, l'affaiblissement des achilléens.

Dans les formes paraplégiques, l'intoxication éthylique peut être cliniquement difficile à mettre en évidence dans certains cas ; on discutera alors les autres polynévrites.

— Soit *polynévrites toxiques : saturnine* (surtout membres supérieurs) *arsenicale*, *mercurielle*, aurique, apiolique, *oxycarbonée... Les troubles sensitifs* des paralysies alcooliques restent cependant caractéristiques et dans les cas douteux, se méfier d'*intoxications associées.*

— Soit *polynévrites infectieuses : diphtérie*, *grippe*, gonococcie voire *tuberculeuse ;* se rappeler le rôle possible de l'infection dans le déclanchement des paralysies alcooliques.

— Soit *polynévrites spéciales :* la *polynévrite diabétique*, la *polynévrite alimentaire* (béri-béri) et la *polynévrite gravidique* ont leurs symptômes propres et des circonstances d'apparition particulières.

Certaines *formes de paralysies alcooliques* sont à discuter.

— Le *pseudo-tabès éthylique* ne rappelle que grossièrement le tabès, dans sa forme typique ; mais le tabès aigu pseudo-polynévritique, certains tabès incipiens et dissociés sont parfois à discuter ; on insiste classiquement sur deux ordres de signes de valeur :

Les troubles oculaires,

Le liquide céphalo-rachidien.

A propos du pseudo-tabès éthylique, on retrouve d'ailleurs les discussions étiologiques possibles avec les pseudo-tabès diabétique et diphtérique.

— Les *troubles psychiques* doivent parfois faire discuter certains *délires* toxiques et infectieux, la démence sénile, les troubles psychiques de la tumeur cérébrale ; *la P. G. au début* est parfois d'un diagnostic difficile. Il existe d'ailleurs une *pseudo-paralysie générale alcoolique rare*, mais très semblable à la maladie de Bayle.

— Les *troubles oculaires* sont rarement isolés : la *névrite rétro-bulbaire* éthylique peut alors se confondre avec celle du *tabac*, du *saturnisme*, avec la *sclérose en plaques.*

— Dans les formes fébriles avec paralysie à début rapide, peu douloureuse, suivie d'une atteinte de l'abdomen, du thorax, puis des membres supérieurs, avec troubles sphinctériques et psychiques, tachycardie, signes nets d'insuffisance hépatique, on peut avoir à discuter :

Les paralysies diphtériques graves du syndrome malin de *Marfan*, ou même celles du cinquantième jour de *Grenet.*

Certaines formes graves de *poliomyélites*,

Certaines variétés de névraxite,

Et même de *paralysies saturnines.*

On reconnaîtra ainsi la véritable cause d'un syndrome de Landry.

En réalité, quelle que soit la forme clinique, la difficulté diagnostique tient donc :

— Soit au manque de netteté des signes habituels d'intoxication éthylique.

— Soit à la notion de plusieurs intoxications intriquées, et les dénégations de certains éthyliques ne feront pas méconnaître l'étiologie de ces polynévrites sensitivo-motrices, notion capitale pour la conduite thérapeutique.

Albert Fiehrer.

(1) *Courrier méd.*, Paris 1935, nº 18.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, nº 19, p. 326.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LISTE DE L'INTERNAT

N° 22. — SAMEDI 14 MARS 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 7 mars. — Questions données : « Plaies du poumon par armes blanches. — Asystolie hépatique. »

MM. Delair, 19,22; Ebstein, 19,77; Luteraan, 23,33; Lolmède, 19,11; Geismar, 15,22; Geffroy, 21,22; Nick, 19,77; Blanchard (Jacques), 19,44; Lartigue, 17,88; Leboff, 14,33.

Séance du 8 mars. — Questions données : « Symptômes, complications, diagnostic des cholécystites calculeuses. — Syphilis linguale. »

MM. Sevileano, 15,55; Morhange, 22,11; Claracq, 19; Vialatte, 18,22; Mathieu, 14,22; Douville, 16,66; Lecœur, 11,88; Combes, 23.

Séance du 9 mars. — Questions données : « Signes et diagnostic des anévrismes artériels du creux poplité. — Formes cliniques et diagnostic de la rougeole. »

MM. Delouche, 15,11; Rault, 20,66; Thorel, 21,66; Mme Pérol, 19,55; MM. Guéret, 14,66; Droguet, 27; Mlle Dreulle, 19; MM. Coville, 14,66; Gruner, 18,11.

Séance du 10 mars. — Questions données : « Signes et diagnostic de la tuberculose coxo-fémorale. — Œdème aigu du poumon. »

M. Aussannaire, 22,375; Mme Cauvy-Saint-Paul, 22; MM. Lataix, 21,875; Neveu, 16,625; Le Bozec, 20,125; Mlle Doumic, 22; MM. Bessil, 18; Jacquot, 20; Jacquet, 20,125.

— Liste par ordre de mérite des candidats reçus au concours de l'internat. (V. p. 369.)

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES, SAINTE-PÉRINE, CHARDON-LAGACHE, HENDAYE ET CHAMPROSAY. — Jury : MM. Lemaire, Hamburger et Sicard.

— PRIX FILLIOUX. — Séance du 9 mars. — Internes : MM. Demaldent et Vaidié, 30 + 20 = 50.

Externe : M. Pastier, 29 + 18 = 47.

GUERRE. — M. le médecin général Plisson est nommé médecin général inspecteur, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Sacquépée, placé dans la section de réserve.

M. le médecin général inspecteur Plisson est maintenu directeur du Service de santé de la 14e région.

— Les officiers du Service de santé dont les noms suivent sont désignés pour assurer, en 1936, le fonctionnement des hôpitaux thermaux :

Hôpital militaire de Barèges. — MM. le médecin commandant Tournier-Lasserve, médecin chef; le médecin capitaine Valatx; le médecin lieutenant Notin; le pharmacien lieutenant Chevrel.

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains. — MM. le médecin commandant Fontaine, médecin chef; le médecin capitaine Stauffer; le médecin lieutenant Benitte; le pharmacien lieutenant Gaixet.

Hôpital militaire de Châtel-Guyon. — MM. le médecin lieutenant-colonel Delacroix, médecin chef; le médecin commandant Despujols; le médecin lieutenant Moura.

Hôpital militaire du Mont-Dore. — MM. le médecin lieutenant-colonel Maire, médecin chef; le médecin lieutenant Girardin.

Hôpital militaire de Vichy. — MM. le médecin lieutenant-colonel Fauque; les médecins commandants Nenon, Audouy, Lemaire, Picot.

Station thermale militaire de Saint-Nectaire. — M. le médecin commandant Goudet.

— MM. le médecin lieutenant-colonel Delacroix sera déta-

ché à Châtel-Guyon du 13 mai au 21 juillet 1936 ; le médecin commandant Despujols sera détaché à Châtel-Guyon du 1er juillet au 30 septembre 1936 et exercera la chefferie de l'établissement à partir du 22 juillet 1936 ; le médecin commandant Tournier-Lasserve sera détaché à l'hôpital militaire de Barèges du 2 juin au 16 septembre 1936; le médecin commandant Lemaire sera détaché à l'hôpital militaire de Vichy du 15 juin au 18 septembre 1936 ; le médecin lieutenant Moura sera détaché à l'hôpital militaire de Châtel-Guyon du 22 juillet au 15 septembre 1936 ; le médecin lieutenant Girardin sera détaché à l'hôpital militaire du Mont-Dore du 16 juin au 25 septembre 1936; le pharmacien lieutenant Chevrel sera détaché à l'hôpital militaire de Barèges du 8 juin au 12 septembre 1936.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série de médecine opératoire classique (ligatures, désarticulations, amputations), en dix leçons, par M le docteur J. Braine, chirurgien des hôpitaux, aura lieu du lundi 23 mars au samedi 4 avril, tous les jours, sauf le mercredi, à 15 h. 30.

Ce cours gratuit sera réservé aux internes des hôpitaux et aux candidats aux concours.

Le nombre des auditeurs sera limité à 30. — Prière de s'inscrire dès maintenant à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. – CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. — M. le professeur Holmgren, de l'Université de Stockholm, fera les conférences suivantes :

1° Le lundi 16 mars, à 11 h., à l'amphithéâtre de la Clinique médicale de Cochin sur « Le traitement de l'ulcère de l'estomac et du duodénum ».

2° Le mercredi 18 mars, à 11 h., à l'amphithéâtre de la Pitié sur « L'entérocolite de fermentation ».

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Le cours de perfectionnement de la tuberculose (Clinique de la tuberculose : professeur M. P. Courmont) a eu lieu en janvier-février 1936.

Ont obtenu le certificat de perfectionnement : M. le docteur M. Berger, Mlles les docteurs Butavand et S. Delaye, MM. les docteurs Elazer, Le-Van-Ngon et Nicolleau.

Un cours semblable sera organisé au début de l'année scolaire, en octobre 1936.

Conseil supérieur de la Natalité. — Le Conseil supérieur de la Natalité a tenu sa 28e session sous la présidence de M. Georges Risler, membre de l'Institut. Il a procédé à la réélection du Bureau qui est composé comme suit pour l'année 1936 :

Président : M. Georges Risler ; vice-présidents : MM. Landry, Duval-Arnould, François Saint-Maur, Pernot, Boverat ; secrétaire général : M. Lefas.

Après le renouvellement des pouvoirs des membres de la Section permanente, les rapports suivants ont été lus et adoptés après observations de MM. les docteurs Siredey, Le Lorier, Cauchois, abbé Viollet, MM. Landry, Lacoin, Duval-Arnould, Lefas, Partiot, Hubert et Bertrand.

1° Rapport de M. Boverat, concluant à l'application normale, dans les hôpitaux, de l'article 81 du Code civil, qui prescrit que les décès soient constatés par le médecin de l'état civil. Cette mesure serait des plus nécessaires pour concourir notamment à la répression de l'avortement. Elle a été admise par le Conseil Supérieur de l'Assistance Publique et par M. le Directeur de l'Assistance publique de Paris avec certaines modifications de détail que le rapport a entérinées.

2° Rapport de M. Georges Risler sur le projet de loi portant modification des art. 334 et 335 du Code civil, en vue de la répression de la traite des femmes majeures en conformité du vœu de la Conférence Internationale de Genève. Le rapport conclut à la prompte adoption de ce projet par le Parlement.

3° Rapports de M. Boverat sur la préparation d'un ouvrage relatif à la science démographique en France ; — sur les encouragements à la nuptialité en Allemagne ; — sur la préparation de films de propagande relatifs à la diminution de la population et à ses conséquences redoutables ; — à la réorganisation de l'état civil en Russie, — enfin aux communiqués trimestriels de la presse sur le mouvement de la population.

4° Rapports de M. Georges Risler sur les propositions de loi de MM. Louis Marin et Guillaume Poullet, relatives à la communication des maladies vénériennes et au dénombrement quinquennal de la population.

René VERDIER

(1884-1936)

L'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris vient de recevoir la triste nouvelle de la mort subite d'un de ses anciens membres les plus sympathiques, le docteur René Verdier, survenue en Méditerranée, à bord de l'*André-Lebon* qui faisait route vers le Japon. Notre regretté camarade était médecin-chef de ce paquebot et s'était embarqué à Marseille le 26 février.

Après trois ans de grands voyages à travers le monde, et la guerre faite en première ligne au front français comme médecin de marsouins, notre ami se fixa dans la banlieue parisienne. Mais bientôt le goût du large et la nostalgie des régions équatoriales lui firent quitter l'Ile-de-France cependant si attachante. Depuis la fin de 1926, Tahïti, l'Australie, le Japon et l'Indochine étaient ses pays de prédilection, dont il ne cessait de proclamer le charme. Un médecin de cette qualité a été un bon fils de la plus grande France, et ses nombreux amis regretteront tous sa fin prématurée.

Nous adressons nos plus sincères condoléances à la famille et au frère du défunt, Laurent Verdier, pharmacien à Trèbes (Aude), ancien interne des hôpitaux.

MAURICE MORDAGNE.

INFORMATIONS

(SUITE)

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — **Liste par ordre de mérite des candidats reçus au concours :**

MM. Mozziconacci, 64,2 ; Schapira, 62 ; Breton, 60,5 , Guenon des Mesnards, Lévy (F.), 58 ; Glénard, 57 ; Mlle Olivier, 56,7 ; MM. Boulenger, 56,3 ; Walther, 54,9 ; Rougé, 54,8 ; Samaifi, 53,5 ; Tardieu, Chiche, 53,3 ; Morhange, 53,111 ; Joly, 53,1 ; Temime, 53 ; Lataix, 52,875 ; Taveau, Debelut, 52,5 ; Lascaux, 52,4 ; Debeyre, 52,3 ; Paugam, 52 ; Bouvier, 51,8 ; Mathieu, 51,222 ; Robey, 51,2 ; Lesieur, 50,5 ; Vialatte, 50,222 ; Kaufmann, 50,2 ; Debain, 50,166 ; Droguet, Combes, Depierre, 50 ; Sagaut, 49,7 ; Saks, 49,5 ; Rougier, 49 ; Luteraan, 48,833 ; Lefebvre, 48,60 ; Marre, 48,5 ; Blanchard, 48,444 ; Clerc, 48,4 ; Sayous, 48,3 ; Dubois, 47,8 ; Milliez, 47,7 ; Hacker, Chevalier, Ordonneau, Villey-Desmeserets, Mlle Barillon, 47,5 ; MM. Pequignot, 47,4 ; Le Sueur, 47,2 ; Jamain, Zivy, 46,9 ; Neveu, 46,625 ; Geffroy, 46,222 ; Genevrier, 46,2 ; Gaumé, Mousseau, 46 ; Schaefer, 45,9, Mlle Sulzer, 45,888 ; MM. Guillemin, Vincent, Lepintre, 45,8 ; Duret, Mme Thaon, 45,6 ; MM. Aussannaire, 45,375 ; di Matteo, 45,3 ; Zwillinger, Mmes Aldou, 45,2 ; Levachkevitch, MM. Maschas, Brissaud, 45,1 ; Allilaire, Jacquot, Mlle Marquis, MM. Livory, Lenormant, Le Loc'h, Netter, Lacorne, Gharib, 45 ; Boissonnat, Bret, Lamotte, 44,8 ; Delzant, 44,777 ; Mlle Adda, 44,722 ; MM. Rault, 44,666 ; Plas, 44,6.

— **Liste par ordre de mérite des externes en premier (concours de l'internat en médecine 1935-1936) :**

M. Crislain, 44,6; Mme Perol, 44,555 ; MM. Canetti, Vivien, Carasso, Fischgrund, Klotz, 44,5 ; Denizet, 44,444 ; Leboff, 44,333 ; Goulesque, 44,277 ; Guiot, Trémolières, 44,2 ; Deuil, 44,1 ; Mlle Dreulle, 44 ; MM. Debost, 43,9 ; Toulouse, Musset, Desfosses, 43,8 ; Guéret, 43,666 ; Eudel, Mlle Montalant, 43,6 ; M. Deguillaume, Mlles Meunier, Eyraud, 43,5 ; MM. Bibas, 43,3 ; Ebstein, Nick, 43,277 ; Mlle Wolfromm, 43,2 ; MM. Jacquet, 43,125 ; Dennewald, Motte, 43,1 ; Pinel, Meyer, 43 ; Bonduelle, Veyrières, 42,9 ; François, 42,7 ; Lolmède, 42,66 ; Lecointe, 42,555 ; Feld, Goudot, 42,5 ; Mlle Sachnine, 42,2 ; M. Tiret, 42,1 ; Mme Boulenger, MM. Bourdin, 42 ; Bauer, 41,7 ; Maurice, Placa, Lœper, 41,5 ; Cuvereaux, 41,4 ; Gallaut, 41,3 ; Gruner, 41,111 ; Sénéchal, 41,1 ; Freret, Petit, Lacroix, Thoyer-Rozat, 41 ; Cornet, 40,9 ; Schneider, Gibon, Labayle, 40,8.

Les externes sursitaires reçus au concours de l'internat ouvert en octobre 1935 seront admis sur leur demande à être incorporés à la date du 15 avril 1936.

Ces élèves devront, à cet effet, adresser une demande à leur bureau de recrutement d'origine avant le 15 mars courant. Leur attention doit être appelée sur l'intérêt qu'ils ont à se conformer à ces indications.

Pour ceux d'entre eux en effet qui n'auront pas renoncé à leur sursis, l'Administration ne pourra leur accorder une affectation au 20 avril 1936 que dans la limite des places vacantes.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie d'urgence de F. Lejars, 9e édition, refondue par Pierre Brocq, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris, et Robert Chabrut, ancien chef de clinique à la Facuté de Paris (1).

La célèbre *Chirurgie d'urgence* de mon maître Félix Lejars n'a jamais cessé d'être le guide journalier et le guide précieux des chirurgiens et des praticiens. Huit éditions successives ont maintenu ce magnifique ouvrage au goût du jour. Lejars disparu, M. Pierre Brocq, animé du même esprit que le Maître, reprend le flambeau.

Il nous donne aujourd'hui une nouvelle édition de la *Chirurgie d'urgence*, entièrement refondue, mais dans laquelle on retrouve tous les principes qui guidèrent Lejars, et en particulier le souci d'être clair, et d'être utile aux malades et aux praticiens.

Toutes les connaissances nouvelles ont trouvé leur place dans cette nouvelle édition, qui reste ainsi l'ouvrage le plus complet et le meilleur que l'on puisse recommander à tous ceux qui veulent s'instruire.

F. L. S.

(1) In-8 relié de 1.300 pages avec de très nombreuses illustrations. — Prix : 190 fr. — Paris, Masson et Cie.

La Cité de Carcassonne (1), par Joseph Poux.

Aux médecins archéologues, aux médecins régionalistes et aux médecins qui aiment, au cours de leurs vacances, à étudier les provinces françaises « scientifiquement », nous conseillons vivement la lecture du remarquable traité de M. Joseph Poux qui a pour titre : *La Cité de Carcassonne, histoire et description.*

L'auteur, ancien élève de l'Ecole des Chartes, archiviste en chef du département de l'Aude, a réalisé l'étude la plus complète qui ait été faite de l'histoire de l'antique Cité. Et le médecin, dont l'esprit critique est en général développé, aura plaisir à voir combien les textes et les vieux dossiers des archives méridionales ont été fouillés et travaillés avec le scrupule et l'impartialité que donne la méthode historique moderne à un savant comme M. Poux.

Le lecteur instruit et amoureux du passé de la Vieille France découvrira dans cet ouvrage un moyen âge tout à fait vivant, un monde de politiciens-aristocrates de tout premier plan et une technique militaire insoupçonnée. L'exposé des diverses périodes de construction et leur étude précise est un véritable cours d'architecture, où les graphiques, les plans et les figures géométriques permettent de suivre la pensée des grands bâtisseurs du moyen âge.

Trois volumes ont paru chez Edouard Privat, l'éditeur régionaliste bien connu de Toulouse ; le quatrième et dernier est en préparation.

Le premier volume, les *Origines* (deux éditions en 1922 et 1927), expose l'état du monument et décrit son développement sous la conquête romaine et l'occupation wisigothe, puis sarrasine, l'arrivée des Francs et l'emprise du Comté de Barcelone sur Carcassonne jusqu'au XIe siècle. Ce puissant livre d'histoire méridionale montre bien que le royaume de France n'a jamais existé durant les dix premiers siècles de notre ère, et que Carcassonne, en ce temps-là, ignorait totalement le pouvoir central de Paris ! Le Languedoc, jusqu'à la fin de la guerre des Albigeois, constituait une véritable nation, et les comtes de Toulouse étaient les chefs incontestés de cette immense région.

Le deuxième volume, l'*Epanouissement*, en deux tomes, embrasse en plus de 1.000 pages la pleine évolution monumentale de la Cité entre le XIe et le XVe siècle ; la guerre des Albigeois, le siège de la grande forteresse en 1209, l'Inquisition, l'organisation militaire de la place et le rôle de la Cité pendant la guerre de Cent Ans, toute cette période est exposée avec maëstria et abondance.

Une iconographie des plus riches enrichit les trois volumes, et leur vue rend très attrayante la lecture de cette étude scientifique que tous les médecins cultivés se doivent de posséder dans leur bibliothèque.

MAURICE MORDAGNE.

(1) Ed. Privat à Toulouse et Henri Didier à Paris.

Essai sur l'immunité. par J. Basset, professeur à l'Ecole Nationale vétérinaire de Lyon. In-8° raisin 25 × 16,5, 88 pages, 1936. — Prix : 8 fr. — Paris, Vigot frères.



LES URTICAIRES[1]

Par M. E. JOLTRAIN.

Que mes premières paroles soient tout d'abord de remerciements pour le Professeur Fernand Bezançon et mon ami le Professeur André Lemierre qui m'ont chargé, à l'occasion du septième anniversaire de la mort du Professeur Fernand Widal, de vous faire une leçon sur « Les Urticaires » dont la pathogénie, l'histoire clinique et la thérapeutique ont été soudain éclairées par une de ses plus sensationnelles découvertes.

Je sais que je ne dois cette faveur, à laquelle, croyez-le bien, j'attache tant de prix, ni à mes titres, ni à ma personnalité ; tant d'autres, devenus des Maîtres, en auraient été plus dignes parmi les élèves de notre merveilleuse Ecole. Je dois cet honneur au fait que depuis le début de ses travaux sur *l'anaphylaxie* et *l'anti-anaphylaxie en clinique*, M. Widal, avec Abrami et Brissaud, ont bien voulu m'associer à leurs recherches.

Je le dois surtout au fait que successivement externe, interne, chef de clinique, chef de laboratoire et directeur de l'Institut de Recherches de M. Widal, j'ai passé 20 ans auprès de lui.

La guerre et la mort seules ont pu nous séparer.

Vous excuserez et comprendrez donc l'émotion qui m'étreint. Ce trouble dont M. Widal était saisi au début de chacune de ses leçons qui n'en étaient pas moins admirables, et le souvenir que j'en garde, me sont à l'heure présente un précieux encouragement. Puissé-je trouver pour vous parler aujourd'hui un peu de son éloquence, de son enthousiasme et de ses accents.

***

L'urticaire, ou fièvre ortiée, est connue depuis la plus haute antiquité ; on en retrouve des descriptions dans Celse et dans les écrits des premiers médecins arabes qui l'appelaient « Essera ». Elle fut longtemps confondue avec une infection vésiculeuse causée par la sueur. Avicène décrivit sous le nom de « nébatallerli » (plante de la nuit) et « bénatallerli » (fille de la nuit) cette éruption qu'il croyait due à une occlusion des pores de la peau.

Sydenham décrit, lui, l'urticaire comme une fièvre érésipélateuse. Il avait observé qu'elle était souvent causée par des excès de table, de vins subtils et fumeux et de liqueurs spiritueuses. Il comparait cette éruptions aux piqûres d'ortie, petites vessies disparaissant aussitôt après leur apparition, provoquant une démangeaison désagréable et se montrant à nouveau dès qu'on les gratte tant soit peu. Il avait même entrevu les troubles existant entre l'urticaire, la goutte et la gravelle, cette maladie dont il écrivait à son ami Erasme : « J'ai la goutte et tu as la gravelle, nous avons épousé les deux sœurs et elles sont bien acariâtres... ».

(1) Conférence faite à la Clinique du Professeur Bezançon à l'Hôpital Laënnec le 15 janvier 1936, à l'occasion du septième anniversaire de la mort du Professeur Fernand Widal.

Il faut arriver à Villan pour trouver une étude complète de l'urticaire, maladie cutanée. Les dermatologues Batmann, Cazenave et Alibert complètent la description.

Bazin, le premier, fit œuvre de pathologiste aussi bien que de dermatologiste et entrevit les rapports étroits qui existent entre l'urticaire et les diverses manifestations de l'arthritisme.

Pendant de longues années on discute sur la classification des urticaires d'après leur forme, commune, vésiculeuse et bulleuse, œdémateuse, pseudo-phlegmoneuse, pigmentée ou hémorragique, tandis que d'autres opposent l'urticaire aigu à l'urticaire chronique.

On trouve aussi dans les anciens auteurs l'influence pathogénique des troubles gastro-intestinaux et hépatiques. On savait par de nombreuses observations que c'est souvent après absorption de certains mets de poisson, et principalement de moules, de charcuterie, de fruits — et surtout de fraises — ou de médicaments comme le Copahu, le Cubeb, les Bromures, l'acide salycilique, que l'on voit apparaître l'éruption urticarienne. Il faut arriver aux temps modernes pour trouver un lien entre ces causes en apparence si dissemblables : c'est *l'état anaphylactique*.

L'anaphylaxie découverte en 1902 par Richet et Portier ouvrait un champ nouveau en investigations médicales mais on ne pouvait se douter à cette époque de l'ampleur que devaient prendre en quelques années les problèmes qu'elle soulevait.

La première expérience est dans toutes vos mémoires : un chien avait reçu 1 centimètre cube sous la peau d'un extrait glycériné de tentacules d'actinies. Il n'avait manifesté aucun trouble. Richet lui injecte la même dose 22 jours après ; quelques secondes s'écoulent, brusquement l'animal se couche sur le flanc, sa respiration est haletante, son corps est animé de secousses épileptiformes, il est pris de diarrhée et de vomissements sanguinolents et meurt en 24 heures. C'est le phénomène auquel Richet donne le nom de choc anaphylactique, montrant qu'il s'agit d'une réaction de l'organisme contraire à sa protection.

On connaît les rapports du choc anaphylactique avec celui que Arthus, Biedl et Krause ont décrit sous le nom de choc peptonique et se produisant chez l'animal après injection de peptone.

En quelques années, l'anaphylaxie cesse d'être un fait exceptionnel, sensibilisation d'une part, choc d'autre part, sont beaucoup plus fréquents qu'on ne pouvait le supposer.

Lesné, dès janvier 1913, décrivait l'anaphylaxie alimentaire.

C'est à M. Widal que devait appartenir le mérite d'apporter avec Abrami et Brissaud à tous ces faits la démonstration dernière et d'établir les différences fondamentales qui existent entre les phénomènes de choc et les phénomènes toxiques avec lesquels on les avait longtemps confondus.

M. Widal avait depuis plusieurs années étudié avec Rostaine l'hémoglobinurie paroxystique essentielle a frigore. Vous connaissez tous cette affection curieuse, essentiellement caractérisée par l'apparition, sous l'influence d'un froid, d'une miction rouge, véritable pissement d'hémoglobine.

M. Widal, avec Rostaine, avait démontré toute l'importance de la sensibilisatrice dite frileuse dans le processus hémolytique et bien déterminé le mécanisme de ce dernier. M. Widal avait constaté que l'on pouvait provoquer à volonté une crise d'hémoglobinurie en mettant pendant cinq minutes les mains du patient dans l'eau glacée. Continuant ses études avec Abrami et Brissaud, il étudia le processus hémolytique « in vitro ».

Deux faits avaient attiré son attention : d'abord dans les examens de sang qu'on pratiquait de 5 minutes en 5 minutes après l'immersion des mains dans l'eau glacée on constatait une chute des globules blancs, une chute de la pression artérielle et des troubles de la coagulation avant même l'apparition de la miction rouge.

D'autre part, dans cette même période, le malade se plaignait de prurit ; on voyait apparaître sur son corps des placards urticariens et il accusait des douleurs articulaires. Sa température s'élevait et un peu d'albumine apparaissait dans les urines, tous phénomènes précédant l'apparition de l'hémoglobinurie. Biedl, Krause et Arthus n'avaient-ils pas précisément démontré que dans les chocs protéiques et anaphylactiques chez l'animal on constatait de la leucopénie et une modification de la coagulation ?

D'autre part, au point de vue clinique, l'urticaire et les douleurs articulaires ne ressemblent-elles pas étrangement aux symptômes de la maladie du sérum que l'on savait bien maintenant être d'ordre anaphylactique ?

Dès lors, dans l'esprit de M. Widal, n'est-ce pas le même éclair de génie que chez un Pasteur, s'ébauche cette conception qui devait être si riche en lendemains et préparer l'avenir ?

L'anaphylaxie est en clinique un phénomène plus fréquent qu'on ne le croit ; il n'y a pas qu'une injection préparante d'une albumine ou d'une protéine pour provoquer la sensibilisation de l'organisme, mais bien d'autres causes de perturbation peuvent agir sur un individu pour le sensibiliser et des agents physiques comme le froid peuvent agir de la même manière que l'introduction dans l'organisme d'albumine ou de protéine étrangères.

Il y a une auto-anaphylaxie qui joue un rôle dans l'attaque d'hémoglobinurie et déjà M. Widal entrevoit un traitement anti-anaphylactique de cette affection.

Cette observation fut l'objet d'un mémoire important avec Abrami et Brissaud le 24 décembre 1913.

Dès lors il faut trouver des malades et pratiquer de nouvelles expériences. « Au médecin qui sait ce qu'il cherche, disait M. Widal, l'observation clinique offre parfois de ces cas privilégiés ayant toute la valeur d'expériences spontanées. Ces cas ne représentent pas seulement un fragment de la vérité clinique, comme le font beaucoup d'expériences que nous provoquons chez les animaux, ils représentent cette vérité toute entière parce qu'ils ont l'avantage d'apparaître chez le sujet humain. Ils peuvent suffire par là même à donner la solution d'un problème depuis longtemps posé. »

« L'étude des phénomènes pathologiques doit être poursuivie avec l'esprit de désintéressement scientifique qui s'impose à toute recherche biologique, mais lorsque le médecin est en possession de vérités nouvelles il ne doit pas perdre de vue que sa mission est de faire œuvre pratique. Il n'y a de progrès en clinique que là où on a trouvé des moyens, soit pour mieux reconnaître les maladies, soit pour les mieux combattre. »

Je me devais de vous citer cette profession de foi de M. Widal puisque les expériences qui vont suivre en sont la plus éclatante démonstration.

L'urticaire, nous dit-il, a été décrite par les anciens cliniciens comme se produisant souvent chez des malades à la suite de l'absorption de fraises ou de moules. Il faut me trouver un malade semblable et rechercher ce que devient le sang de ce malade après un repas d'épreuve.

Quelques jours après j'amenais à l'Hôpital Cochin un malade que j'avais trouvé dans le service de mon Maître G. Caussade et qui répondait exactement au désir exprimé par M. Widal.

Il s'agissait d'un cas typique d'anaphylaxie alimentaire évoluant depuis six ans sous forme d'urticaire géante récidivante ou maladie de Quincke et dans laquelle les accidents cutanés étaient nettement produits par l'ingestion d'albumines hétérogènes dont l'origine anaphylactique ne paraissait pas douteuse.

C'est un homme que j'ai prié aujourd'hui de venir pour vous le présenter à nouveau et qui à ce moment était âgé de 37 ans.

Depuis six ans il était atteint d'une urticaire reproduisant cliniquement le type classique de la Maladie de Quincke. Cette urticaire était survenue sans raison apparente, rien dans les antécédents de sa famille ni dans son passé personnel ne pouvait en expliquer la genèse.

Il s'agissait d'une urticaire chronique, presque permanente, dont les poussées quotidiennes revêtaient les localisations les plus variées, les différentes régions de la face, des membres, du tronc, le scrotum, étaient suivant les jours, et parfois simultanément, le siège d'un œdème dur, chaud, rosé, plus coloré à la périphérie qu'au centre, extrêmement prurigineux, apparaissant et disparaissant en quelques heures, présentant en un mot tous les attributs d'un placard d'urticaire géante. La langue, et parfois même le larynx, étaient envahis par l'œdème, provoquant une asphyxie inquiétante pour le malade et son entourage.

De lui-même le malade attribuait son mal à une intoxication alimentaire, mais les différents régimes auxquels il s'était astreint ne lui permettaient pas d'incriminer un aliment en particulier.

Lorsque le malade se présente à notre examen le 23 décembre 1913 il était en pleine poussée d'urticaire.

Avant toute recherche, il convenait d'établir quelle variété d'aliments était responsable des accidents. Pendant 8 jours le malade fut soumis à un régime d'où le lait, la viande, les œufs furent complètement proscrits. Ces repas se composaient uniquement d'aliments d'origine végétale et le malade n'eut pas le moindre placard d'urticaire. Pendant une seconde période *de 12 jours* le malade fut alternativement soumis à une alimentation, soit végétale, soit animale ; nous pûmes à volonté faire disparaître ou apparaître les manifestations de l'urticaire, celle-ci coïcidant toujours avec l'ingestion d'albumines animales. Les

viandes et les œufs provoquaient l'urticaire ; il s'agissait donc bien dans ce cas d'anaphylaxie alimentaire dont Lesné venait d'étudier expérimentalement chez des animaux les conditions de développement.

En possession de ces données étiologiques qui suffisaient à établir l'origine alimentaire de cette malade de Quincke, nous pouvions étudier d'une façon pour ainsi dire expérimentale les différentes réactions pathologiques provoquées par le passage dans le sang des albumines hétérogènes de nature animale.

A cet effet, nous avions d'abord soumis notre malade à des repas constitués strictement d'albumines d'origine végétale. Je revois encore dans notre laboratoire de Cochin notre malade convoqué pour prendre ses repas à une heure de l'après-midi, composés de pain, de pommes de terre cuites au beurre végétal, de salade, de confiture et de fruits, le tout arrosé de 250 grammes d'eau additionnée d'un peu de vin. En même temps je prenais exactement le même repas (c'était moi le témoin) que lui.

Nous pratiquions avant le repas la mensuration de la pression artérielle, la numération des globules blancs (Abrami en était chargé), la mesure de la coagulabilité du sang par la technique du plasma salé de Brissaud. Le Patron veillait à tout. Aux recherches déjà effectuées chez les hémoglobinuries il ajoutait encore la détermination de l'indice réfractométrique du sérum et la recherche dans le sérum des peptones et des albumines dialysables par le procédé d'Abderhalden et avec l'aide de la ninhydrine. Toutes ces recherches effectuées avant le repas en vue de nous renseigner sur l'équilibre hématique et normal du sujet étaient chez lui, comme chez moi, répétées toutes les demi-heures après l'absorption des aliments. Dans ces conditions, l'expérience fut répétée à différentes reprises et a donné les constatations suivantes qui ne sauraient mieux être résumées que dans les tableaux. A la suite du repas d'albumine végétale ne produisant pas d'urticaire, notre malade se comporte absolument comme nous et peut être considéré comme un sujet normal.

Le repas produit une augmentation très légère et transitoire de la pression mais ne modifie nullement l'équilibre hématique.

Quelques jours après nous recommençons l'expérience, mais cette fois avec un repas composé de poisson, viande de porc, œufs, foie gras, fromage et fruits.

Les résultats sont tout différents chez notre malade lorsqu'on lui fait ingérer des albumines d'origine animale et ces résultats sont d'autant plus frappants qu'on les compare à ceux obtenus dans les mêmes conditions chez le sujet normal.

Chez nous, considéré comme « normal », l'ingestion d'albumine d'origine animale produit certaines variations nettes mais légères de la leucocytose, de la pression artérielle et de l'index réfractométrique. Ces variations sont toujours effectuées dans le sens de l'augmentation. La pression artérielle monte de 15 à 18. La leucocytose de 6.000 à 11.000. L'indice réfractométrique de 57,3 à 59,2. Au bout de cinq heures le sang récupère ses caractères antérieurs. La coagulabilité du sang et les urines ne subissent pas de modification. Au contraire, chez notre malade le même repas donne naissance à toute une série de désordres circulatoires et hématiques absolument opposés et dont l'ensemble constitue un syndrome des plus caractéristiques. La leucocytose, au lieu de s'élever comme normalement, subit une baisse régulière et progressive. Le chiffre des globules blancs qui était de 9.500 avant le repas tombe successivement de 9.000 à 8.000, à 5.000, pour atteindre 3.000 trois heures après le repas.

Cette leucopénie se maintient entre 3.000 et 5.000 pendant cinq heures pour faire place ensuite à une hyper-leucocytose relative.

Parallèlement, la pression artérielle au lieu de s'élever s'abaisse d'une façon progressive, de 17,5 à 14,5 et ne se relève définitivement qu'au bout de huit heures ; en même temps on note l'apparition d'une hypercoagulabilité très accentuée du sang, tandis qu'avant le repas le plasma salé ne coagule qu'à la dilution supérieure à 1,25 % ; trois heures plus tard il coagule à la dilution de 1,90. Cette hypercoagulabilité qui se retrouve aux prises de sang ultérieures ne prend fin que 9 heures après le repas.

Quant aux variations de l'index réfractométrique du sérum elles ont atteint une intensité à laquelle il était impossible de s'attendre. Alors que l'absorption des albumines animales avait produit chez le sujet normal une augmentation légère mais indubitable de cet index, elle détermine chez notre malade un résultat contraire de 62,6 avant l'épreuve ; l'index réfractométrique est une demi-heure après à 58,4 ; à 54,6 quatre heures après ; à 53,8 au bout de huit heures, et ne remonte à son taux progressif qu'après 10 heures.

Trois autres phénomènes sont enfin remarquables parmi ceux qu'a engendrés chez notre malade l'absorption d'aliments d'origine animale. Pendant toute la durée de la crise sanguine le sérum renferme une quantité notable d'albumines dyalisables. En second lieu la crise sanguine s'accompagne pendant toute la durée de son évolution d'une élévation de la température qui de 37,2 avant le repas atteignit 38 trois heures plus tard et revint à son chiffre normal au bout de huit heures.

Enfin l'examen fractionné des urines fait constater la présence d'une quantité notable d'albumine.

Voilà donc bien une preuve de cette fièvre protéinique dont MM. Bezançon et de Gennes ont fait une si belle étude.

Cette albuminurie véritablement digestive fit son apparition une demi-heure déjà après l'absorption des aliments ; au cours de la crise hépatique nous la vîmes à certains moments disparaître complètement pour reparaître quelque temps après. Elle ne s'accompagnait pas de cylindrurie ni de leucocyturie.

Ajoutons enfin que pendant la crise hématique les quantités d'urée du sérum et la Constante d'Ambard présentaient de notables variations.

Disons immédiatement que depuis 1913 toutes les recherches qui ont été faites n'ont fait que confirmer les résultats de cette première expérience. Ajoutons seulement qu'à tous ces signes déjà entrevus par M. Widal à cette époque on peut ajouter l'abaissement de la réserve alcaline, les modifications du pH, une modification brutale dans les ions calciums, des troubles de la sédimentation des hématies, tous phénomènes qui ne font que compléter l'étude de ce déséquilibre vasculo-sanguin.

Ainsi donc, à part les variations de l'indice réfractométrique, on retrouve les mêmes manifestations vasculo-sanguines de l'anaphylaxie alimentaire chez ce malade que celles décrites par MM. Widal, Abrami et Brissaud quelque temps auparavant dans l'attaque d'hémoglobinurie.

Un caractère fondamental présenté par cette crise hématique c'est son antériorité évidente par rapport aux manifestations cliniques.

Ainsi donc l'ingestion d'albumine d'origine animale détermine chez ce malade toute une série de troubles circulatoires et humoraux qui font défaut à la suite d'un repas composé d'aliments végétaux et qui manquaient chez les sujets sains quelle que soit l'alimentation.

Avant l'attaque d'hémoglobinurie paroxystique déterminée par un agent physique : le froid, comme avant la crise d'urticaire aiguë de notre malade, se manifestent donc d'identiques modifications vasculo-sanguines.

Au cours de l'attaque d'hémoglobinurie paroxystique c'est pendant l'action même du refroidissement que se déroule l'acte vasculo-sanguin prémonitoire. Lorsque le frisson, la fièvre, l'urticaire, les arthralgies surviennent, déjà le sang a récupéré ses caractères normaux. Au cours de l'anaphylaxie alimentaire de notre malade cette antériorité est plus manifeste encore ; ce n'est plus par minutes qu'elle se chiffre, c'est par heures.

C'est 8 heures 1/2 après la fin du repas que se montrent — et vous devinez avec quelle angoisse nous les attendions — les premiers placards urticariens dont le développement se fit ensuite pendant la nuit. Or la crise hémoclasique avait débuté une heure après le repas et lorsqu'apparut l'urticaire son évolution était complètement terminée. Ainsi donc deux étapes : l'une latente au point de vue clinique et correspondant cependant à des troubles profonds de l'équilibre humoral ; l'autre de manifestations cliniques, et le sang est déjà revenu à son état initial. *Tout se passe comme si l'on assistait à deux processus, l'un humoral, l'autre tissulaire, Ici le bouleversement hématique précède la dermatose ; la maladie frappe le sang avant de paraître à la peau.*

De tels faits montrent l'importance que l'on doit attacher à la recherche de la crise hémoclasique quand on croit pouvoir incriminer l'origine anaphylactique, et cette recherche doit être pratiquée immédiatement après l'intervention de la cause provocatrice.

Cette *crise* hémoclasique constituait chez ce malade un indice fidèle du passage dans le sang d'albumines hétérogènes.

Dès lors il était intéressant de rechercher si cette crise d'urticaire s'observerait également chez ce malade à la suite de l'inoculation de son propre sérum.

Déjà M. *Widal* avait montré les résultats thérapeutiques dans certaines maladies infectieuses du choc produit par l'auto-sérothérapie. Il avait montré avec Abrami et Brissaud que le sérum sanguin par le seul fait des modifications physiques subies par le sang recueilli pour le fournir se comportait comme une véritable albumine hétérogène et qu'à la suite de son injection dans les veines du porteur on voyait se produire des modifications identiques à celles que produit l'inoculation d'albumines étrangères. Si même on laisse le sang destiné à fournir le sérum subir une certaine autolyse à l'étuve à 37°, l'injection de ce sérum à l'homme détermine un choc plus sérieux et pouvant faire apparaître les accidents graves de l'anaphylaxie.

Nous fîmes donc, — et vous le devinez avec quelle espérance mélangée d'une certaine angoisse — à notre malade des injections de 20 à 40 cc. de son propre sérum. Le résultat de cette expérience dépassa notre attente. A quatre reprises l'auto-sérothérapie provoquait non seulement une crise hémoclasique manifeste de courte durée, mais encore une éruption de placards urticariens. Cependant, pendant toutes ces expériences, le malade restait soumis à un régime végétarien.

Il fallait alors envisager une contre-épreuve. Si au lieu d'inoculer directement tout le sérum du malade dans sa veine on introduisait auparavant une quantité progressivement croissante de ce même sérum diluée à 1 pour 10 la crise vasculo-sanguine se réduisait à une légère et momentanée leucopénie. Comme pour les injections d'albumines hétérogènes les effets de l'auto-sérum étaient évités par la streptophylaxie.

Ainsi donc avec des antigènes différents, dans la première expérience albumine de viande et d'œufs, et dans l'autre expérience albumines individuelles, le résultat clinique s'est montré le même. Cette crise *vasculo-sanguine*, M. Widal devait avoir l'occasion de la retrouver dans une maladie voisine, « *l'asthme* », qu'on appelle parfois l'urticaire des bronches. J'entends encore mon vieil ami, Pierre Abrami, avec son talent nous raconter l'an dernier l'histoire devenue classique de ce marchand de moutons qui eut sa première attaque d'asthme à Marseille dans un marché et qui depuis ne pouvait plus entrer en contact avec des moutons sans avoir une crise d'asthme. Il vous a conté les fameuses expériences que M. Widal, avec lui, Brissaud et moi avons faites sur cet homme et qui n'étaient qu'une répétition de celles que je viens de vous conter. Chez lui aussi nous vîmes en le mettant au contact de moutons la crise hémoclasique se produire tandis que respirant le même sérum notre sang restait indemne. Ici encore, la crise hémoclasique se montrait le prélude de l'attaque d'asthme.

Quel merveilleux conducteur d'hommes, Messieurs, se montrait dans ces circonstances notre Patron et quelle méthode de travail il nous enseignait. Il ne laissait rien au hasard, vérifiait tous les résultats, nous signalait à chacun ce qu'il avait à faire. « Il est l'heure de la prise de sang, Joltrain. » « Quel chiffre de globules blancs, Abrami ? » « Montrez-moi la coagulation, Brissaud. » « On vous a fait mal, mon pauvre vieux, disait-il au malade, mais c'est pour votre bien. » « Pas de démangeaisons », disait-il à notre urticarien. « Alors, vous ne vous sentez plus essoufflé, c'est très bien », au marchand de moutons asthmatique. Et quand l'accident clinique arrivait, il ne pouvait s'empêcher de s'écrier : « C'est merveilleux ». Et, s'adressant au malade : « Nous allons vous soulager. Vite une injection d'adrénaline, et puis maintenant nous connaissons le moyen de vous guérir ». Les malades eux-mêmes, si j'en prends à témoin l'un d'eux ici présent, participaient à l'expérience et se réjouissaient de sa réussite.

On recommença bientôt l'expérience. « Voyez-vous, nous disait M. Widal, quand une expérience vérifie une hypothèse que vous avez formulée il faut la recommencer vingt fois pour être plus sûr de ne pas se tromper. Quand elle montre que vous avez fait une erreur, inutile de la refaire, c'est l'expérience qui a raison. »

Après ces expériences, M. Widal montrait que ces accidents ne relevaient pas de la toxicité des albumines. L'accès d'hémoglobinurie offrait bien l'exemple frappant d'un choc identique à celui de l'anaphylaxie vraie et il était produit par l'organisme lui-même sous la seule influence du froid, en dehors de toute introduction d'albumines hétérogènes.

D'autre part, M. Widal quelque temps après, avec Abrami, René Bénard et moi, montrait qu'un choc sanguin identique, suivi d'érythème ou même d'urticaire, pouvait être réalisé en injections premières à l'aide de substances qui ne sont pas colloïdes et dont on ne saurait incriminer la toxicité. En injectant *rapidement* dans les veines d'une malade apte au choc 300 grammes d'une solution de bicarbonate de soude à 5 % ou plus simplement en injectant 400 grammes d'une solution isotonique de chlorure de sodium, on provoquait des chocs cliniques indifférenciables du choc anaphylactique et précédés par la même crise hémoclasique.

Ravaut et Weissenbach avaient montré que des corps comme le Salvarsan et le Néosalvarsan produisent des accidents d'ordre anaphylactique. Nous pûmes vérifier chez un malade la présence d'une crise hémoclasique avec une telle diminution de la pression artérielle que le malade tombait dans le coma après introduction dans les veines d'une dose faible de 0,10 cent. de Novarsénobenzol. Une injection d'adrénaline l'en faisait sortir aussitôt.

Cette crise vasculo-sanguine, M. Widal proposait de la désigner sous le nom de *crise hémoclasique*, voulant souligner par là le caractère de brusquerie du déséquilibre hématique. Il la désigna plus tard avec Abrami sous le nom de *crise colloïdoclasique*, terme qui sans préciser sa nature exacte définissait mieux cette modification brutale de l'état physique des humeurs et même des tissus.

Tels sont les faits.

L'histoire clinique de ce malade offre aujourd'hui un autre intérêt. M. Widal, le 13 février 1914, le présentait à la Société Médicale des Hôpitaux. Je vous le représente aujourd'hui. Vingt ans ont passé. Nous l'avons guéri de son urticaire par une série d'injections à petites doses de son prore sérum, il n'en a plus eu depuis cette époque. Mais il garde son terrain, sa diathèse colloïdoclasique ; il conserve cette aptitude particulière au choc, cette instabilité des humeurs. Après la guerre, il revient nous consulter, cette fois avec des accès de goutte. Ceux-ci sont déterminés encore par des excès de table, et surtout par l'absorption de vins.

Nous trouvons chez lui ce phénomène curieux de l'alternance. Depuis qu'il a la goutte, il n'a plus d'urticaire, mais il a parfois de l'asthme et il a fait du rhumatisme. De plus il est sensible aux peptones de viande et au vin de Bourgogne, comme le prouvent chez lui les cuti-réactions à la peptone et aux divers crus de Bourgogne. Il présente actuellement un énorme tophus goutteux que vous pouvez voir au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche.

22 ans se sont écoulés depuis cette première et capitale observation. Depuis, nous pouvons bien avouer que le progrès a été plus lent. Voici cependant des faits nouveaux.

Pendant la guerre nous avions été frappés que chez certains sujets prédisposés le choc émotif à lui seul pouvait provoquer la crise hémoclasique et le déséquilibre humoral.

Une jeune femme à Nancy avait de l'urticaire chaque fois qu'un bombardement éclatait. Immédiatement avant, son visage devenait pâle, puis son pouls faiblissait. N'était-ce pas une crise hémoclasique d'origine émotive ?

En juillet 1926, avec René Bénard, dans le Laboratoire de M. Widal, nous avons pu montrer qu'un choc émotif non seulement déterminait chez une de nos malades une crise vasculo-sanguine mais encore celle-ci n'était que le prélude d'une violente attaque d'asthme.

L'émotion agissant comme facteur de déséquilibre humoral est maintenant un fait reconnu par tout le monde, mais elle peut avoir parfois un effet curateur de manifestations de la diathèse colloïdoclasique. En voici quelques exemples curieux :

En 1913, M. Widal avait été prié de faire à Bruxelles une conférence sur le « Rôle de l'anaphylaxie et anti-anaphylaxie en clinique et la crise hémoclasique » qu'il venait de découvrir. Nous l'avions accompagné, Abrami, Raulot-Lapointe, le regretté André Weill et moi. En arrivant à la gare, il fut obligé d'aller se coucher en proie à une de ces migraines atroces auxquelles il était sujet. A l'heure de la conférence il souffrait terriblement ; il était pâle, mais sans vouloir nous écouter, il nous obligea à l'aider à se lever, tenant à s'excuser lui-même auprès de M. Bordet, qui présidait la réunion, de ne pouvoir parler. Il arrive pâle et défait et, paraissant en proie à une violente émotion, prononce quelques mots d'excuse. Nous voyons brusquement son visage se colorer, par un effort de volonté il surmonte sa douleur. Il parle. Il ne fut peut-être jamais aussi éloquent, aussi enthousiaste que ce soir-là.

Il nous conta ensuite que le même phénomène s'était produit le jour de son Concours d'Agrégation.

May a signalé un cas d'urticaire chronique durant depuis des années guéri par un choc émotif ; et en voici un troisième cas.

Une sœur de la rue Bizet, en pleine crise d'urticaire causée par l'absorption d'un plat de fraises, est saisie d'une vive émotion en entrant dans la chambre d'un de ses malades qui venait de mourir d'une embolie, et immédiatement son urticaire disparaît.

Après la guerre, M. Widal nous avait fait reprendre à Cochin toutes nos expériences interrompues pendant cinq ans. M. Widal fit une communication devenue célèbre sur l'anaphylaxie à l'Ipéca et montre que dans certains cas l'*Eczéma* peut être aussi une maladie de sensibilisation. Témoin ce préparateur en pharmacie, dont il conte l'histoire, venu nous consulter pour des crises d'eczéma aigu de la face chaque fois qu'il manipule de l'Emétine. Or, ce malade

présentait depuis longtemps une susceptibilité toute spéciale car il avait déjà constaté quatre ans auparavant que la manipulation de produits arsenicaux comme le Cacodylate de Soude ou l'Enesol provoquait chez lui une crise d'urticaire violente. Nous fîmes chez lui plusieurs expériences.

La cuti-réaction à l'Emétine lui déterminait un placard d'érythème puis d'œdème, et enfin une éruption locale vésiculeuse. Avec une injection sous-cutanée d'un c.c. d'une solution d'Emétine au 20 millième nous déterminions chez lui un placard local de dermite érythémato-vésiculeuse et un choc hémoclasique aigu. Avec une dose plus forte renouvelée à distance, nous voyons chez lui une reviviscence de l'eczéma de la face. Sicard avait comme M. Widal signalé que parfois un choc hémoclasique pouvait revivifier des cuti-réactions éteintes.

Ces constatations n'auraient eu qu'un intérêt spéculatif si en appliquant à notre malade le traitement anaphylactique spécifique nous n'étions parvenus à le désensibiliser complètement.

Ces faits ont été le point de départ d'une série de recherches sur les dermatites professionnelles par les dermatologistes et depuis cette époque notre collègue Gougerot a décrit des érythèmes urticariens et des eczémas chez des ouvriers maniant des poudres de noyer et de palissandre avec des cuti-réactions positives, choc colloïdoclasique des plus nets et désensibilisation lente par application locale de poudre alcoolique de palissandre.

Quelques années plus tard, et toujours *dans le Laboratoire de M. Widal*, je lui présentai une malade qui faisait de l'*urticaire à la fatigue*. Il s'agissait d'une Anglaise de 33 ans présentant de l'urticaire depuis l'âge de 11 ans. Nous l'avions priée, croyant à une urticaire d'origine alimentaire, de venir au Laboratoire pour étudier chez elle l'action de l'absorption d'albumines animales. Elle était à jeun depuis 24 heures, mais elle s'était pressée, ayant peur d'être en retard. Quel n'était pas notre étonnement de trouver à son arrivée son corps entièrement couvert de plaques d'urticaire. Comme nous l'interrogions elle nous avoua que souvent ces crises d'urticaire apparaissaient sans aucun rapport avec les repas. Elle avait remarqué, puisque nous attirions son attention sur ce fait, que souvent elle était obligée d'interrompre de jouer au tennis ou au golf. Nous faisons sur elle l'expérience de l'exercice et ses globules de 9.500 tombent à 3.000. La pression artérielle passe de 15,9 à 12,9. La coagulation se fait en 5 minutes au lieu de 7. La réfractométrie descend de 63,3 à 59,9. De l'albumine apparaît dans ses urines. La température monte à 38° et tout rentre dans l'ordre quand apparaît l'urticaire.

Nous constatons aussi chez cette malade avec le regretté M. Nicolle, de l'Institut Pasteur, une autoprécipitation dans le sérum au moment du choc. M. Nicolle arrive même, avec son albumine urinaire, à fabriquer un antigène clair qui précipite le sérum de la malade en plein choc. Il s'agit donc bien chez cette malade d'une véritable auto-colloïdoclasie.

Nous avons pu suivre avec O'Brien un deuxième cas semblable sur le conseil de M. Widal chez un apprenti serrurier qui avait, dès qu'il faisait un effort, des crises de prurit souvent suivies d'urticaire. A différentes reprises, l'exercice détermina le choc hémoclasique suivi de prurit et d'urticaire. M. Widal nous avait proposé de tenter sur ce malade une autre expérience consistant à lui mettre un lien au bras, puis lui faire effectuer des mouvements de flexion de la main. Nous sommes obligés d'arrêter l'expérience en raison de la teinte violette du membre. L'expérience fut concluante ; le choc hémoclasique n'apparut qu'après avoir lâché le lien. Bien plus, en recueillant le sérum de ce bras fatigué et en le réinjectant à l'autre malade au repos on détermine chez elle une crise d'urticaire violente tandis que le sérum recueilli à l'autre bras ne donnait aucune réaction.

Nous avons, avec O'Brien et de Gennes, poursuivi une étude complète de ces cas au Laboratoire de M. Widal et publié cette étude. Pasteur Vallery-Radot, Carrié, Blamoutier et Laudat ont apporté de nouvelles confirmations de l'Urticaire à l'effort en cherchant à pénétrer plus avant la pathogénie des phénomènes observés. Ils constatèrent une baisse notable de la réserve alcaline chez leur malade, fait que nous avons montré si fréquent dans le choc et ils ont obtenu des résultats thérapeutiques en injectant dans les veines du Bicarbonate de Soude.

Ainsi, Messieurs, par ces faits — et combien j'en passe — il est aisé de vous démontrer que grâce à sa rigueur scientifique et à sa prescience M. Widal avait pour ainsi dire prévu les conséquences lointaines de cette découverte sur les urticaires. Il nous mettait en garde des exagérations, pensant bien qu'on allait au fur et à mesure qu'on en découvrait de nouvelles causes un peu « galvauder » ce mot de CHOC, lui donner, après l'avoir ignoré longtemps, une place trop importante, vouloir tout expliquer par lui. Il le déplorait par avance comme s'il avait prévu l'avenir ! Il pensait qu'il en avait été de même d'une autre découverte, la cure de déchloruration. Lemierre nous a montré les regrets du Patron de la voir appliquer par beaucoup de médecins à tous les cas de néphrite, même ceux où il n'y avait aucune rétention chlorurée !

Parmi les *Urticaires alimentaires* l'urticaire au poisson est une des plus fréquentes. 10 % des cas observés en dépendent. L'anaphylaxie aux œufs est aussi fréquente et l'observation de Lesne peut servir d'exemple. Chez une fille de 8 ans habituée à cette nourriture la sensibilisation un beau jour apparaît. Douleurs abdominales violentes, pâleur de la face, menace de collapsus, diarrhée abondante, fièvre et puis urticaire généralisée. L'urticaire disparaît avec la suppression des œufs. Nous en avons vu de nombreux cas. La cuti-réaction dans ces cas est presque toujours positive. La désensibilisation par injection ou par cuti-réactions est souvent efficace.

Pasteur Vallery-Radot et Haguenau ont publié un cas des plus intéressants d'un jeune homme de 17 ans sensibilisé à l'albumine d'œuf, chez lequel l'ingestion d'une partie infinitésimale de blanc d'œuf détermine différents syndromes depuis le prurit, l'œdème de Quincke et la toux spasmodique jusqu'à l'attaque d'asthme.

L'urticaire par l'*anaphylaxie au lait* est fréquente et encore ici Lesne et Dreyfus ont les premiers attiré l'attention sur ces faits. Je ne vous rappelle que pour

mémoire l'hémoclasie digestive que MM. Widal, Abrami et Iancovesco ont étudiée pour apprécier la valeur du pouvoir protéo-pexique du foie.

L'anaphylaxie au chocolat est, comme on le sait, assez fréquente. Pagniez a pu attirer l'attention sur un enfant qui avait des crises d'épilepsie chaque fois qu'il prenait du chocolat. Nous avons observé avec M. Widal et R. Benard une femme atteinte d'œdème de Quincke chaque fois qu'elle prenait du chocolat ou chaque fois qu'elle respirait la fumée de graisse chauffée.

M. Widal nous conseilla de faire chez elle des *cuti-réactions* avec toutes les substances rentrant dans la composition du chocolat. Nous avons vu les coques et les noix être inactives ; seul le beurre de cacao donnait une cuti-réaction positive ; encore celui de qualité inférieure donnait-il une cuti-réaction beaucoup plus intense.

L'anaphylaxie au pain a été étudiée dans le Laboratoire de M. Widal sur une malade envoyée par Turettini. L'absorption de pain déterminait chez elle de l'œdème de la langue et de l'urticaire géante. Turettini, Pasteur Vallery-Radot et Barrieu, Pagniez et Coste, Cordier, Lesne et Dreyfus ont tous cité des exemples analogues.

Nous avons pu voir avec P. Abrami un malade urticarien sensible aux haricots. La cuti-réaction est très positive et chose curieuse il fait un abcès staphylococcique au bras et pendant toute la durée de la suppuration il paraît désensibilisé : choc hémoclasique et urticaire après la prise de haricots réapparaissent, la suppuration terminée. Nous avons pu désensibiliser le malade par intradermo-réaction, mais l'année suivante il revient pour de l'asthme.

J'en passe, Messieurs, car il faudrait une série de cours pour vous relater tous les cas intéressants dans ce domaine et vous dire toutes les substances alimentaires susceptibles d'être sensibilisantes. Vous connaissez tous les plus nocifs parmi les aliments et principalement la mauvaise réputation qu'ont en matière d'urticaire les moules et les fraises.

Un fait cependant mérite d'être signalé. C'est la spécificité souvent élective. C'est ainsi que tel individu peut être sensible au homard et non à la langouste.

Le père de notre ami Wallich, le si regretté accoucheur des Hôpitaux de Paris, faisait une crise hémoclasique, suivie d'un accès de goutte, après la simple absorption d'un verre de Bourgogne alors qu'il pouvait impunément boire du Bordeaux. La cuti-réaction chez lui était nette aux différents crus de Bourgogne, négative au Bordeaux, et parmi les vins de Touraine un seul donnait une réaction positive, c'était le vin de Bourgueil. C'est un vin de Bourgogne implanté en Touraine.

Les *urticaires médicamenteuses* sont fréquentes. Je vous en ai montré des cas. Tous les médicaments peuvent être incriminés. Un des plus connus c'est l'antipyrine. M. Widal en a donné l'exemple le plus remarquable chez une femme dont il a rapporté l'histoire avec Pasteur Vallery-Radot. Il s'agissait d'une diabétique migraineuse qui avait un œdème de la lèvre chaque fois qu'elle absorbait la moindre dose de ce produit. Il n'y avait pas eu moyen dans ce cas de déceler la crise hémoclasique.

Les *opiacés* — et en particulier la morphine — donnent souvent de l'urticaire et ce sont là faits connus, témoin ce médecin Brugisser qui faisait de l'urticaire chaque fois qu'il avait fait dans sa journée plusieurs injections de morphine.

Nous avons, avec Morat et Jacques Ley, observé un cas contraire. Il s'agissait d'un morphinomane qui avait de l'œdème de Quincke — et parfois même d'apparence grave — chaque fois qu'on cherchait à le désintoxiquer. Dans ce cas, une injection de morphine au contraire semblait rétablir l'équilibre sanguin et l'éruption d'urticaire aussitôt disparaissait.

Weissenbach et Ravaut avaient les premiers attiré l'attention sur l'analogie entre les accidents des arsénobenzènes et les accidents anaphylactiques. Avec M. Widal nous avons pu voir dans le service un malade tabétique si sensible aux doses de novarsénobenzol qu'il avait fait des accidents graves dans le service de M. Fournier, une dose de 5 centigrammes intraveineux déterminait chez lui une baisse remarquable de pression artérielle de 25 à 0 et le malade aussitôt entrait dans le coma dont une injection d'adrénaline le faisait aussitôt sortir. A son réveil il présentait sur tout le corps une éruption généralisée d'urticaire.

L'urticaire à l'ipéca, moins fréquente que l'asthme, a cependant été signalée par MM. Widal, Abrami, Brissaud et moi chez un malade dont nous avons publié l'observation et qui fit à la suite d'une injection sous-cutanée d'une macération d'ipéca au 5 millième pratiquée dans un but de désensibilisation de l'amaurose, du prurit, de l'urticaire, de l'érythème scarlatiniforme et de l'asthme.

Le lendemain il avait du coryza spasmodique et un syndrome d'acrocyanose des extrémités. Ainsi donc, en moins de 24 heures, comme s'il s'agissait d'une expérience, tous les accidents de la diathèse colloïdoclasique s'étaient répétés chez lui.

Le salycilate de soude, le mercure, le bismuth, l'ursol, les dérivés des couleurs d'acridine, les teintures employées pour les fourrures, les huiles de ricin et de cade ont pu donner des urticaires chez des individus sensibilisés.

On connaissait de longue date les *urticaires parasitaires* et en particulier celui produit par le liquide hydatique, dont Laubry et Parvu ont montré le rôle sensibilisant et fixateur. Abrami et Senevet ont pu décrire un érythème urticarien survenant parfois à la suite de la grande crise de paludisme, qui est « un choc hémoclasique » produit dans l'organisme au moment de la mise en liberté des gamettes dans la circulation générale.

L'attaque d'*hémoglobinurie paroxystique* constituait le plus bel exemple d'*urticaire par agents physiques*. Le froid, la chaleur, le soleil, les rayons ultra-violets et les rayons X ont tous pu déterminer chez certains individus le choc hémoclasique et l'urticaire. Nous avons pu avec René Bénard, ainsi que Pagniez et Pasteur Vallery-Radot, Justin Bezancon et bien d'autres auteurs, en signaler des cas.

De tous ces faits retenons seulement, Messieurs, qu'il existe un certain nombre d'individus dont l'équilibre humoral est instable qui sont particulièrement aptes au choc hémoclasique qui, suivant le terrain, peut être suivi par les manifestations les plus diverses de la diathèse colloïdoclasique. Ceci vous explique les phénomènes si curieux des associations urticaire et asthme, maladie de Raynaud, eczéma, tachycardie paroxystique essentielle, goutte et même épilepsie.

Ces faits ouvrent des horizons nouveaux sur le phénomène des alternances. Tel malade comme celui que nous vous avons présenté n'a plus d'urticaire à partir du moment où s'installe chez lui la goutte.

Tel autre pendant une suppuration voit se suspendre son extraordinaire sensibilité.

Nous savons depuis les travaux de M. Widal, d'Abrami et de Gennes que, dans cette diathèse colloïdoclasique, c'est aux troubles endocriniens et neurotoniques qu'il convient de donner la première place.

Je ne vous parlerai pas du diagnostic des urticaires; le plus souvent il est évident et c'est le diagnostic de la cause qui seul importe.

La méthode des cuti-réactions dont l'école américaine avait tant espéré ne donne guère dans plus de 20 % des cas des résultats nets. Au reste ne faut-il attacher de réelle importance à une cuti-réaction que si les renseignements qu'elle fournit coïncident avec l'interrogatoire et l'examen clinique du malade.

J'ai hâte de vous dire deux mots *de la thérapeutique*. Ses résultats ne sont pas toujours aussi brillants. Quand j'ai parlé à M. Widal, à la fin de sa vie, du désir exprimé par mon ami Weissenbach de me voir écrire un livre sur « Les Urticaires », il me dit : « Voyez-vous, Joltrain, il vaudrait mieux trouver un remède vraiment efficace dans tous les cas que d'écrire un livre ».

« Toutes nos découvertes n'ont pas fait suffisamment avancer la question de thérapeutique » et il ajoutait d'une voix un peu mélancolique : « Si j'avais à refaire ma vie il me semble que je la consacrerais à l'étude thérapeutique en appliquant à celle-ci nos méthodes scientifiques. Cette méthode que j'ai tant cherché à vous inculquer, c'est dans la thérapeutique expérimentale qu'elle est surtout indispensable. On pourrait ainsi substituer à l'empirisme ancien qui a donné depuis des siècles des résultats dont on ne peut méconnaître la valeur des méthodes scientifiques qui rénoveraient l'art de guérir ».

Si le traitement des urticaires n'a pas en effet donné tous les résultats qu'on était en droit d'attendre, au moins a-t-il suivi les progrès de la médecine et largement profité de la notion du rôle de l'anaphylaxie dans la pathogénie de cette affection.

Il ne faut pas évidemment négliger le traitement local de l'éruption et on ne saurait nier l'action des vieux médicaments, ou des saisons dans les villes d'eaux comme Vichy, Uriage et Cauterets, dont nous avons ici des représentants. Les attouchements des endroits prurigineux par les produits les plus divers, dont il faut surtout retenir les Phénosalyls et les Vinaigres, soulagent le prurit. Je vous ai parlé des désensibilisations spécifiques, des traitements préventifs et streptophylaxiques et des désensibilisations générales auxquelles mon ami Pasteur Vallery-Radot préfère donner le nom de « modifications humorales ».

Lorsqu'on sait quelle est la cause exacte de la substance sensibilisante lorsqu'il s'agit d'un agent physique extérieur il est relativement aisé de la supprimer. Lorsque, comme cela souvent arrive, on se trouve en face de malades sensibilisés à des substances multiples, la désensibilisation spécifique devient difficile.

En matière de désensibilisation spécifique, en dehors de l'injection préalable d'une toute petite dose de la substance incriminée, comme par exemple la prise une heure avant le repas d'une dose infinitésimale de la substance alimentaire provocatrice, méthode qui a donné des résultats intéressants à Pagniez et à Vallery-Radot, il me faut vous mettre en garde contre la méthode qui consiste à désensibiliser

par injections sous-cutanées d'extraits même dilués. Notre malade sensible à l'ipéca, avec les accidents qu'il a présentés à la suite d'une injection de macération au 5/1000 est la meilleure preuve des dangers qu'elle présente.

Nous avons pu observer avec Abrami, Claude Gautier et Pasteur Vallery-Radot à la suite d'injections sous-cutanées d'extraits ou de simple respiration de poudres sensibilisantes des accidents de la plus haute gravité.

La méthode des cuti-réactions est infiniment supérieure ; il est aussi plus facile de juger le degré de sensibilité du malade. Par les cuti-réactions répétées journellement Pasteur Vallery-Radot et nous-mêmes avons pu obtenir de remarquables et durables désensibilisations.

Parmi les procédés de désensibilisations générales produisant des modifications humorales durables, vous connaissez tous la méthode préconisée par Pagniez et Vallery-Radot en matière de migraine consistant dans l'ingestion avant le repas d'une petite dose de peptone. Elle a pu donner des résultats intéressants en matière d'urticaire, les intradermo-réactions à la peptone, les injections sous-cutanées à petites doses d'eau peptonée relèvent des mêmes principes, la petite douleur qu'elles provoquent parfois, les taches pigmentaires qu'elles laissent peuvent être des contre-indications pour certains malades.

L'anti-anaphylaxie par injection intraveineuse d'eau chlorurée, bicarbonatée, d'hyposulfite de soude et de magnésie, de chlorure de calcium et d'eau sulfureuse, a donné entre les mains des auteurs qui les emploient des résultats dont il ne faut pas trop exagérer la valeur.

L'auto-hémothérapie qui avait donné au regretté Ravaut de si intéressants résultats en matière d'eczéma ne guérit pas les urticaires non plus que les transfusions de sang.

L'*hémolysothérapie intradermique* de Weissenbach, procédé cependant des plus intéressants, *et l'auto-ourothérapie* ne sont réellement pas d'un grand secours dans les urticaires. C'est à l'*auto-sérothérapie* avec ou sans adjonction d'iode ou de soufre que nous donnons encore la préférence sans nous dissimuler les échecs. A l'injection sous-cutanée d'auto-sérum préconisée par Achard et Flandin pour la première fois nous préférons les injections intraveineuses.

Ce que M. Widal vous dirait s'il était à ma place, c'est la nécessité avant d'établir une thérapeutique de bien observer vos malades. Rien ne vaut, disait-il, une observation bien prise. Ne négligez ni l'interrogatoire, ni la recherche minutieuse des antécédents héréditaires et personnels, retracez pas à pas la vie de vos malades, examinez un à un tous leurs organes et c'est après, et après seulement cet examen clinique, fait avec tous vos sens que vous pourrez employer vos instruments, vos appareils de Rayons X, de Métabolisme Basal et faire des recherches par toutes les méthodes de Laboratoire, mais à la condition essentielle de ne pas leur attacher plus de valeur qu'aux symptômes cliniques. M. Widal qui avait montré l'aide que pouvaient apporter à la clinique les méthodes de Laboratoire, s'élevait contre ceux qui leur donnaient une place trop importante et ne leur appliquait pas le même esprit critique qu'aux signes cliniques.

N'oubliez jamais que le terrain de la diathèse colloïdoclasique est à la base même de ces accidents et qu'il faut tout faire pour essayer de le modifier, sinon de le changer complètement. Ainsi votre thérapeutique en s'adressant au terrain vous fera vous préoccuper du fonctionnement défectueux du foie ou du rein, modérer ou activer suivant la nature de leur disfonctionnement les glandes endocrines de vos malades. Agissez sur leur système neurotonique, vague ou sympathique suivant les renseignements donnés par vos recherches. Employez des médicaments dont l'action sur le système neurotonique est connu et au premier rang desquels il convient de rappeler l'Adrénaline, l'Ephédrine, les composés de la Belladone, la Pilocarpine, le Jaborandi, l'Insuline, le Gynergène et le dernier venu dans cette longue liste, le 933 ou Bioxane, sympathicolytique récemment découvert par notre ami Fourneau, de l'Institut Pasteur, mais variez vos formules suivant chaque malade.

***

Mesdames, Messieurs, mes chers Amis, je m'excuse d'avoir retenu si longtemps votre attention. J'avais longuement réfléchi à cette leçon et je m'aperçois que je n'ai nullement suivi mon programme et que je me suis laissé emporter par la grandeur de mon sujet. Peut-être aussi ai-je eu tendance à multiplier l'anecdote et vous ai-je paru un peu trop familier ? Ai-je ainsi obéi aux suggestions de M. Widal qui ne voulait pas que nous parlions avec notes et qui, même dans les concours d'Agrégation, nous conseillait de les déchirer avant d'entrer dans l'Amphithéâtre.

« C'est la seule méthode, nous disait-il, pour rester en contact permanent avec votre public, pour changer votre exposé suivant l'attention de vos auditeurs et leur manière de réagir. Il vaut mieux répéter la même pensée sous une forme différente si l'élève, dont vous avez fixé le visage, n'a pas encore montré cet air de contentement qui vous prouve qu'il á compris.

« Dès que l'assistance se fatigue, dès que son attention paraît vous échapper, substituez l'anecdote clinique à l'énoncé un peu sec des faits scientifiques. Regardez toujours les derniers arrivants qui restent debout près de la porte de sortie prêts au départ, parlez pour eux et cherchez à les intéresser jusqu'à ce qu'ils se soient assis. »

Messieurs, c'est surtout aux jeunes que je m'adresse. Je voudrais avoir réalisé dans cette courte causerie ce qui est mon but principal : vous faire partager l'admiration passionnée que nous avions tous pour le Patron dont, jusqu'à l'heure de notre disparition, nous conserverons le souvenir.

Je voudrais surtout pouvoir vous inculquer son amour et sa foi dans le métier de médecin, son enthousiasme devant un beau malade, son imagination créatrice de découvertes, mais toujours réglée par une méthode rigoureuse.

Je voudrais surtout vous donner à tous comme exemple sa haute conscience morale, professionnelle et scientifique. Il n'y a pas à mon avis de plus bel enseignement que de conter l'histoire d'un homme

qui, du consentement universel, a mérité d'être rangé parmi les plus illustres figures médicales de tous les temps et dont l'œuvre domine la Médecine contemporaine.

Je ne saurais mieux faire en terminant que de vous rapporter cette phrase qu'il aimait à nous répéter :

« C'est parce qu'elle s'attaque aux problèmes mêmes de la vie, c'est parce qu'elle s'efforce d'en pénétrer le mystère que, de toutes les sciences, la Médecine est la plus passionnante. Elle ne serait pas la plus noble si elle ne cherchait dans chaque découverte nouvelle le moyen de soulager la souffrance humaine ! »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 10 MARS 1936)

Notice. — M. DEBRÉ lit une notice nécrologique sur M. Arnold Netter.

Est-il possible de vacciner l'homme contre la poliomyélite ? — MM. C. LEVADITI, C. KLING et P. HABER rappellent les expériences de Levaditi et Landsteiner, lesquelles, dès 1910, avaient montré que si la vaccination du singe contre la poliomyélite, au moyen de virus vivants, est possible, les effets sont inconstants, en ce sens que certains simiens contractent la paralysie infantile en cours de vaccination. De nombreuses méthodes, basées sur le même principe, ont été expérimentées depuis, mais elles ne se sont révélées ni meilleures ni pires que celle-là. Une des dernières venues est celle appliquée par Kolmer et Rule, non seulement au singe, mais aussi à des enfants, en dehors des épidémies de paralysie infantile ; elle consiste dans l'utilisation d'un mélange de virus poliomyélitique et de ricinoléate de sodium. Les auteurs, ayant vérifié expérimentalement l'efficacité de cette nouvelle méthode, l'ont trouvée inconstante, donc aléatoire, pour la raison que si le vaccin, encore pathogène, immunise certains simiens, par contre, il provoque la paralysie chez d'autres, vraisemblablement plus réceptifs. Or, ici, comme toujours, l'expérimentation a eu raison. En effet, quelques cas de poliomyélite ont été constatés aux Etats-Unis, par Leake, chez des enfants vaccinés soit avec le vaccin de Kolmer et Rule, soit avec celui de Brodie (vaccin formolé), et cela après la première ou la seconde piqûre vaccinante. Les auteurs concluent que la plus grande circonspection s'impose quant à l'opportunité de l'utilisation de la vaccination préventive antipoliomyélitique chez l'homme, tout au moins dans l'état actuel de nos connaissances dans ce domaine.

Rôle prophylactique nul des sels halogénés de magnésium dans le cas des cancers (adénocarcinomes) spontanés des souris blanches. — M. BRUMPT a poursuivi ses études pendant une année entière, de juin 1931 à juin 1932, en traitant 447 souris et en utilisant 317 témoins. Dans une première série, les animaux soumis au régime magnésien présentèrent dans 23,3 % des adénocarcinomes, contre 17,91 seulement chez les témoins. Dans une seconde série, au contraire, les animaux traités eurent des tumeurs dans 19,26 % contre un pourcentage de 29,5 chez les témoins. L'auteur montre que ces chiffres si variables peuvent être dus, dans ses recherches, à la disparition d'animaux de certaines cuves à la suite de rixes suivies de cannibalisme, ce qui modifie totalement les pourcentages de certaines séries. L'auteur, d'accord avec les autres investigateurs qui ont étudié un grand nombre de souris ou de rats, termine son exposé par les conclusions suivantes :

1° Chez les rongeurs (rats et souris), le magnésium est nécessaire aux cellules des tumeurs comme aux cellules de l'organisme sain ;

2° Le régime hypermagnésié n'a aucune action ou bien accélère parfois le développement des tumeurs ;

3° Ce régime, même prolongé, n'exerce aucune action curative, ni aucune action préventive sur les cancers expérimentaux ou spontanés ;

4° Sans vouloir transporter ces résultats dans le domaine de la pathologie humaine, on peut estimer que l'action des sels de magnésium sur les tumeurs de l'homme reste à démontrer et que le seul traitement efficace des cancers est celui qui est institué par les chirurgiens et les radiologues. L'usage des sels dont l'efficacité repose sur des statistiques humaines très contestables, ne peut qu'être néfaste en laissant échapper l'heure où l'intervention peut encore être efficace.

Un nouveau parasite. Une nouvelle maladie, la « distomose intestinale porcine ». — M. MAROTEL.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 12 *mars.* — Jury : MM. Brindeau, président ; Marion, Brocq, Vaudescal. — M. GENDROT. La césarienne basse à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Rennes.

Lundi 16 *mars.* — Jury : MM. Léon Binet, président ; Brumpt, Sergent, Gayet. — M. MARQUINIE. Alcoolisation du phrénique. Phrénicectomie et lésions contro-latérales.

Mardi 17 *mars.* — Jury : MM. Pierre Duval, président ; Lenormant, Cunéo, Basset. — M. MIALARET. Les diverticules du duodénum. — M. SAMUEL. Luxation de la hanche avec fracture du sourcil cotyloïdien.

Jury : MM. Claude, président ; Gougerot, Chevallier, Gastinel. — M. KORN. Etude des mécanismes pathogéniques des syndromes délirants post-encéphalitiques. — M. HELLER. Adénome apocrine fibromateux.

Mercredi 18 *mars.* — Jury : MM. Gosset, président ; Marcel Labbé, Loeper, Alglave. — M. MAUPILLIER. Etude et traitement des ulcères perforés et bouchés de l'estomac. — M. PÉRIER. Syndrome de Hanot et splénectomie. — M. CHAVASTELON. Impaludation cérébrale. — M. NGUYEN TAN QUAN. Recherches touchant la médecine traditionnelle sino-japonaise, en particulier l'acupuncture. — M. ZAJTMAN. Les métastases du cancer de l'œsophage.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie dentaire, par les docteurs BERCHER, FARGIN-FAYOLLE, FLEURY et LACAISSE. Un volume de 562 pages, avec 289 figures (Tome II de la *Pratique stomatologique*). — Prix : broché, 70 fr.; cartonné toile, 85 fr. — Paris, Masson et Cie.

Technique chirurgicale bucco-dentaire, par les docteurs CHOMPRET, DECHAUME et RICHARD. Un volume de 284 pages, avec 174 figures (Tome III de la « *Pratique stomatologique* ». — Prix : broché, 40 fr.; cartonné toile, 55 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


COUP DOUBLE
FOIE
INTESTIN
EN UNE SEULE PRESCRIPTION
ENTEROBYL
DRAINE LES VOIES BILIAIRES
DÉSINFECTE L'INTESTIN
LABORATOIRES DEHAUSSY. 66. R. NATIONALE — LILLE

N° 23. — MERCREDI 18 MARS 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour deux emplois de chefs de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 27 avril 1936, à 9 h. du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les docteurs qui désirent concourir peuvent se faire inscrire au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 h. et de 16 à 18 h. jusqu'au 18 avril 1936 inclus.

GUERRE. — M. le médecin général inspecteur Sacquépée, directeur du laboratoire de recherches, de bactériologie et de sérologie de l'armée, membre du Comité consultatif de santé, membre de l'Académie de médecine, est placé, à partir du 14 mars 1936, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. -- *Médaille d'argent.* — MM. Lombard (de Marseille), Dubost (de Dreux), Letailleur (de Clermont-Oise), Rousset (de Saint-Jean-Pied-de-Port), Bacou (de Perpignan), Basse (Haute-Saône). Delatour (de Paris), Stain (de Foucarmont), Dhombres (d'Azemmour), Gauthier (d'Agadir).

Médaille de bronze. — MM. Vigneron (d'Angoulême), Laurent (de Dijon), Jambon (de Rennes), Salucki (de Vienne), Roussel (de Montmédy), Roger Charpentier et Fournier (de Lyon), Mlle Ladet et MM. Guichard (de Paris), Bernard (du Havre), Gros (d'Argenteuil).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Choisy-le-Roi est déclaré vacant.

Adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau) les demandes d'inscription (titres scientifiques, justifier de la qualité de Français, remplir les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine, fournir diplôme, acte de naissance, casier judiciaire. Limite d'âge, 45 ans).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale des enfants. (Professeur : M Nobécourt.) — Clinique de la tuberculose. (Professeur : M. F. Bezançon.) — Enseignement complémentaire. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose infantile.* — Le docteur P.-F. Armand-Delille, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec le concours du docteur Ch. Lestocquoy, médecin assistant, fera du mardi 22 avril au samedi 23 mai 1936 un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et s'étendra, en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Chaque matin, à 10 h., visite dans les salles Gillette et Damaschino, avec examens cliniques. examens radiologiques et recherches de laboratoire.

Leçon à 11 h., dans l'amphithéâtre de la Clinique médicale des Enfants, hôpital des Enfants-Malades, 149, r. de Sèvres.
Droits d'inscription : 250 fr.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs André Coste (d'Alès), E.-I. Castueil (de Marseille); Louis Ménétrel, commandeur de la Légion d'honneur, croix de guerre, décédé à Paris; Carvallo (à Paris). Sud-Américain d'origine, le docteur Carvallo, devenu propriétaire du château de Villandry, a fait depuis quelques années un effort considérable en faveur des châteaux historiques. Il a fondé une association bien connue maintenant : la Demeure Historique ayant pour but de soutenir les propriétaires qui consentent à laisser visiter leurs propriétés.

— Nous apprenons aussi la mort de Mlle Edith Seiffert, interne des hôpitaux de Paris (promotion 1935).

Congrès de la goutte et de l'acide urique. — Le compte rendu des travaux du *Congrès de la Goutte et de l'Acide urique*, qui s'est tenu à Vittel les 14, 15 et 16 septembre 1935, vient de paraître en un luxueux volume de plus de 650 pages.

Les travaux de ce Congrès présentent un intérêt particulier, du fait de la qualité et du nombre des rapports et communications.

Ce compte rendu sera envoyé gracieusement à tous les médecins qui en feront la demande, à la *Société Générale des Eaux Minérales, à Vittel (Vosges)*.

Un Congrès de Neurologie à Néris, en 1936. — La Société des Sciences médicales de Gannat a tenu sa réunion d'automne le dimanche 22 septembre, sous la présidence du docteur Valois.

Au cours de cette réunion, la Société a décidé, sur la proposition de son président, d'organiser un Congrès de Neurologie, à Néris, en septembre 1936.

Le sujet du Congrès sera : « Les Affections du système vago-sympathique. » Une matinée sera consacrée au côté neurologique, une deuxième au côté psychiatre, et une troisième au côté chirurgical ; les trois après-midi devant être occupées par d'intéressantes excursions aux environs de Néris.

Le professeur Alajouanine a bien voulu se charger de l'organisation scientifique du Congrès. Le professeur Castaigne a accepté d'accorder son patronage et de présider une des sections. De nombreux professeurs de la Faculté de Paris, des Facultés et des Ecoles de Médecine de province et de l'étranger sont invités. Plusieurs ont déjà donné une acceptation de principe et assuré les organisateurs de leur approbation sympathique.

M. le docteur Macé de Lépinay, désigné par ses collègues, a déjà promis de rédiger un rapport sur : « Les réactions vago-sympathiques au cours des cures thermales. »

Le *Centre Médical*, la municipalité, la Société médicale, le Syndicat d'Initiative et la Société thermale ont promis de faire tous leurs efforts pour donner l'éclat nécessaire à ce Congrès attendu et réclamé depuis longtemps, et pour rendre le séjour de Néris ausi agréable que possible à tous ceux qui voudront bien venir à cette occasion.

Néris, reine de la sédation, et véritable capitale des affections nerveuses, se devait à elle-même et à ses malades, d'organiser ces journées de la Neurologie et de les consacrer à l'étude des réactions du système neuro-végétatif, en un mot, de faire « le Congrès du sympathique ». Au premier abord, cette appellation fera peut-être un peu sourire, mais à la réflexion, chacun en reconnaîtra la justesse, et assurément elle ne peut manquer d'attirer sur Néris et sur son Congrès la sympathie universelle.

Ve Congrès international contre le rhumatisme. — Ce Congrès se tiendra du 3 au 8 septembre 1936 à Lund et à Stockholm (Suède), sous la présidence du professeur Sven Ingvar, de Lund.

Programme des rapports :

1° *Sujets médicaux :* a) Allergie dans les maladies rhumatismales ; b) Lecture des radiographies dans l'arthrite ; c) Nature de la myalgie ; d) L'aide de l'orthopédiste dans les maladies rhumatismales.

2° *Sujets sociaux :* a) L'état du logement chez le rhumatisant ; b) Les affections de l'épaule suivant les professions et les fonctions.

Droit d'inscription : 10 couronnes suédoises (35 fr. environ. — Secrétaire du Congrès : prof. G. Kahlmeter, Birgerjarlasgatan 36, Stockholm

Des excursions seront organisées à Stockholm et en Jämtland après la fin du Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser : au secrétariat de la Ligue française contre le Rhumatisme, 2, rue Guynemer, Paris (6e), qui tient des bulletins d'inscription à la disposition des médecins qui en feront la demande.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU RECRUTEMENT DES CHEFS DE TRAVAUX (1)

Ordre du jour voté par la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, dans sa séance du 5 mars 1936

La Fédération des Syndicats Médicaux de la Seine,

Considérant que l'essentiel de l'enseignement médical doit consister dans celui de la clinique,

Que les sciences physiques, chimiques et biologiques doivent être enseignées aux étudiants en médecine en fonction de leurs relations avec la pathologie et de leurs applications médicales,

Qu'il est donc indispensable que les chefs de travaux pratiques, dans quelque branche que ce soit, soient avant tout docteurs en médecine ;

Proteste auprès du Ministre de l'Education nationale contre les décisions contraires prises par le Conseil Supérieur de l'Instruction publique, *et compte* que les Doyens de Faculté, les Directeurs d'Ecole et tous les membres du corps enseignant s'opposeront à leur mise en pratique.

[Nos lecteurs trouveront plus loin le décret qui vient de paraître. On verra que le ministre n'a tenu aucun compte des protestations soulevées par le fameux article 13 du titre II. — *N. D. L. R.*]

---

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 20, p. 330 ; n° 18, p. 294 ; n° 14, p. 222 ; n° 13, p. 206.

ACTUALITÉS

HORMONES OVARIENNES

Nous ferons abstraction ici du rôle que joue l'ovaire dans le développement général de l'organisme ; bien qu'il soit mal connu dans son détail, son importance n'est guère contestée. Mais il est permis de penser que les facteurs en jeu sont différents de ceux qui agiront chez l'adulte puisque les tissus qui leur donnent naissance sont tantôt absents, tantôt et tout au plus en cours de développement.

Chez l'adulte, auquel nous limitons ici notre étude, ces hormones ovariennes sont de natures différentes selon le moment considéré. Elles sont engendrées selon un rythme cyclique propre à la glande et qui est la cause déterminante de la périodicité menstruelle.

A ce rythme autonome vient se superposer une influence régulatrice extraovarienne, témoignage de l'interdépendance endocrinienne dont nous avons donné divers exemples dans une précédente étude.

En l'état actuel de nos connaissances, il semble exister en tout et pour tout deux hormones ovariennes : *folliculine* et *lutéine*. On s'est montré avec Fels et Slotta disposé à distinguer deux lutéines (et jusqu'à 4, même avec d'autres conceptions) différentes de formule chimique et de point de fusion. Buttenandt a démontré récemment qu'il ne s'agissait que d'une seule et même substance. Folliculine et lutéine sont uniques chacune pour leur compte.

La *folliculine* est la plus anciennement connue puisque c'est aux travaux d'Allen et Doisy (1922) que l'on est redevable des premières constatations relatives à ses effets : production des phénomènes du rut d'où le nom d'œstrine qui date de cette époque et que certains auteurs continuent de lui donner.

Les travaux d'Aschheim et Zondek montrèrent la présence de folliculine en quantité appréciable dans l'urine de la femme enceinte ; Zondek reconnut plus tard la teneur extrêmement élevée en hormone des urines de la jument gravide. Entre temps, Buttenandt, Laqueur, Doisy avaient (1929) réussi à isoler la folliculine sous forme cristallisée. Il devint ainsi possible de remplacer l'unité physiologique (unité souris) par une unité pondérale. C'est ainsi que l'étalon international de Folliculine — unité pondérale d'hormone ayant remplacé les étalonnages antérieurs — a été établi grâce aux travaux français (Roussel). L'unité internationale correspond à 1/10.000 de milligramme de folliculine cristallisée.

Les études rendues possibles par l'isolement de l'hormone à l'état de pureté ont montré que ce produit peut aussi, pendant la grossesse, être sécrété par le placenta ; il a même été possible de mettre la folliculine en évidence dans les urines de l'homme et de mammifères mâles. On ignore entièrement du reste dans ce cas en quel point de l'organisme l'hormone est fabriquée. Il est non moins remarquable qu'on ait pu aussi la mettre en évidence chez des animaux inférieurs et même chez des végétaux. Cette ubiquité chez les êtres vivants de l'un et l'autre règne ne manque pas d'intérêt au point de vue de la biologie générale.

Les recherches expérimentales ont montré que la folliculine est avant tout une *hormone de développement utérin*. Son action sur l'ovaire est en effet nulle à petite dose ; les fortes doses semblent au contraire provoquer l'atrophie de la glande.

L'administration de folliculine provoque au contraire dans un court délai le développement du muscle utérin que l'on voit décupler d'épaisseur ; le tissu musculaire s'hyperplasie et remplace le tissu conjonctif si important dans la paroi de l'utérus quiescent. En même temps se développe à proportion le réseau circulatoire tant artériel que veineux. La muqueuse utérine s'épaissit également et atteint ou même dépasse 0 m. 01 d'épaisseur ; dans son épaisseur apparaissent de nombreuses glandes. Mais si forte que soit la dose on ne voit jamais cette muqueuse prendre l'aspect prégravidique.

A distance on voit en même temps la glande mammaire s'hypertrophier mais sans que se produise aucune sécrétion ; si la lactation existe la folliculine exerce même sur elle une influence inhibitrice.

Il s'agit donc d'une action que l'on pourrait à certains égards qualifier de féminisante. Elle se traduit de façon curieuse lorsqu'on injecte la folliculine à un sujet mâle : hyperplasie mammaire, atrophie testiculaire si la dose est assez forte, modification de la pilosité (ou du plumage). Ces effets sont d'autant plus remarquables que, comme nous l'avons dit plus haut, à l'état normal une certaine quantité de folliculine est présente dans l'organisme masculin.

On a pu isoler la folliculine ; elle se présente comme une substance blanche, cristallisant dans des formes qui diffèrent selon la température où se produit la cristallisation, dextrogyre (+162°5), et ayant son point de fusion aux environs de 256°. Cette substance est soluble dans l'éther de pétrole et aussi, mais à un bien moindre degré, dans l'alcool, l'éther et l'eau.

La formule globale en fait un corps ternaire : $C^{16}H^{22}O^{2}$; nous n'en reproduirons pas ici la formule de constitution, extrêmement compliquée, mais qui la rapproche incontestablement du cholestérol et des autres stérols ainsi que des acides biliaires. Comme le cholestérol elle est pourvue d'une fonction phénol et d'une fonction cétone. Buttenandt propose pour cette raison la dénomination de gynostérol pour la folliculine.

Cette parenté chimique a trouvé une confirmation physiologique dans les résultats de l'hydrogénation par catalyseur de la folliculine.

L'un des premiers produits d'hydrogénation est une hydrofolliculine, puis une trihydrofolliculine qui est une hormone naturelle que l'on peut mettre en évidence dans l'urine de la femme enceinte où elle existe en grande abondance. La déshydrogénation à haute température de cette hormone permet de reconstituer la folliculine.

En poussant au contraire plus avant l'hydrogénation on obtient une substance de même nature et de fonction physiologique apparentée qui, chez le coq castré, fait se développer la crête de la même façon que l'hormone mâle naturelle.

On peut donc supposer que c'est le cholestérol qui est la substance de base à partir de laquelle l'organisme forme normalement la folliculine (Marrion, Buttenandt). L'un des termes intermédiaires de la transformation est particulièrement important. Dénommé par Buttenandt « prégnandiol », il semble être le terme à partir duquel l'organisme édifie selon les circonstances soit l'hormone mâle, soit la folliculine, soit l'autre hormone ovarienne, la lutéine, dont les propriétés sont pourtant toutes différentes.

Au point de vue pharmacodynamique, il n'est pas moins intéressant de constater qu'on a pu fabriquer d'autres substances œstrogènes proches par certaines propriétés de la folliculine normale.

Au point de vue de la biologie générale, Cook a insisté sur la parenté avec les stérols, donc avec la folliculine et le cholestérol, de certains carbures cycliques qui ont la propriété de provoquer l'apparition de cancers viscéraux. Les propriétés carcinogénétiques et œstrogènes varient dans diverses proportions relatives selon la substance considérée, mais il est intéressant de noter que certains produits hautement œstrogènes sont puissamment carcinogénétiques, et que, d'autre part, d'après Loewe et Engel certains tissus cancéreux ont une haute teneur en produits œstrogènes ; et aussi que l'abondante prolifération cellulaire du début de l'œstruc offre des ressemblances histologiques certaines avec certains aspects histologiques du carcinome.

On peut donc trouver dans ces faits d'intéressantes hypothèses de travail touchant la carcinogénèse, l'origine métabolique de certains cancers et les déviations possibles des transformations du cholestérol dans l'organisme.

La *lutéine* n'est que depuis peu l'objet de connaissances vraiment précises.

Si l'ovaire joue un rôle incontestablement important dans la production de la folliculine, on ne peut soutenir qu'il soit indispensable à son existence puisque, comme nous l'avons dit plus haut, on peut la trouver en l'absence d'ovaire et chez les végétaux. La lutéine semble, au contraire, très directement conditionnée dans son existence par la présence de l'ovaire. Elle est sécrétée par le corps jaune soit pendant les dix jours qui précèdent le début des règles, soit pendant la grossesse.

La valeur endocrine du corps jaune était depuis de nombreuses années soupçonnée mais non prouvée. On savait depuis longtemps que chez la lapine les modifications de type gravidique subies par la muqueuse après le coït, fût-il stérile, ne se produisaient pas lorsqu'on supprimait les corps jaunes succédant à la ponte ovulaire que chez cet animal produit le coït ; que cette même suppression effectuée après le début d'une grossesse l'interrompait à coup sûr. En 1929, Corner et Allen obtenaient à leur tour chez la lapine une transformation prégravidique de l'endomètre au moyen d'extraits de corps jaunes ; les mêmes extraits, administrés à des lapines castrées immédiatement après le coït, permettaient une implantation normale de l'œuf impossible en leur absence et semblaient de plus avoir une influence directe sur la nutrition de l'œuf avant sa fixation. Brouha et Simonnet montrèrent aussi que comme l'avait auparavant constaté Weichert, l'action préalable de la folliculine était une préparation indispensable chez l'animal castré à l'action de la lutéine. Hisaw, puis Morell et Knaus montrèrent aussi les effets inhibiteurs de la lutéine sur la contractilité du muscle utérin. Tout récemment, grâce à Buttenandt et à des auteurs d'autres pays, on est enfin arrivé à obtenir cette hormone sous forme cristallisée et même à en réussir la synthèse, ce qui ouvre la voie à des essais chimiques systématiques.

La lutéine est, comme nous l'avons dit, très proche chimiquement de la folliculine. C'est un stérol, fragile puisque détruit par l'ébullition, l'oxydation, les acides et les bases faibles. De même que pour la folliculine l'ingestion per os est donc dépourvue de toute efficacité.

Sa formule globale est $C^{21}H^{30}O^{2}$; elle est susceptible comme la folliculine de revêtir deux aspects cristallographiques qui en ont imposé à certains auteurs pour deux isomères. Son point de fusion est 128°5. Sa formule de constitution, actuellement bien connue, la montre pourvue de deux fonctions cétoniques. Elle est contenue en faible quantité dans le corps jaune où elle voisine avec d'autres substances chimiquement apparentées et ne passe qu'en très faible quantité dans les urines durant la gravidité.

Tout récemment Buttenandt et Fernholz en ont réussi la synthèse à partir de la stigmastérine, stérol végétal extrait de la graine de soja ; le produit de cette synthèse semble doué sur l'utérus de la femme castrée et aux mêmes doses, des mêmes propriétés que la lutéine naturelle. Il semble qu'on puisse obtenir le même produit en partant du cholestérol ; on obtient d'abord un produit intermédiaire, dit prégnenolon, aisément transformable en lutéine.

Tel est peut-être le processus qui se déroule normalement dans l'ovaire puisque dans le corps jaune on trouve en même temps que la lutéine l'alloprégnenolon, très analogue au prégnenolon mais physiologiquement inactif. Seule la lutéine est active et il semble que la plus minime modification de sa formule de constitution, sans modification de sa formule brute, suffise à lui retirer toute activité. Des produits apparentés à la folliculine et pourtant beaucoup plus différents par leur constitution sont cependant œstrogènes.

Le rôle physiologique principal de la lutéine est la transformation de l'endomètre déjà influencé par la folliculine en endomètre prégravidique.

A ce stade, l'endomètre est, nous l'avons dit, hyperplasié et hypervascularisé ; la lutéine même chez une lapine en rut castrée lui donne, en 48 heures environ, les caractères de la prégravidité. La muqueuse devient extrêmement tomenteuse, très riche en cavités glandulaires tortueuses, sécrétant un liquide riche en glycogène. C'est l'aspect « en dentelle » caractéristique mais que la lutéine est impuissante à engendrer, quelle que soit la dose, si l'action de la folliculine ne s'est pas exercée auparavant.

Il semble, même, que l'action simultanée des 2 hormones puisse hâter cette transformation (Courrier) à

moins que la folliculine ne tienne trop de place dans le mélange.

La continuation du traitement par la lutéine finit par provoquer la transformation déciduale de la muqueuse.

La lutéine favorise la nidation de l'œuf fécondé, nidation impossible en son absence ou après disparition de l'ovaire.

En son absence, aucun œuf chez la lapine ne demeure vivant plus de 4 jours. Au contraire son action entrophique en prolonge la survie jusqu'à la fixation, laquelle n'a jamais lieu, à l'état normal, avant le 8e jour. La grossesse peut alors suivre son cours normal, même s'il y a eu castration intercurrente.

La lutéine possède une action suspensive de la tonicité utérine et de sa contractilité ; c'est sans doute à son action qu'est due la mollesse utérine du début de la grossesse. L'extrait hypophysaire même perd, de son fait, toute activité.

Au contraire, cette contractilité est stimulée, même à petite dose, par la folliculine qui en même temps abrège la survie de l'œuf non fixé.

La lutéine, enfin, directement ou indirectement, semble suspendre l'ovulation.

A noter aussi, chez certains mammifères supérieurs, l'action proliférative de la lutéine sur la glande mammaire, mais cette action ne porte que sur les canaux galactophores alors que la folliculine agit d'une façon analogue mais électivement sur les acini glandulaires.

On ne peut donc plus considérer comme on tendait à le faire il y a quelques années que folliculine, hormone de menstruation et lutéine, hormone de grossesse, soient des antagonistes. Il paraît bien plutôt qu'on doive les considérer comme douées d'actions alternatives et complémentaires. La folliculine modifie le muscle utérin et prépare la muqueuse ; la lutéine poursuit les modifications de l'endomètre et met la muqueuse en état gravidique. Si, vis-à-vis de l'œuf, elles agissent en partie de façon opposée, l'une restreignant, l'autre augmentant la survie de l'œuf encore en migration, il n'en demeure pas moins que la fixation ne se peut que sur la muqueuse où l'action de la lutéine a été rendue possible par l'action préalable de la folliculine. L'orientation générale semble plutôt être vers l'organisation de la vie intra-utérine de l'œuf.

Même coordination dans les effets accessoires sur la glande mammaire, où interviennent aussi des influences placentaires et hypophysaires.

Le rôle en thérapeutique de ces substances d'acquisition récente est encore mal connu ; il semble pourtant qu'à la condition expresse de l'introduction hypodermique elles puissent acquérir un intérêt pratique. Mais ici interviennent des conditions extramédicales ; si la folliculine peut être dès maintenant obtenue avec une certaine abondance, il n'en est pas de même pour la lutéine. Peut-être la synthèse à partir du cholestérol que la nature n'ignore peut-être pas, permettra-t-elle un jour prochain de tourner cet obstacle.

R. LEVENT.

A PROPOS D'UN CAS DE RAGE DÉCLARÉE CHEZ UNE FEMME TONKINOISE AU COURS DE SA GROSSESSE

Par M. G. CARTOUX.

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital indigène de Hanoï un cas de rage survenue chez une femme au terme de sa gestation.

Cette coïncidence est très rare et l'intérêt de cette observation réside surtout dans le fait qu'elle semble confirmer les travaux expérimentaux sur la non-transmissibilité de la mère au fœtus à travers le placenta.

OBSERVATION. — Ng. Thi Xuan, âgée de 27 ans, a été admise à l'hôpital indigène le 29 juin 1933, à huit heures du matin, pour rage déclarée et grossesse.

L'interrogatoire de la malade est impossible, mais ses parents nous apprennent qu'elle est au terme de sa grossesse et que les symptômes que nous constatons ont fait leur apparition dans le courant de la nuit qui précède. Elle aurait été mordue un mois auparavant, à la jambe gauche ; depuis, elle est restée dans son village, sans avoir été l'objet de soins particuliers.

La malade est très agitée, ses traits sont contractés, elle a peur. La vue d'un verre d'eau, ou le fait de lui souffler sur le visage, déclenche immédiatement une crise spasmodique avec gestes de défense et émission de sons inarticulés et rauques.

La température rectale est de 38°6.

Le pouls bat à 120, bien frappé.

L'examen obstétrical, difficile, n'a pu être pratiqué qu'en faisant maintenir la femme par des aides. Nous avons trouvé une hauteur utérine de 31 cm. L'utérus n'était pas en contraction en ce moment, et nous avons pu percevoir un fœtus en présentation longitudinale, tête en bas, fixée.

L'auscultation est positive, les bruits du cœur ne sont pas modifiés dans leur rythme. Le fœtus paraît dans un état parfait de vitalité.

Le toucher, étant donné les circonstances, n'a pas été pratiqué. Nous n'avons pas constaté d'écoulement au niveau de la vulve, et nous ne pouvons dire si le travail était commencé au moment de notre examen.

Connaissant d'une part la notion classique qui admet la non-transmissibilité de la rage de la mère au fœtus, et d'autre part l'évolution toujours fatale d'une rage déclarée, nous avons pratiqué une opération césarienne dans les délais les plus rapides, afin d'éviter à l'enfant les risques toujours possibles d'un accouchement spontané.

Césarienne corporéale avec anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Extraction d'un enfant du sexe masculin, bien constitué, qui crie aussitôt.

Poids : 3.050 gr.

Placenta : 490 gr., normal.

Dès la cessation de l'anesthésie, l'agitation et les crises spasmodiques reprennent et la malade meurt le jour même, vers 15 heures.

Par suite d'une erreur regrettable, le placenta n'a pu être examiné au point de vue histologique, mais nous rappelons que macroscopiquement il paraissait normal.

L'autopsie de la malade a été pratiquée par les docteurs Genevray et Dodero, de l'Institut Pasteur, qui ont fait les prélèvements nécessaires aux fins de contrôle et d'expérimentation.

L'enfant mis en observation à la maternité a été nourri au biberon. Sa famille l'a emmené au bout de 9 jours. Pendant son séjour nous n'avons rien constaté d'anormal (apyrexie, absence de vomissements,

de crises convulsives, la courbe de poids a eu une évolution normalement ascendante à partir du quatrième jour).

Dans la suite l'enfant a pu être surveillé par les docteurs Genevray et Dodero jusqu'à l'âge de 13 mois.

Ces auteurs ont publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* de juillet 1935 les résultats des diverses recherches qu'ils ont pratiquées, et nous leur sommes particulièrement reconnaissants d'avoir pu donner ainsi à cette observation un intérêt scientifique indubitable.

Voici d'ailleurs le compte rendu de ces recherches :

« A l'examen histologique du cerveau on a trouvé de nombreux corps de Negri.

Le 1er juillet 1933 une émulsion au 1/50 en eau physiologique du bulbe conservé quarante-huit heures en glycérine est injectée sous la dure-mère de deux lapins. Ceux-ci sont paralysés le 12 juillet 1933, soit après une incubation de 11 jours.

Un premier passage est effectué sur deux lapins qui contractent la rage le 28 juillet, après une incubation de 10 jours.

Un deuxième passage est effectué sur deux lapins qui contractent la rage le 13 août après une incubation de 9 jours.

Nous avons arrêté là nos expériences de contrôle, aucun doute ne pouvant subsister : Ng. Thi Xuan est morte de rage. Quel sera le sort de l'enfant ?

Après une mise en observation à la maternité l'enfant a été remis dans sa famille où nous l'avons surveillé régulièrement jusqu'à maintenant. Un bienheureux hasard a voulu qu'aucune des maladies si fréquentes chez les nourrissons annamites ne vienne troubler notre observation et aujourd'hui 30 juillet 1934 l'enfant âgé de 13 mois est en parfait état de santé et se développe normalement.

Si cet enfant, en dehors de toute contamination ultérieure, ne contracte pas la rage, c'est donc ou que le virus rabique maternel n'a pas traversé le filtre placentaire, ou qu'il l'a traversé en quantité trop faible pour donner la maladie, mais suffisante pour créer l'immunité.

Aussi voulions-nous, dès les tout premiers mois, rechercher si le sérum de l'enfant contenait des substances rabicides, seul test possible de l'existence de cette immunité ; ce n'est qu'au bout de 8 mois que nous avons pu décider le père à nous laisser pratiquer une prise de sang.

La recherche de substances rabicides a été faite en utilisant le sérum de l'enfant aux doses de 19, 9 et 5 parties pour une partie d'émulsion de virus fixe. Un animal témoin a été fait chaque fois en remplaçant le sérum par de l'eau physiologique. Les inoculations ont été faites par voie intracrânienne.

Tous les lapins mis en expérience ont été paralysés et sont morts dans les mêmes délais. A l'âge de huit mois l'enfant n'avait donc pas de substance rabicide dans son sérum.

Le temps d'observation nous paraît maintenant suffisant pour admettre que l'enfant n'a pas été contaminé par le virus de la mère à travers le filtre placentaire et pour écarter de lui toute suspicion de rage.

Même en admettant comme Konradi et Remlinger que la période d'incubation peut être considérablement augmentée chez le petit né d'une mère rabique, une telle incubation paraîtrait tout à fait anormale, surtout au Tonkin où la rage évolue avec une grande rapidité. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1936)

Dysostose cranio-faciale (maladie de Crouzon) chez un nouveau-né. Autopsie. Etude clinique et radiologique. — M. Trotot. Tous les caractères classiques de cette affection sont au complet, les déformations cranio-faciales ne s'accompagnant d'aucune malformation ni d'aucune atteinte viscérale. A noter : 1° la condensation osseuse marquée au niveau de la base, et l'amincissement des parties ectasiées de la voûte ; 2° la pathogénie mécanique de l'atrophie du nerf optique ; 3° l'absence de soudure complète des deux maxillaires supérieurs ; 4° le relèvement des os propres du nez sous la poussée de la bosse frontale.

Tuberculose consécutive à une suppuration pulmonaire. — MM. L. Kindberg et Blinder. Premier cas. Le terrain général et local est modifié et une tuberculose banale se développe après l'évolution ou la guérison de l'abcès.

Deuxième cas. L'abcès semble agir directement sur un ancien foyer tuberculeux et provoque l'explosion d'une tuberculose souvent grave.

Les auteurs apportent une observation de ce type, dans laquelle l'abcès s'est développé à la suite d'une intervention pour sinusite suppurée, et dans laquelle on a pu préciser la date de l'évolution tuberculeuse par l'examen répété des crachats. Les auteurs insistent sur la nécessité, en présence d'un abcès du poumon, de songer au dépistage d'une tuberculose imprévue.

Bradycardies et syncopes digestives. — M. Gutmann relate les accidents syncopaux survenus à l'occasion de la palpation de l'appendice chez un malade atteint d'appendicite chronique, à l'occasion d'une crise de colite ou de la recherche du réflexe oculo-cardiaque. Il pense que c'est le ralentissement du pouls qui a provoqué la syncope.

Diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire par la recherche du bacille dans le contenu gastrique. — M. Armand-Delille utilise cette méthode depuis 1925. Ses résultats sont les suivants :

Sur 52 cas de tuberculoses ulcéreuses, 52 résultats positifs ;

Sur 50 cas d'infiltrations évolutives, 38 positifs ;

Sur 17 cas de granulie, 9 positifs ;

Dans la primo-infection des nourrissons, sur 43 cas de formes évolutives, 22 positifs ;

Sur 185 enfants envoyés pour diagnostic, mais présentant des images thoraciques normales, dont 150 avaient une réaction positive, un seul cas de bacille positif.

L'auteur a employé systématiquement l'ensemencement sur Lœwenstein suivant la technique de Saënz et Costil.

Mycose pulmonaire à forme de tumeur primitive. — MM. Léon Kindberg, Maurice Parat et Henri Netter. Homme de 41 ans présentant un syndrome constitué par une dyspnée croissante, une toux quinteuse et un amaigrissement progressif. Il existait un gros foyer de la base gauche avec réaction pleurale. Pas de tuberculose. On pensa à un cancer primitif du poumon, que l'autopsie sembla tout

d'abord confirmer. Or, les examens histologiques démontrèrent qu'il s'agissait d'une tumeur mycosique (due à un Aspergillus) et les métastases s'avérèrent de même nature. On devra toujours rechercher la mycose devant une « tumeur » pulmonaire.

Deux cas de lipodystrophie. Etude humorale. — MM. Decourt, Guillemin et Demange. Dans les deux cas, disparition complète du tissu graisseux sous-cutané dans la moitié supérieure du corps et accumulation de graisse dans la moitié inférieure. Dans un de ces cas, le plus récent, on notait une grande augmentation des lipides et du cholestérol total du sérum, avec diminution du cholestérol estérifié.

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1936)

Hémoptysie foudroyante par communication directe d'un vaisseau et d'une bronche lobaire. — MM. Ameuille, Gautier et Iglesias-Bettaucourt. Deux hémoptysies foudroyantes produites par le mécanisme précité chez des malades atteints de pneumonie tuberculeuse du lobe inférieur gauche avec excavation juxta-hilaire de cette pneumonie. Dans un cas la pneumonie tuberculeuse était cachée derrière le cœur et échappait à tout contrôle clinique.

Syndrome hémoptoïque malin par anévrisme interstitiel du poumon. — MM. Ameuille, Willot, Iglesias-Bettaucourt et Mlle Delhomme. Quatre observations d'hémoptysies abondantes pendant plusieurs mois chez des tuberculeux pulmonaires graves. A l'autopsie : dans chaque cas, masses hématiques en plein parenchyme. Il s'agissait d'anévrismes du type Rasmussen, développés sur des vaisseaux pulmonaires à la faveur de vascularite et de péri-vascularites tuberculeuses segmentaires. Ces anévrismes interstitiels se développent en plein parenchyme en contact avec le tissu pulmonaire. Ces faits rendent compte de certaines hémoptysies foudroyantes.

Etudes cliniques prémonitoires à l'exérèse du cancer pulmonaire. — MM. Ameuille, Ménégaux, Demirleau et Lemoine. Il convient d'insister sur les efforts d'extirpation poursuivis surtout par R. Monod. Les essais demeurent le plus souvent infructueux pour trois raisons : 1° Diagnostic difficile et tardif ; la certitude de l'existence d'un cancer pulmonaire n'étant acquise qu'après biopsie. Jusque-là, on peut extirper des lobes non cancéreux.

2° Diagnostic imparfait des adhérences et des extensions. Exploration indispensable pour chaque cas des groupes ganglionnaires cervicaux et axillaires, exploration radiologique du médiastin, nécessité d'une bronchoscopie systématique et d'un pneumothorax artificiel.

On a pu noter des résultats heureux de cette intervention.

M. Justin-Besançon estime que le plus important est la nécessité de faire un diagnostic précoce pour intervenir hâtivement et pour cela s'aider précocement de la radiologie, de la bronchoscopie et de la thoracotomie exploratrice. C'est d'ailleurs aussi l'opinion du professeur Sergent.

Enfin M. Monod rappelle que les Anglo-Américains ont à leur actif une vingtaine de cas de guérison, tandis qu'en France l'intervention a toujours été trop tardive. Dans deux cas opérés par lui, l'intervention a toujours été trop tardive.

M. Rist insiste sur l'utilité de la bronchoscopie exploratrice pour un diagnostic précoce.

Forme fruste de maladie d'Addison. — MM. Labbé, Boulin, Thiéry et Ulmann. Particularités de ce cas : hypotension artérielle inexistante, pas d'hypersensibilité à l'insuline ; par contre, syndrome humoral habituel dominé par l'hypochlorémie et l'hyponatremie. Le meilleur effet thérapeutique fut dû au sérum chloruré hypertonique injecté par voie interveineuse.

Fistule duodéno-colique par cancer du côlon. — MM. Carnot et Caroli. Observation d'une fistule duodéno-colique par évolution d'un cancer du côlon, ce qui constitue une complication très rare. L'examen radiologique put faire faire le diagnostic. Le trajet fistuleux était creusé dans le tissu humoral néo-formé.

Mort apparente au cours d'un coma barbiturique. Injection intra-cardiaque de strychnine, d'ouabaïne et d'adrénaline. Guérison. — M. Auzepy. Au cours d'un coma barbiturique : mort apparente. Injection intra-cardiaque de 4 cgr. de strychnine, de 1/4 de mgr. d'ouabaïne et d'un milligramme d'adrénaline. Guérison au bout de trois semaines. A signaler l'incroyable tolérance du cœur.

Hoquet post-sérothérapique. — MM. Mironescu et Lazarescu. Homme de 57 ans traité par la sérothérapie anticharbonneuse pour pustule maligne. A la suite de ce traitement, apparition d'une éruption sérique et d'un hoquet persistant.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1936)

De quelques erreurs alimentaires ou thérapeutiques habituelles chez les malades de l'intestin. — M. Carli a observé, à l'hôpital militaire thermal de Châtelguyon, un certain nombre de malades atteints d'entéro-colite, victimes d'erreurs ou de restrictions alimentaires, de régimes avitaminés, ou dont l'état a été aggravé par une mauvaise interprétation des prescriptions thérapeutiques.

Un cas d'érythrodermie consécutive à une vaccination associée. — M. G. Andrieu étudie un cas d'érythrodermie post-vaccinale, consécutive à une injection de vaccin associé antitypho-paratyphoïdique, antidiphtérique, et souligne l'extrême rareté d'accidents similaires. Après discussion des diverses pathogénies possibles, il interprète cette érythrodermie comme un accident d'intolérance.

Péricardite rhumatismale à début angineux. — MM. G. Andrieu, A. Tourniaire et J. Passa rapportent l'observation d'un sujet de 21 ans qui, après une angine pultacée banale, présenta au douzième jour de la maladie et pendant plusieurs heures une douleur précordiale angoissante du type de l'angine de poitrine. Ce n'est que trois jours plus tard que l'on put mettre en évidence un frottement péricardique, dont l'étiologie rhumatismale fut révélée le lendemain, quand apparurent les douleurs articulaires.

Le traitement de la gale par le benzoate de benzyle. — MM. L. Jame et Mauvais rapportent les excellents résultats qu'ils ont obtenus grâce à ce traitement rapide, commode, efficace et parfaitement toléré.

A propos d'un traumatisme du coude. — M. Chappoux présente l'observation d'un soldat qui, après une luxation spontanément réduite d'un coude, consécutive à une chute sur la paume de la main, rompit, la peau restant intacte, toutes les parties molles de la région antéro-interne du coude. L'examen radiographique ayant éliminé toute lésion osseuse, une intervention permit de suturer la synoviale, la capsule, les muscles épitrochleins et la ligature de la veine basilique rompue et thrombosée. Le résultat fonctionnel fut excellent. L'auteur discute la conduite à tenir dans les cas limites.

Le paludisme élément de diagnostic différentiel des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite. — M. Fon-

TEIX relate une observation recueillie en Corse, d'un cas de paludisme simulant à tel point l'appendicite aiguë que l'indication opératoire a pu être posée fermement. Seul, l'examen extemporané du sang et l'épreuve thérapeutique ont pu écarter au dernier moment l'intervention.

M. BAUDET rapporte les excellents résultats obtenus dans **trois cas de furoncles de la lèvre supérieure traités par la roentgenthérapie,** qui constitue la seule arme thérapeutique vraiment efficace.

Sur le rhumatisme articulaire aigu. — MM. DIZAC et VALATZ en étudient l'épidémiologie et constatent le parallélisme qui existe entre la morbidité des angines et rhinopharyngites et celle du rhumatisme articulaire aigu, et en soulignent l'importance en milieu militaire.

Puissance du courant sanguin et régime circulatoire. — La formule relativement simple que proposent MM. HENRI et FERRY leur permet de calculer approximativement, chez un sujet normal, *l'indice de puissance* du courant sanguin dans un segment artériel déterminé. Elle leur semble, par là même, susceptible de refléter assez exactement les variations plus ou moins importantes subies par le régime circulatoire dans le territoire considéré.

Névrite optique, premier symptôme d'une sclérose en plaques. — MM. EDMOND et J. DUGUET.

Leucémie aiguë, angine ulcéro-nécrotique uni-latérale. Evolution très rapide ; mort par œdème glottique. — M. POIRIER.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1936)

Un émouvant et officiel hommage est rendu à la mémoire du Dr Léon Frey, chargé du cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris, par les docteurs Bloch, Chompret, Ch. Ruppe, Chevallier-Oppenot et Rousseau-Decelle.

La séance est levée pendant quelques minutes.

M. CARVALLO présente un **nouveau procédé d'emboutissage des couronnes métalliques.**

MM. LEBOURG, Jean WEILL et FRÉCHIN apportent l'observation d'un **cas de purpura hémorragique avec anémie et granulocytopénie, stomatite gangréneuse avec nécrose du rebord alvéolaire.** Guérison après transfusions répétées et extraction des quatre dents de sagesse.

MM. DECHAUME et DÉLIBÉROS présentent une observation **d'ulcération trophique du maxillaire supérieur** chez une opérée de neurotomie rétro-gassérienne totale.

MM. VINZENT et LEHMANS (du Havre) exposent un important travail sur **l'étude de la flore anaérobie de la bouche** et son utilisation en thérapeutique.

M. CROCQUEFER rapporte un **cas de kyste dentifère contenant deux dents permanentes.**

M. PONT (de Lyon) expose un **cas de fracture nasale avec enfoncement de la région frontale,** opérée puis appareillée à l'aide d'une prothèse métallique interne.

Pronostic et tempérament. De l'importance de la constitution morpho-physiologique dans l'évolution des maladies, par le docteur Franck TISSOT (de Saint-Gervais). Préface de M. le professeur SERGENT. Un volume in-8° raisin, 108 pages, 30 figures. — Prix : 18 fr. — Paris, Vigot Frères.

DOCUMENTS OFFICIELS

STATUT DES AGRÉGÉS, CHEFS DE TRAVAUX ET ASSISTANTS DES FACULTÉS DE MÉDECINE

TITRE Ier

DES AGRÉGÉS

Art. 1er. — Les agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont institués pour neuf ans à l'issue d'un concours dont les conditions sont fixées par arrêté ministériel.

Art. 2. — Les agrégés participent aux examens.

Ils remplacent pour une durée d'un mois au maximum les professeurs absents.

Ils sont chargés des cours prévus par les articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885. Ils peuvent également être chargés de diriger les travaux pratiques. D'une façon générale, les agrégés remplissent une fonction d'enseignement théorique, technique ou clinique, soit dans les enseignements préparatoires au doctorat en médecine et au diplôme de pharmacien, soit dans les enseignements complémentaires.

Art. 3. — Les agrégés en exercice siègent à l'assemblée de la faculté en nombre au plus égal aux deux tiers du nombre des chaires.

Quand l'effectif des agrégés est supérieur au nombre ainsi déterminé, la priorité est accordée en premier lieu aux agrégés pérennisés, en second lieu aux agrégés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques et aux chefs de travaux agrégés, en troisième lieu aux agrégés chargés d'une autre fonction d'ordre didactique, technique ou clinique.

Dans chaque catégorie, la priorité est déterminée par l'ancienneté d'agrégation et, le cas échéant, par l'âge.

Art. 4. — Seuls les agrégés peuvent être pourvus d'un enseignement théorique régulier dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Art. 5. — Toutefois il peut être dérogé à cette règle, après avis du conseil de la faculté :

1° Lorsqu'il s'agit d'une suppléance temporaire ne dépassant pas un an ;

2° Lorsqu'il s'agit d'un enseignement complémentaire spécial pour lequel il n'y aurait aucun candidat agrégé ;

3° A l'égard de personnalités savantes, en raison de l'importance de leurs travaux, après avis favorable de la commission compétente du comité consultatif de l'enseignement supérieur public ;

4° A l'égard de personnes qui, au moment de la publication du présent décret, seront chargées d'enseignement dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Art. 6. — Dans la limite des emplois inscrits aux budgets de l'État et des universités, les agrégés chargés depuis trois ans au moins d'un service normal d'enseignement ou de travaux pratiques correspondant à une moyenne de trois séances par semaine pendant l'année scolaire sont, dans les formes et sous les réserves prévues aux articles ci-après, pérennisés dans leurs fonctions jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions fixées par la loi pour l'obtention d'une pension de retraite.

Art. 7. — La pérennisation est prononcée par le ministre, sur proposition du conseil de la faculté et après avis conforme de la commission compétente du comité consultatif de l'enseignement supérieur public, qui établit, le cas échéant, un ordre de priorité.

Art. 8. — Les agrégés inscrits à la patente pour l'exercice des professions libérales ne peuvent faire l'objet d'une proposition de pérennisation.

Tout agrégé qui s'inscrit à la patente postérieurement à sa pérennisation, perd le bénéfice de celle-ci. S'il a dépassé sa neuvième année d'exercice, il cesse aussitôt ses fonctions.

Art. 9. — Par dérogation à la règle prévue à l'article 8, les agrégés en exercice au moment de la publication du présent décret et inscrits à la patente restent soumis aux dispositions du décret du 4 mars 1914 relatives à la pérennisation.

Art. 10. — Suivant les besoins du service, et dans la limite des emplois disponibles, les agrégés arrivés au terme de leur neuvième année et les agrégés libres peuvent être rappelés à l'exercice, sur proposition du conseil de la faculté et après avis favorable de la commission compétente du comité consultatif de l'enseignement supérieur public. Ce rappel à l'exercice est accordé pour une période de un, deux ou trois ans. Il est renouvelable.

Les agrégés rappelés à l'exercice peuvent être pérennisés dans les conditions prévues au présent décret.

TITRE II

DES CHEFS DE TRAVAUX

Art. 11. — Le service des travaux pratiques dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie est assuré, en principe, par des chefs de travaux ; ceux-ci reçoivent les directives des professeurs intéressés.

Une direction de travaux pratiques ne peut constituer un emploi autonome que si elle correspond à un service normal d'au moins trois séances par semaine pendant l'année scolaire. Les travaux pratiques de deux disciplines voisines peuvent constituer un emploi autonome si la somme des deux services satisfait à la règle ci-dessus.

Dans les autres cas, la direction des travaux pratiques est soit intégrée dans le service normal d'un agrégé chargé d'enseignement ou d'un assistant, soit rétribuée par une indemnité calculée sur le taux des cours complémentaires. Une séance de travaux pratiques est considérée comme équivalente à une heure de cours.

Art. 12. — Les chefs de travaux sont nommés pour un an par le ministre, après proposition du conseil de la faculté. Leur nomination est renouvelable dans les mêmes conditions.

Art. 13. — Nul ne peut être nommé chef de travaux s'il ne satisfait à l'une des deux conditions ci-dessous :

1° Avoir été institué agrégé d'une faculté de médecine ou d'une faculté mixte de médecine et de pharmacie ;

2° *Etre titulaire de l'un des grades suivants : docteur en médecine, pharmacien, docteur ès sciences, et être inscrit sur une liste d'aptitude dressée par la commission compétente du comité consultatif de l'enseignement supérieur public, dans les conditions prévues à l'article 2 du décret du 12 janvier 1912.*

Art. 14. — Les chefs de travaux qui ne sont pas inscrits à la patente pour l'exercice des professions libérales peuvent être titularisés dans leurs fonctions après un stage de trois ans, sur la proposition du conseil de la faculté et après avis favorable de la commission compétente du comité consultatif de l'enseignement supérieur public.

Les années d'agrégation valables pour la pérennisation entrent en compte dans les trois années de stage.

Tout chef de travaux titulaire qui se fait inscrire à la patente perd le bénéfice de sa titularisation et est soumis au renouvellement annuel de sa nomination.

Art. 15. — A titre de mesure transitoire, les chefs de travaux en exercice dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie au moment de la publication du présent décret et soumis à la nomination annuelle pourront être renouvelés dans leurs fonctions et pourront également être titularisés dans les formes prévues aux articles 12 et 14.

Art. 16. — Par dérogation aux dispositions de l'article 13, le ministre peut, sur proposition du conseil de faculté intéressé, déléguer un chef de travaux temporaire, sous ré-

serve qu'il justifie soit du grade de docteur en médecine, soit du grade de pharmacien, soit du grade de docteur ès sciences.

La délégation est accordée pour un an au plus. Elle peut être renouvelée, sans jamais excéder une durée totale de trois ans.

Tout chef de travaux délégué temporaire ne perçoit qu'une indemnité non soumise à retenue pour la constitution d'une pension de retraite et, au plus, égale au traitement net de la dernière classe des chefs de travaux.

Art. 17. — Un agrégé en exercice nommé chef de travaux titulaire cesse d'appartenir au cadre des agrégés et il est soumis aux obligations de son nouveau cadre. Toutefois, il continue à participer aux examens ; il siège à l'assemblée de la faculté, dans les conditions prévues à l'article 3.

Art. 18. — Un chef de travaux titulaire s'il a été institué agrégé depuis plus de trois ans peut être nommé agrégé pérennisé dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles 6, 7, 8 et 9 ci-dessus.

Il assure alors une fonction d'enseignement et abandonne son emploi de chef de travaux.

TITRE III

DES ASSISTANTS

Art. 19. — Les professeurs des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie disposent d'assistants pour les seconder dans les laboratoires de recherches et pour les travaux pratiques.

Un emploi d'assistant correspond obligatoirement à un service normal pendant toute l'année scolaire. Deux services relevant de disciplines voisines peuvent être réunis pour constituer un emploi d'assistant.

En dehors de cette exception et du cas où le service d'assistant est complété par la direction de travaux pratiques (art. 11, § 3), tout service incomplet ne peut être confié qu'à des préparateurs temporaires rétribués par une indemnité non soumise à retenues pour pensions civiles, exclusive de toute autre indemnité.

Art. 20. — Les assistants sont nommés pour un an par les recteurs d'académie, après proposition du conseil de la faculté. Leur nomination est renouvelable dans les mêmes conditions.

Les préparateurs temporaires sont nommés pour un an par les recteurs d'académie sur proposition du doyen. Leur nomination est renouvelable dans les mêmes conditions.

Art. 21. — Nul ne peut être nommé assistant s'il ne justifie, soit du grade de docteur en médecine, soit du grade de pharmacien, soit du grade de licencié ès sciences.

Art. 22. — Les assistants qui ne sont pas inscrits à la patente pour l'exercice des professions libérales peuvent être titularisés dans leurs fonctions après un stage de trois ans. La titularisation est prononcée par le recteur sur propostion du chef de service et après avis conforme du conseil de la faculté.

Le stage préalable n'est pas exigé des assistants qui remplissent les conditions prévues à l'article 13 pour être nommés chef de travaux.

Tout assistant titulaire qui s'inscrit à la patente perd le bénéfice de sa titularisation et est soumis au renouvellement annuel de sa nomination.

Art. 23. — Les agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie peuvent occuper des emplois d'assistants.

Quand ils sont nommés assistants titulaires, ils cessent d'appartenir au cadre des agrégés et sont soumis aux obligations de leur nouveau cadre.

Toutefois, ils continuent à participer aux examens ; ils siègent à l'assemblée de la faculté dans les conditions prévues à l'article 3.

Art. 24. — Les assistants stagiaires en fonction au moment de la publication du présent décret ne seront pas soumis aux dispositions des articles 21 et 22 ci-dessus. Aucune autre dérogation ne pourra être accordée.

TITRE IV

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 25. — Toutes dispositions antérieures contraires au présent décret sont abrogées, en particulier le titre III du statut du 16 novembre 1874 et les décrets du 4 mars 1914 et du 13 mars 1924.

(*J. O.*, 13 mars 1936.)

LIVRES NOUVEAUX

Endocrinologie (1), par Noël FIESSINGER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker.

Bien que ce livre ait pour but d'être le premier livre d'endocrinologie pour l'étudiant, il est susceptible de rendre des services au médecin, en fixant pour lui, dans un domaine particulièrement étendu, l'état de nos connaissances.

Le cadre de l'endocrinologie est très vaste, si on comprend sous ce nom tous les organes, tous les tissus, toutes les cellules qui possèdent une sécrétion interne. — Le professeur Fiessinger n'a conservé dans cette étude que ce qui concerne le médecin, limitant son étude aux seules glandes endocrines dont on connaît une ou des hormones. — C'est donc uniquement l'endocrinologie glandulaire qui sera étudiée ici et seulement dans une orientation médicale et clinique, en réduisant au strict minimum l'étude expérimentale et physiologique. L. G.

Applications pratiques de la transfusion sanguine. Indications et contre-indications, choix des donneurs et détermination du groupe sanguin. Techniques usuelles et techniques d'exception (2), par Roger MOLINE, interne des hôpitaux de Paris.

L'actualité de la transfusion est due non seulement à une vogue incontestable (que certains pourraient considérer comme arbitraire ou excessive), mais encore à de multiples raisons scientifiques, techniques et pratiques. Le meilleur témoignage de l'intérêt actuel de la question est fourni par les nombreuses discussions qui sont survenues dans les Sociétés médicales et par le rapport du Congrès de chirurgie de 1933 de MM. Papin et Wilmoth, rapport consacré à la thérapeutique des ulcères gastro-duodénaux et dans lequel certaines indications particulières de la transfusion sont bien mises en évidence. Le grand nombre de thèses récemment soutenues montre aussi combien les problèmes de la transfusion passionnent le corps médical.

Le praticien est fréquemment amené à poser les indications d'une transfusion sanguine. Peut-il être amené à en réunir les conditions d'exécution ? Peut-il être conduit à la faire lui-même ? Ces éventualités sont admises maintenant par tout le monde. Les points de beaucoup les plus importants pour le praticien se trouvent concentrés autour des faits suivants :

1° Discussion des indications et contre-indications ;
2° Sélection sévère des donneurs ;

(1) Collection des Initiations médicales. In-8 de 152 pages avec 19 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ». Grand in-8 de 60 pages avec 12 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

PADERYL

DRAGÉES

à base de

BROMHYDRATE DE PAPAVÉRINE . . .	0,03
DE CODÉINE	0,02
EXTRAIT DE VALÉRIANE STABILISÉE. .	0,10
DE JUSQUIAME STABILISÉE. .	0,035

CALMANT DE LA TOUX
SÉDATIF NERVEUX

DOSES. — **Adultes : De 2 à 6 Dragées par jour**

à avaler sans les croquer.

Enfants : selon l'âge.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie, *20, Rue des Fossés-Saint Jacques*, PARIS

LES LAMPES VEILLEUSES AU NÉON PHILIPS



pour hôpitaux, hôtels, chambres d'enfants, permettent d'y maintenir en permanence un éclairage très atténué qui ne fatigue pas la vue. Elles ne consomment que 2 watts.

LA LAMPE PHILIPS DUOLUMECO



à deux intensités lumineuses différentes de 25 ou 4 watts permet son emploi pour l'éclairage normal et en veilleuse. Demandez tous renseignements à

PHILIPS

E.W. 2, CITÉ PARADIS, PARIS (X^e^)

3° Emploi d'une technique sûre et commode, telle que la transfusion sanguine entre dans le cadre des interventions que le professeur Gilbert groupait sous le nom de petite chirurgie médicale, domaine qu'il attribuait en propre au praticien. Ce sont ces différents points que l'auteur étudie. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES

Sous ce nom, on entend *toutes les suppurations localisées de l'étage sus-mésocolique*. Qu'il s'agisse d'une suppuration véritablement sous-phrénique, à développement supérieur, ou plus rarement d'une collection à développement abdominal ou lombaire supérieur, ce sont des affections de *diagnostic délicat*, dont la localisation exacte est souvent malaisée et qui nécessitent une *sanction opératoire large et aussi précoce que possible*.

ETIOLOGIE

Surtout rencontrés chez l'adulte. Trois causes essentielles :

Les perforations d'ulcus gastriques ou duodénaux (plus de 60 % des cas) ;

L'appendicite (20 à 25 %) ;

Les affections hépato-biliaires, surtout les cholécystites suppurées.

Très accessoirement : les autres suppurations de voisinage : pancréatiques, rénales, spléniques, pleurales ; une perforation du côlon, une plaie pénétrante, un hématome suppuré.

Abcès métastatique secondaire à une collection suppurée éloignée, à une septico-pyohémie.

Enfin des abcès assez nombreux, dont la cause reste inconnue, même après l'intervention.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La localisation de ces péritonites est expliquée par : *leur siège* : entre diaphragme et mésocôlon tranverse, les *ligaments péritonéaux* cloisonnent normalement la région et limitent avec le foie *plusieurs loges*. *Les adhérences pathologiques* édifiées progressivement par l'affection causale accentuent ce cloisonnement.

La virulence atténuée des germes.

La septicité moindre des liquides contenus dans estomac et voies biliaires.

1° **Les abcès interhépato-diaphragmatiques** développés entre foie et diaphragme sont *les seuls vrais abcès sous-phréniques*. Ils *soulèvent le diaphragme* et leur siège haut situé explique leur *symptomatologie thoracique*.

A droite du ligament suspenseur, ils relèvent parfois d'une cholécystite, d'un ulcère duodénal, en règle d'une appendicite. Ils sont tantôt hauts, de volume limité, d'évolution purement thoracique, tantôt volumineux et constituant des collections à la fois sus et sous-hépatiques.

A gauche, d'origine ulcéreuse, ils réalisent parfois des collections à double évolution thoracique et abdominale.

2° **Les abcès sous-hépatiques** développés au-dessous du lobe droit du foie, secondaires le plus souvent à une perforation vésiculaire. Ils évoluent souvent vers la paroi abdominale antérieure et réalisent alors un tableau beaucoup plus explicite de *péritonite localisée sus-ombilicale*.

3° *Les abcès de la loge splénique* (suppurations d'origine splénique).

4° *Les abcès de l'arrière cavité* (pancréatite suppurée, perforation d'un ulcus gastrique postérieur).

5° *Les abcès rétro-péritonéaux*, rares, secondaires en règle à une appendicite rétro-cœcale, le pus remontant dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal et fusant vers l'hiatus costo-lombaire. Allure de phlegmon périnéphrétique haut situé.

Dans tous ces abcès, il faut insister sur :

La multiplicité possible des poches, d'où la nécessité d'une exploration opératoire soigneuse effondrant les cloisons et ouvrant les diverticules.

La fréquence des abcès pyo-gazeux, qu'il s'agisse de fermentation anaérobie ou d'air venu d'un viscère creux.

CLINIQUE

Nous prendrons pour type de description :

LES ABCES INTER-HEPATO-DIAPHRAGMATIQUES

les plus fréquents, les seuls véritablement sous-phréniques, posant un problème diagnostic particulièrement difficile, de thérapeutique chirurgicale également délicate.

Le début en est très variable.

Rarement net, exceptionnellement un tableau de perforation viscérale qui tourne court en l'absence d'intervention.

Parfois, une crise ulcéreuse ou vésiculaire particulièrement marquée et rebelle, et suivie de l'installation progressive d'un tableau d'infection.

Souvent trompeur, apparition soudaine de frissons, d'un point de côté bas situé, de toux, de dyspnée, évoquant *le début d'une affection thoracique*.

Souvent insidieux, une température progressivement ascendante, une altération progressive de l'état général, avec amaigrissement et sueurs font songer à une affection médicale (typhoïde, bacillose, voire paludisme).

Le diagnostic reste hésitant.

L'ABCES COLLECTE

Peu à peu, en quelques jours ou quelques semaines, les symptômes se précisent davantage. C'est à ce moment que le chirurgien est appelé ordinairement à voir le malade.

C'est un suppurant. — *L'amaigrissement* est rapide, précoce, toujours marqué.

Le facies est celui d'un infecté, le teint terreux, les traits tirés. La langue est sèche et saburrale.

La température est élevée, tantôt en plateau, tantôt oscillante ou rémittente.

Le pouls reste toujours rapide, traduisant la gravité de l'infection.

Les sueurs sont fréquentes, surtout nocturnes.

Les urines sont diminuées, albuminuriques. *La diarrhée* est fréquente.

Enfin la numération globulaire montre une *polynucléose très élevée*, témoin de la suppuration.

L'interrogatoire fera préciser le mode de début des accidents ; recherchera l'existence **d'antécédents** qui pourraient orienter le diagnostic. *Parfois nets* :

Troubles dyspeptiques à caractère ulcéreux, réalisant parfois toute la symptomatologie d'un vieil ulcus calleux.

Crise récente d'appendicite qui a traîné ;

Crise vésiculaire, accidents de lithiase biliaire,

Souvent frustes : quelques troubles dyspeptiques vagues, mais périodiques, quelques douleurs, de l'hypochondre droit à irradiations scapulaires.

Souvent, on ne retrouve aucun antécédent net.

(A suivre.) CHRISTIAN PIERRA.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION. 17, RUE CASSETTE.

N° 24. — SAMEDI 21 MARS 1936. 109e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — *Epreuve sur titres.* — M. Frain, 10; Mmes Tédesco, 11; Baude, 9; MM. Amiot, 8; Strouzer, 7; Peuteuil, 11; Lebouchard, 6; Brunet, 11.

— *Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1936-1937.* — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1936-1937, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 20 avril 1936) : internes entrant effectivement en 4e et en 3e année, le mercredi 1er avril 1936, à 15 h.; internes entrant effectivement en 2e année, le jeudi 2 avril 1936, à 15 h.; internes entrant effectivement en 1re année, le samedi 4 avril 1936, à 15 h.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 5 mai 1936) : externes en premier, le samedi 4 avril 1936, à 17 h.; ceux de 6e année (externes ayant concouru en 1930), le lundi 20 avril 1936, à 15 h.; ceux de 5e année (externes ayant concouru en 1931), le mardi 21 avril, à 15 h.; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1932), le jeudi 23 avril, à 15 h.; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1933), le samedi 25 avril, à 15 h.; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1934), le mardi 28 avril, à 15 h.; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1935), du n° 1 au n° 200 (rang de classement au concours), le mercredi 29 avril, à 15 h.; du n° 201 à la fin, le jeudi 30 avril, à 15 h.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

HÔPITAUX DE PROVINCE. Rouen. — Un concours pour la nomination d'un médecin électro-radiologiste adjoint s'ouvrira le jeudi 11 juin 1936, à l'hôpital de la Salpêtrière, à Paris.

Se faire inscrire au secrétariat des hospices civils de Rouen, 1, rue de Germont (enclave de l'hospice général). — La liste d'inscription sera close le 16 mai 1936, à 18 h.

AGRÉGATION. — La commission prévue à l'article 27 de l'arrêté du 31 juillet 1934 se réunira à la Faculté de médecine de Paris le jeudi 26 mars 1936, à 10 h., pour procéder au tirage au sort en vue de la constitution des jurys du concours d'agrégation de médecine de 1936.

GUERRE. (Active.) — Sont promus :

Au grade de médecin général. — MM. les médecins colonels Pheulpin, en remplacement de M. le médecin général Massip, placé dans la section de réserve; Hornus, en remplacement de M. le médecin général Malaspina, placé dans la section de réserve; Carayon, en remplacement de M. le médecin général Prat, placé dans la section de réserve; Martin, en remplacement de M. le médecin général Plisson, promu; Schneider, en remplacement de M. le médecin général Sandras, placé dans la section de réserve.

Au grade de pharmacien général. — M. le pharmacien colonel Mancier, en remplacement de M. le pharmacien

général Moreau, placé dans la section de réserve, à compter du 29 mars 1936 Pour prendre rang du 29 mars 1936.

— Mutations :

M. le médecin général inspecteur Lévy, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé, est nommé directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée.

M. le médecin général Paître, professeur agrégé au Val-de-Grâce, médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, est nommé directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

M. le médecin général Carayon, nouvellement promu, nommé directeur du Service de santé de la 2e région, à Amiens.

M. le pharmacien général Mancier, nouvellement promu, nommé inspecteur des services pharmaceutiques de l'armée, membre du Comité consultatif de santé et membre du Comité supérieur de surveillance des eaux destinées à l'alimentation de l'armée.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — Dans sa dernière séance le Conseil d'administration de l'A. D. R. M. a procédé à l'élection de son bureau pour 1936 : président, M. Hartmann; vice-présidents, MM. Sergent, Michon et Gastou ; secrétaire général, M. Baudouin; trésorier, M. Lemaître; conseiller juridique, M. Boudin.

Le Comité franco-japonais a fait publier dans des revues françaises trois articles envoyés du Japon par MM Miura, Tamura et Kihara, et Yasmaga; réciproquement ont été publiés dans des revues japonaises trois articles de MM. Fiessinger, Hartmann et Saint-Girons. De plus, M. Motte publie à Tokio une revue mensuelle des livres médicaux français.

Demande pour une ville d'eaux étrangère de deux médecins dont un chargé d'un laboratoire d'analyses.

Lettre demandant à l'A. D. R. M. d'entrer en relations avec le Syndicato nazionale medici. Même demande de la Société de relations culturelles de l'U. R. S. S. (V. O. K. S.)

Communication de MM. Soupault et Thalheimer, retour d'Egypte, exposant que tous les médecins ayant passé 45 ans parlent français, que les jeunes parlent anglais, et sur l'utilité qu'il y aurait à essayer de retenir pendant quelques jours à Paris les médecins égyptiens se rendant à Londres.

M. Pierra demande à l'A. D. R. M. de désigner un rapporteur sur la question de l'enseignement et de la pratique médicale dans les pays latins, question qui doit être discutée à Venise en fin septembre, au Congrès de la Fédération de la Presse médicale latine.

CONFÉRENCES. — M. le professeur Henrique Roxo, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro, fera le dimanche 22 mars 1936, à 10 h. 1/2, à l'asile Sainte-Anne (service de M. le professeur Claude), une conférence sur les délires spirites épisodiques dans les classes populaires de Rio de Janeiro, et le vendredi 3 avril, à 10 h. 1/2, à la Salpêtrière (service du professeur Guillain), une conférence sur le déséquilibre vago-sympathique dans les maladies mentales.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. le professeur Romiti, professeur d'anatomie à l'Université de Pise, décédé à Carrare; le professeur John Haldane, le grand spécialiste anglais des voies respiratoires; le docteur Paul Aubry, fils du docteur Edmond Aubry, médecin chef de l'asile de Maréville; le docteur G.-L. Hirne, ancien interne des hôpitaux de Paris (promotion 1871), décédé à Nice ; M. Legry, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, décédé à Paris, à l'âge de 78 ans.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU RECRUTEMENT DES CHEFS DE TRAVAUX (1)

La Fédération Corporative des Médecins de la région parisienne, réunie le 6 mars 1936,

Considérant :

Que l'enseignement médical doit avoir pour but essentiel de préparer les futurs médecins au rôle que la quasi-totalité d'entre eux auront à remplir : soigner les malades ;

Que les soins à donner étant conditionnés par des connaissances cliniques étendues, l'enseignement doit tendre à faire, avant tout, de l'ensemble des futurs médecins, des cliniciens ;

Que les sciences physiques, chimiques et biologiques doivent donc être enseignées aux étudiants en médecine en fonction de leurs relations avec la pathologie et de leurs applications médicales ;

Considérant d'autre part :

Que le Conseil supérieur a proposé que, pour être chef de travaux, il fallût être : 1° agrégé, — ou bien : 2° soit docteur en médecine, soit pharmacien, soit docteur ès sciences, et, dans ces trois derniers cas, être inscrit sur la liste d'aptitude à l'enseignement prévue par l'arrêté de 1912 ;

Qu'il est indispensable au contraire, en matière d'enseignement médical, que les chefs de travaux pratiques, dans quelque branche que ce soit, soient avant tout et surtout docteurs en médecine ;

Se voit obligée de protester auprès de M. le Ministre de l'Education nationale contre les décisions inadéquates prises par le Conseil supérieur de l'Instruction publique, en ce qui concerne les conditions à remplir pour être chefs de travaux pratiques dans les Facultés et Ecoles de médecine ;

Compte sur les doyens des Facultés, les directeurs d'Ecoles de médecine et tous les membres de leur corps enseignant, pour s'opposer à la mise en pratique des mesures visées. (Adopté à l'unanimité.)

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 23, p. 386 et 394.

PRATIQUE MÉDICALE

DU NOUVEAU SUR LE DINITROPHÉNOL (1)

Par M. Dally.

Au débat sur les dinitrophénols, Ph. Dally verse aujourd'hui une contribution pleine de mesure et de raison. C'est une mise au point exacte de la question telle qu'elle ressort des innombrables travaux parus dans ces derniers temps.

Après avoir revu rapidement les effets du dinitrophénol sur le métabolisme en général et les combustions organiques, la chute pondérale quasi mathématique qui en résulte, l'auteur passe à l'étude des susceptibilités individuelles, de nature essentiellement allergique, d'autres incidents mineurs (urticaires, périnévrites fugaces, etc.). Il étudie plus longuement les questions de l'agranulocytose et de la cataracte, et, d'emblée, souligne ce fait capital que de tels phénomènes ne sont apparus qu'aux Etats-Unis.

On a relevé aux Etats-Unis 6 cas d'agranulocytose imputables aux dérivés nitrés contre 166 cas imputables au pyramidon ; ces 6 cas ont d'ailleurs guéri rapidement. Ni André Mayer sur les animaux, ni Tainter sur 170 malades, n'ont vu de tels faits, car ils se sont servis de produits purs ne contenant pas d'isomères qui, eux, sont nocifs pour le sang.

C'est à ces mêmes impuretés qu'on peut rattacher la série de cas de cataractes apparus au même endroit et à la même époque, toujours aux Etats-Unis, alors qu'en France en particulier, rien de tel n'a jamais été signalé. Bouchard et Charrin avaient déjà produit la cataracte expérimentale chez le lapin avec le naphtalène : le dini*tronaphtol*, impureté du dinitrophénol, est la cause des cataractes observées aux Etats-Unis.

L'auteur a tenu, dit-il, à s'étendre sur cette mise au point. Il n'y a jamais eu un seul cas mortel en France, les cas américains sont dus à des erreurs de doses volontaires ou non, et l'on comprend mal l'émotion causée en France par un danger aussi incertain.

Il passe ensuite aux indications : avant tout l'obésité, même lorsqu'elle est d'origine hypothyroïdienne, surtout lorsque le régime a épuisé ses effets et que l'exercice est impossible, l'obésité avec hypertension.

A ces indications classiques ont été ajoutés les gastro-névroses avec anorexie, les états dépressifs et anxieux.

Les réactions chimiques d'intolérance proposées jusqu'ici sont incertaines. Les meilleures précautions sont d'ordre clinique (étude du foie, du rein, des allergies préexistantes). Le malade devra être surveillé médicalement. Mais la meilleure prophylaxie est, par l'inscription à un tableau spécial, de faire du dinitrophénol un produit de *prescription purement médicale*. On évitera ainsi son emploi en dehors du contrôle du médecin, car il importe de protéger en France ce médicament d'une grande importance doctrinale et d'une grande utilité pratique.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie du pancréas (2), par P. Brocq, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et G. Miginiac, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

Le pancréas est resté longtemps en dehors des préoccupations du chirurgien.

Organe profond, caché sous le péritoine pariétal postérieur, protégé en arrière par la colonne vertébrale et l'épaisse paroi des lombes, matelassé en avant par le foie, l'estomac, le côlon, ses *lésions traumatiques* n'étaient guère recherchées, il y a quelques années, dans les laparotomies pour contusions ou plaies de l'abdomen. Or, leur fréquence est loin d'être négligeable, comme l'ont démontré les morts précoces sous leur dépendance ou les séquelles secondaires ou tardives (hématomes, faux kystes, fistules), qui sont la signature de la lésion primitive.

Toujours à cause de la situation profonde de cette glande, mais aussi par suite de l'ignorance de l'aspect si spécial des lésions, les *pancréatites aiguës* ont été d'abord ignorées. Comment aurait-il pu en être autrement ! Quel organe dans l'économie, en dehors du pancréas, réagit sous ce triple aspect de l'hémorragie, de la nécrose glandulaire, de la cytostéatonécrose ? Sans doute les premiers opérateurs avaient-ils vu soit le sang seul, soit le sang et les taches de bougie, mais ils n'avaient pas su aller au pancréas, en rechercher l'origine. Il a fallu, pour ce premier résultat pratique, les constatations faites au cours de l'autopsie, et, pour comprendre ces manifestations inusitées, il a fallu s'adresser à la physiologie et connaître la vie intime de l'organe en cause. C'est également aux études biologiques que l'on doit maintenant d'entrevoir l'explication de quelques-uns des mystères qui entourent la genèse des lésions ; et c'est par elles que l'on doit s'efforcer de trouver la meilleure solution thérapeutique.

P. Brocq, qui a étudié pendant de nombreuses années les pancréatites aiguës, sous l'impulsion du professeur Delbet, a réuni dans un chapitre d'ensemble les notions acquises et les hypothèses imaginées pour expliquer la genèse de ces lésions, tout en exposant ses expériences et ses idées personnelles.

P. Brocq et G. Miginiac, qui avaient été, au 39e Congrès français de chirurgie, chargés d'un rapport sur les *pancréatites chroniques*, ont voulu « faire le point » sur cette question encore obscure et qui intéresse tout chirurgien opérant pour un ictère chronique, pour un syndrome douloureux de l'étage sus-mésocolique ou pour un syndrome de compression gastro-duodénale. En insistant sur la nécessité de toujours examiner le pancréas en pareil cas, les auteurs ont montré les apparences diverses que revêtent les scléroses glandulaires, les moyens d'en préciser la nature par l'exploration directe, par la biopsie, par les méthodes de laboratoire. Une collection originale de figures histologiques, provenant de coupes de pancréatites humaines et expérimentales constitue une importante contribution à l'histoire des pancréatites chroniques.

Une importante statistique, qu'ils ont édifiée à l'aide de documents personnels, d'observations inédites ou déjà publiées, leur ont permis d'apporter des directives thérapeutiques.

La *syphilis* et la *tuberculose*, à forme de tumeur, entraînant des phénomènes de compression des organes voisins, peuvent nécessiter l'intervention sanglante, les auteurs ne l'ont pas oublié.

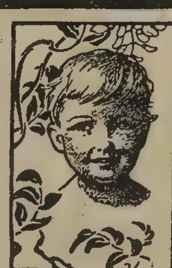
Traumatismes, pancréatites aiguës et chroniques sont assez souvent suivis de *séquelles, hématomes, faux kystes, fistules, insuffisance pancréatique externe* ou *interne*, qui ont fait l'objet de chapitres spéciaux.

A l'aide des mémoires et des faits épars dans la littérature ou recueillis par eux-mêmes, les auteurs ont résumé les connaissances actuelles sur les *kystes vrais* et leur origine si discutée sur la *lithiase pancréatique*, son diagnostic par la radiographie et les indications opératoires qu'elle comporte, sur les *tumeurs malignes* (sarcomes et épithéliomes), sur les *anomalies* — pancréas annulaires, pancréas aberrants.

L. G.

(1) *Concours méd.*, 15 déc. 1935.

(2) In-8 de 428 pages avec 74 figures et une planche en couleurs. — Prix : 75 fr. — Paris, Masson et Cie.



REVUE GENERALE

FOIE ET DIABÈTE SUCRÉ
LA QUESTION DU DIABÈTE HÉPATIQUE

Par MM. G. CARRIÈRE et P.-J. GINESTE
(de Lille).

L'importance du rôle attribué au foie dans la pathogénie du diabète a connu des fortunes diverses dans l'évolution de la médecine et de l'expérimentation contemporaines.

A la suite des découvertes de Claude Bernard sur la fonction glycogénique du foie, de nombreux auteurs ont vu dans l'altération de la fonction hépatique la cause du diabète. La plus connue de ces théories est celle de Gilbert et Lereboullet, qui distinguaient des diabètes par anhépatie et par hyperhépatie.

Puis les travaux de Laguesse et de Hédon, les expériences de von Mering et Minkowski devaient attirer peu à peu l'attention sur le rôle du pancréas. Et la découverte de l'insuline par Best et Banting, en apportant aux diabétiques un merveilleux remède, semblait apporter la preuve irréfutable de l'origine pancréatique du diabète, éliminant ainsi de façon définitive toute autre hypothèse.

Mais on ne tarda pas à se rendre compte que le problème était beaucoup plus complexe.

Suivant l'expression de Boulin, l'insuline masque les principales manifestations du diabète plutôt qu'elle ne les supprime : diabète humain et diabète expérimental ne sont pas superposables de façon exacte.

Le champ des hypothèses s'ouvrait donc de nouveau : Mauriac a insisté sur l'importance du facteur neuro-endocrinien ; les travaux d'Escudéro ont montré la possibilité d'une suppléance du pancréas par le tissu réticulo-endothélial ; Houssay, Anselmino et Hoffmann ont terminé sur des conclusions contradictoires l'étude des relations du pancréas sur l'hypophyse.

Mais peu d'auteurs ont repris le chapitre des rapports du foie avec le diabète : en 1931, dans une étude sur le diabète hépatique, Aubertin notait encore toutes les obscurités du sujet.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de reprendre la question dans son ensemble, de l'étudier successivement aux points de vue expérimental, clinique et pathogénique, et de chercher si, du tableau de nos connaissances actuelles, on ne pouvait espérer voir se dégager les grandes lignes du problème.

A. LE FOIE DANS LE DIABETE SUCRE. ETUDE EXPERIMENTALE.

Les travaux des biologistes contemporains ont permis de dresser une conception d'ensemble du cycle physiologique parcouru par le glucose dans l'organisme humain.

Après un premier temps constitué par l'absorption digestive, le glucose passe dans le sang. Son taux y constitue l'un des éléments les plus fixes du milieu intérieur, malgré les facteurs qui interviennent sans cesse pour le faire varier dans un sens ou dans l'autre : l'apport alimentaire d'une part tendant à faire croître sa valeur ; la consommation de glucose par le travail musculaire, d'autre part, tendant à entraîner son abaissement.

Cette constance de la glycémie ne peut donc être maintenue que par des mécanismes régulateurs, et par l'existence dans l'organisme de réserves hydrocarbonées, constituées essentiellement par le glycogène hépatique. Notons que, d'après Rathery et ses collaborateurs, le glycogène ne constitue pas la seule réserve hydrocarburée du foie, et que le sucre y serait également stocké sous une forme différente : le glucidogène.

La glycorégulation, — c'est une donnée classique à l'heure actuelle, — est réglée par deux systèmes antagonistes :

— *Un système hyperglycémiant*, constitué essentiellement par la médullo-surrénale, accessoirement par la thyroïde, l'hypophyse, la glande sous-maxillaire et le thymus ;

— *Un système hypoglycémiant*, constitué essentiellement par le pancréas endocrine, accessoirement par les parathyroïdes, les glandes génitales et la glande parotide.

On sait aujourd'hui que le fonctionnement de ce double système s'exerce par des processus particulièrement complexes, et que la mise en jeu des glandes intervenant dans la glycorégulation résulte d'excitations d'ordres divers. C'est ainsi que l'on a pu différencier :

— *Un système humoral*, constitué par l'excitation directe des cellules pancréatiques par le sucre sanguin, et par l'excitation directe des cellules surrénaliennes par l'insuline,

— Et un *mécanisme nerveux*, dû à l'existence de centres encéphaliques, et s'exerçant par l'intermédiaire du pneumogastrique droit pour le pancréas, du système sympathique pour les surrénales.

L'action des divers éléments de ce complexe neuro-endocrinien sur la fonction glycogénique du foie a fait l'objet de nombreuses études expérimentales. Nous en donnerons seulement ici les conclusions.

1) Les hormones thyroïdienne et hypophysaires,
L'adrénaline,
L'excitation de la région infundibulo-tubérienne (Camus et Roussy),
La piqûre du plancher du 4e ventricule (Cl. Bernard),
L'excitation du système sympathique,
provoquent de l'hyperglycémie avec diminution des réserves glycogéniques du foie.

2) L'injection d'hormones ovariennes et testiculaires,
Les extraits parathyroïdiens,
L'injection de vagotonine,
L'excitation du pneumo-gastrique,
provoquent de l'hypoglycémie avec augmentation du glycogène hépatique.

3) L'injection d'insuline produit une hypoglycémie avec diminution du glycogène hépatique.

L'action de l'insuline sur la fonction glycogénique du foie a été très discutée. Certains auteurs, tels Bin-

di, Colwel et Bright, Murao, Dambrosi, etc..., ont observé une augmentation des réserves du foie à la suite des injections d'insuline. Au contraire, la majorité des auteurs a trouvé un abaissement du glycogène hépatique : ainsi Rathery et ses collaborateurs, Gorkill, Goldblatt, Lawrence et Mac Gance, Messina, Schmidt, etc...

L'explication de ces résultats contradictoires paraît avoir été donnée par les travaux de Santenoise et de ses collaborateurs : ces auteurs, après avoir démontré la dualité hormonale de la sécrétion interne du pancréas, ont étudié successivement l'action de l'insuline et de la vagotonine sur la fonction glycogénique :

— *La vagotonine* augmente le glycogène hépatique ; elle jouerait ainsi un *rôle anabolique ;*

— *L'insuline* diminue le glycogène hépatique ; elle aurait un *rôle catabolique* et réglerait l'utilisation du sucre au niveau des tissus.

Quant aux résultats positifs concernant le pouvoir glycopexique de l'insuline sur le foie, ils auraient été obtenus avec des insulines non purifiées, renfermant une certaine quantité de vagotonine.

4) L'action hypoglycémiante de l'insuline persiste après suppression physiologique du foie.

Alors que l'action du système nerveux et des autres hormones s'exerce sur la fonction glycogénique du foie, l'action de l'insuline se manifeste sur la consommation du glucose par les tissus.

Mais des études récentes ont ajouté au problème un élément nouveau : les travaux de Rathery, Bierry et Mlle Levina ; de Fiessinger et de ses collaborateurs, ont montré dans le système réticulo-endothélial l'existence d'une fonction hypoglycémiante, se manifestant encore par hépatectomie, et qui serait due à une hormone glycolytique plus ou moins analogue à celle du pancréas. Escudéro a confirmé cette hypothèse en démontrant que le tissu réticulo-endothélial peut exercer une véritable suppléance à l'égard du pancréas. Enfin Murao a montré que l'action hypoglycémiante de l'extrait splénique s'accompagne d'un abaissement du glycogène hépatique : cette action est donc exactement superposable à celle de l'insuline.

Tels sont les principaux éléments dont nous connaissons actuellement l'action dans la physiologie des sucres.

Ils vont nous permettre de tenter une classification physiologique des diabètes expérimentaux, par rapport à leur action sur la fonction glycogénique du foie :

1) *Diabètes par diminution de la glycogenèse hépatique ;*

Diabète ovarien et testiculaire ;
Diabète pancréatique (par déficit de vagotonine).

2) *Diabètes par augmentation de la glycogénolyse hépatique :*

Diabète thyroïdien ;
— hypophysaire ;
— médullo-surrénal ;
— nerveux.

3) *Diabètes par abaissement de la glycogénolyse tissulaire :*

Diabète pancréatique, avec hypo-insulinémie ;
Diabète réticulo-endothélial.

4) *Diabète par abaissement du seuil d'élimination du glucose :*

Diabète rénal.

Ces données physiologiques n'accordent donc au foie qu'un rôle passif dans le mécanisme du diabète.

La cellule hépatique, réservoir de glycogène, augmente ou diminue ses réserves hydro-carbonées suivant le taux du sucre dans le sang, constituant ainsi dans le cycle physiologique des hydrates de carbone un carrefour où s'affrontent les deux systèmes neuro-glandulaires chargés de maintenir ce taux à un niveau constant.

Mais à côté de ces données, il en est d'autres qui, bien que contradictoires, soulèvent la possibilité d'une participation active du foie au métabolisme des glucides.

C'est ainsi que *l'opothérapie hépatique* possède une action hypoglycémiante bénigne et peu marquée, mais vérifiée par de nombreux auteurs,

— Alors que *l'hépatectomie* entraîne une hypoglycémie profonde qui s'accentue progressivement jusqu'aux approches de la mort (Mann et Magath ; Fiessinger, Garling-Palmer et Lançon).

Tels sont les éléments qu'apporte la biologie à la solution du problème du diabète hépatique.

Les hypothèses sur le rôle du foie dans la pathogénie du diabète, au lieu de trouver dans l'expérimentation physiologique une base solide pour leur argumentation, y trouveront donc plutôt la source même de leurs contradictions.

B. LE FOIE DANS LE DIABETE SUCRE. ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

En clinique, le problème des relations du foie et du diabète se pose pratiquement dans trois éventualités :

— Tantôt il s'agit d'un homme qui se présente avant tout comme un diabétique : c'est un diabète sucré banal, avec ou sans dénutrition, où l'examen pourra déceler, dans certains cas, des lésions plus ou moins prononcées du foie ;

— Tantôt le malade se présente tout d'abord comme un hépatique, et le diabète sera une découverte d'examen ;

— Dans d'autres cas enfin, le diabète constitue l'un des éléments d'un syndrome complexe hépato-endocrinien, où l'altération du foie voisine avec celle d'une ou plusieurs glandes endocrines.

Nous allons passer successivement en revue ces différentes éventualités, et nous terminerons cette étude par celle de deux chapitres importants :

— La question de l'insulino-résistance ;

— L'étude anatomique des lésions du foie dans le diabète sucré.

I. Le foie dans le diabète sucré banal. — Depuis huit ans environ, 62 cas de diabète sucré ont été traités à la Clinique Médicale de l'Hôpital Saint-Sauveur.

Sur ces 62 observations, nous avons relevé 20 cas de diabète sans dénutrition, et 42 cas de diabète avec dénutrition.

Cette proportion ne correspond certainement pas à la réalité. Deux faits, à notre sens, peuvent contribuer

à la fausser : sans doute le diabète gras est-il souvent traité à domicile, alors que le traitement et la surveillance du diabète maigre réclament de façon plus pressante le séjour à l'hôpital. De plus, de par ses conditions étiologiques mêmes, le diabète gras paraît moins fréquent dans la clientèle hospitalière que dans la classe aisée.

a) Diabète sans dénutrition. — Sur nos 20 observations, dans 11 cas nous n'avons relevé aucune manifestation d'ordre hépatique.

Les 9 derniers cas peuvent se classer ainsi :

— 4 fois nous avons relevé une simple augmentation du volume du foie, indépendamment de tout autre symptôme hépatique ;

— 2 fois cette hépatomégalie était associée à une augmentation du volume de la rate, sans autre signe associé.

— Les 3 autres observations montraient des symptômes plus nets d'un dysfonctionnement hépatique.

Dans un cas, on se trouvait en présence d'un syndrome de cirrhose hypertrophique avec gros foie dur, splénomégalie, circulation collatérale intense, abdomen météorisé et tendu, sans ascite.

Dans le second cas, il s'agissait d'un sujet éthylique avéré, présentant un petit foie avec splénomégalie, circulation collatérale, hémorroïdes, sans ascite.

La dernière observation enfin réalisait un tableau complet de lithiase biliaire, chez un sujet obèse et gros mangeur.

Il est intéressant de rapprocher ces données des notions classiques concernant l'état du foie dans le diabète sans dénutrition.

Nous les résumons ainsi, d'après Parturier :

1. Il existe des signes presque constants d'altération de la fonction hépatique au cours du diabète gras.

2. Ces manifestations peuvent être rangées sous trois chefs différents :

— *La cirrhose hypertrophique*, biveineuse et anascitique avec gros foie dur, splénomégalie et circulation collatérale ;

— *Les poussées congestives*, marquées par une augmentation de volume du foie ; elles traduisent le surmenage hépatique, et disparaissent en quelques jours par l'action conjuguée du régime et du repos ;

— *La douleur localisée à la vésicule*, symptôme d'une lithiase biliaire franche ou larvée.

Les données que nous apportons se trouvent donc en accord avec ces conclusions, sauf sur un seul point : contrairement aux notions habituellement acceptées, dans 55 % de nos cas de diabète gras, nous n'avons relevé aucun élément appartenant à la symptomatologie hépatique.

b) Diabète avec dénutrition. — Sur 42 cas de diabète maigre, nous avons relevé 28 fois, soit dans une proportion de 65 % environ, des manifestations d'origine hépatique.

Dans 17 cas, il s'agissait d'une *simple augmentation de volume du foie*, sans modification de sa consistance : dans 7 observations, cette hépatomégalie était associée à une splénomégalie. Dans les 10 autres cas, l'hépatomégalie était solitaire. Il n'existait aucune manifestation d'insuffisance hépatique.

— Dans 3 observations, nous avons noté une *sensibilité diffuse de l'hypochondra droit*, sans point vésiculaire ni antécédents lithiasiques nets.

Par contre, chez quatre sujets, nous relevions des *stigmates précis de lithiase biliaire*, avec point vésiculaire douloureux spontanément ou à la pression.

— Dans 1 cas, l'apparition du diabète avait été précédée de quelques mois par celle d'un *ictère infectieux bénin*, à évolution prolongée, et le foie restait gros et douloureux à l'examen.

— Enfin, les deux derniers sujets présentaient des symptômes d'une atteinte hépatique grave :

Cirrhose hypertrophique anascitique avec gros foie dur, météorisme abdominal et splénomégalie ;

Cirrhose hypertrophique avec ascite et splénomégalie.

L'étude de ces données nous permet d'en tirer un certain nombre de notions :

1° Les manifestations hépatiques sont très fréquentes au cours du diabète sans dénutrition : nous en avons relevé dans 65 % des cas.

2° Ces manifestations sont d'une variété extrême et ne présentent aucun caractère de spécificité : en effet toutes peuvent s'observer indépendamment de tout syndrome diabétique.

3° Avec M. Labbé, nous constatons que, dans la grande majorité des cas, il s'agit de manifestations bénignes : elles se résument le plus souvent à une simple hypertrophie hépatique sans autre signe associé. Quant aux lésions graves du foie, elles sont rares (2 observations de cirrhose sur 42 cas de diabète avec dénutrition).

4° Avec Joslin, nous remarquons que la lithiase biliaire coexiste de façon assez fréquente avec le diabète pour qu'il soit difficile d'admettre une simple coïncidence (4 cas de lithiase sur 42 observations).

5° Nous n'avons noté que dans 3 observations l'existence d'une sensibilité diffuse de tout le foie, alors que certains auteurs, avec Parturier, signalent la fréquence de ce symptôme qu'ils attribuent au surmenage fonctionnel de la glande.

6° S'il est difficile d'établir un rapport exact de cause à effet entre le diabète et les lésions du foie, nous avons rarement trouvé dans l'enquête étiologique une cause étrangère au diabète susceptible d'expliquer les symptômes hépatiques observés.

Sur 42 observations, nous avons rencontré 4 cas de lithiase biliaire, et 1 cas d'ictère.

Mais ni l'éthylisme (2 cas), ni la tuberculose pulmonaire (6 cas), ni la syphilis (5 cas, dont l'un associé à la tuberculose), rencontrés dans les antécédents ou à l'examen d'un certain nombre de malades, ne semblent pouvoir donner une explication satisfaisante des lésions hépatiques.

En aucun cas celles-ci n'ont évolué sous l'aspect d'une cirrhose éthylique ou d'une syphilis hépatique.

Pour les 5 cas de diabète apparus chez des tuberculeux pulmonaires, dans 2 observations le foie était absolument normal à l'examen clinique, et dans les 3 autres cas il présentait seulement une légère hypertrophie, sans modification de sa consistance ni symptômes d'insuffisance hépatique.

Enfin, dans tous les autres cas, et en particulier dans les 2 observations de cirrhose hypertrophique que nous avons signalées, l'enquête étiologique restait muette.

7° L'exploration de la fonction hépatique par les épreuves ordinaires de laboratoire n'a pas été faite dans nos observations. Cette recherche a été effectuée de façon systématique par Meyer, et lui a donné les résultats suivants :

— Dans 7 % des cas de diabète, il existerait à la fois la preuve clinique et biologique d'un dysfonctionnement hépatique ;

— Dans 28 % des cas, on trouve seulement des preuves de laboratoire ;

Dans 48 % des cas, il n'y a aucune manifestation anormale ;

— Et enfin on observe 13 % de résultats douteux.

L'étude biologique de ces cas sur une période étendue aurait donné à l'auteur l'impression que le régime diabétique moderne agit efficacement en améliorant la fonction hépatique.

8° Enfin, dans cette étude, un dernier point nous semble intéressant à noter : 9 fois sur 42 observations, la rate était augmentée de volume, accessible à la percussion. Cette splénomégalie accompagnait 7 fois l'hypertrophie simple du foie, et 2 fois une cirrhose.

c) Le foie dans le coma diabétique. — Nous avons peu de connaissances cliniques sur l'état du foie au cours du coma diabétique.

Cependant, de toutes les descriptions, on voit apparaître avec quelque constance une notion : c'est la fréquence, dans les jours qui précèdent le coma, d'une épigastralgie prémonitoire. Elle serait en rapport avec la congestion douloureuse du foie.

Mais il est un fait sur lequel il nous faut insister : c'est l'existence d'un *coma hépatique*, très voisin du coma diabétique et dont M. Labbé et Bith ont fixé les principaux caractères :

— Excrétion modérée de corps cétoniques, en quantités très inférieures à celles qu'on observe dans le coma diabétique vrai ;

— Conservation d'une réserve alcaline normale.

— Existence de signes d'insuffisance hépatique (urobilinurie, cholalurie, ammoniurie, etc...) ;

— Résistance au traitement insulinique, et persistance de l'acidose malgré les doses élevées d'insuline.

Tels sont les symptômes qui permettent, d'après M. Labbé et Bith, d'éviter la confusion avec le coma diabétique.

II. Le diabète hépatique.

— Passons maintenant au second chapitre de l'étude clinique des relations du foie et du diabète.

Il existe cliniquement 4 éventualités où l'état du foie constitue la détermination principale de l'affection qui oblige le malade à consulter, le diabète étant une découverte au cours d'un examen complet. Ce sont :

1) les cirrhoses du foie avec état paradiabétique ;

2) la glycosurie de la suralimentation azotée ;

3) le diabète sans dénutrition, avec cirrhose hypertrophique anascitique ;

4) les hépatomégalies polycoriques de l'enfance avec diabète.

1) État paradiabétique au cours des cirrhoses. — Un état paradiabétique accompagne fréquemment les cirrhoses : c'est un fait anciennement connu.

Les principaux caractères de ce syndrome diabétique sont :

— Une *hyperglycémie* moyenne, dépassant rarement 1 gr. 50, et s'accompagnant d'une exagération de la réaction d'hyperglycémie provoquée (M. Labbé et Nepveu) ;

— Une *glycosurie alimentaire* très inconstante ;

— Une *augmentation fréquente de la résistance à l'insuline* (M. Labbé et Boulin, 1934. Carrière, Gineste et Belbenoit, 1935).

Il faut rapprocher de ces faits les conclusions de Böller et Ueberrack, qui ont rencontré une augmentation de la résistance à l'insuline au cours des ictères.

2. La glycosurie de la suralimentation azotée. — La suralimentation azotée, chez des gens en apparence bien portants, mais sans doute prédisposés, peut provoquer, avec des troubles hépato-biliaires, de la glycosurie (Parturier).

Il s'agit là d'une glycosurie peu importante, susceptible de rétrocéder en quelques jours sous l'influence du régime lacto-végétarien. Au contraire le régime diabétique, riche en graisses et en protides, pauvre en hydrocarbones, peut l'aggraver considérablement.

La glycosurie de la suralimentation azotée constitue, d'après M. Labbé, un stade précurseur du vrai diabète : en l'absence d'un régime approprié, l'affection évoluerait jusqu'à l'apparition d'une cirrhose hypertrophique avec syndrome diabétique vrai.

On peut rapprocher de cette forme les glycosuries qui apparaissent au cours de troubles hépatiques consécutifs à des infections ou à des intoxications (M. Labbé et Bouchage) ; M. Labbé range également dans ces variétés la glycosurie de la grossesse.

De ces formes se rapproche encore la glycosurie passagère qu'on observe parfois au cours ou à la suite des coliques hépatiques, et que Gilbert et Castaigne rattachent à un état léger et passager d'insuffisance hépatique, alors que Gans invoque un réflexe parti des voies biliaires irritées.

3. Le diabète sans dénutrition, avec cirrhose hypertrophique anascitique et splénomégalie. — C'est le *diabète hépatique* d'Aubertin : il constituerait le plus souvent la conséquence d'une glycosurie de la suralimentation azotée laissée sans traitement.

Il s'agit en général d'hommes de 40 à 60 ans, pléthoriques, obèses et gros mangeurs, présentant des antécédents neuro-arthritiques. Le foie est gros et dur; la rate est percutable. Il existe souvent du météorisme abdominal avec circulation collatérale. Il n'y a pas d'ascite. La glycosurie peut être plus ou moins abondante. Il n'y a pas d'acidose.

Ce diabète guérit mieux par un régime de dyspeptiques et d'hépatiques que par un régime de diabétiques.

Les alcalins, l'opothérapie hépatique, la cure de Vichy ont sur lui une action curatrice aisée et rapide. Au contraire, l'insuline n'a pas d'action notable sur son évolution.

4) Les hépatomégalies de l'enfance avec diabète — Von Gierke a décrit, en 1929, à l'autopsie de deux enfants, une affection particulière caractérisée par la surcharge du foie en glycogène.

Ces travaux ont été repris depuis par plusieurs auteurs : en particulier, nous citerons en France Mauriac, Comby et surtout Debré qui a envisagé la question dans son ensemble et donné le nom d'*hépatomégalie polycorique* à :

« Une entité morbide décelable chez l'enfant, caractérisée par l'accumulation d'une substance normale de réserve dans la cellule noble du foie.

« Elle est caractérisée par une altération congénitale, éventuellement familiale, du métabolisme, où dominent les troubles du système adrénalino-insulinique, régulateur du métabolisme des glucides, et indirectement des lipides. Elle s'accompagne de troubles plus ou moins marqués du développement et de l'architecture du corps. Elle est compatible avec la vie, et susceptible d'amélioration, sinon de guérison. »

Debré et Semélaigne distinguent 3 variétés dans l'hépatomégalie polycorique :

1) Glycogénose hépatique avec troubles du métabolisme des glucides à forme d'insuffisance surrénale et lipémie.

(Syndrome de V. Gierke-Van Creveld.)

2) Glycogénose hépatique avec troubles du métabolisme des glucides à forme d'insuffisance pancréatique, ou forme prédiabétique avec lipémie.

(Parnass et Wagner, R. Debré et Semélaigne.)

3. Stéatose massive du foie avec hépatomégalie.

(Debré et Semélaigne ; Kramer et ses collaborateurs.)

Au point de vue clinique, dans la forme classique décrite par Debré, le premier signe est constitué par une augmentation de volume du ventre survenant au cours des premiers mois de la vie. Il s'agit d'une hépatomégalie considérable, sans splénomégalie, ni circulation collatérale, ni ascite. On observe un retard plus ou moins marqué de la croissance ; un épais pannicule adipeux recouvre la face, le cou et le tronc, contrastant avec les membres grêles et un système musculaire peu développé.

Le syndrome biologique est dominé par les troubles du métabolisme des glucides. Ceux-ci peuvent revêtir deux types :

a) Hypoglycémie à jeun avec une augmentation de la tolérance au sucre montrée par l'épreuve d'hyperglycémie provoquée ;

b) Hyperglycémie à jeun, avec diminution de la tolérance au sucre et glycosurie plus ou moins importante, intermittente ou continue.

En même temps que les troubles du métabolisme glucidique, on note fréquemment de l'hyperlipémie et la présence de corps biréfringents dans l'urine ; il faut surtout signaler la présence fréquente de corps cétoniques dans l'urine. Cette élimination de corps cétoniques peut être soit intermittente, soit continue, et atteint parfois des chiffres très élevés.

A côté des formes précédentes, hépatomégalies congénitales hypoglycémiante et hyperglycémiante, Mauriac a montré l'existence *d'hépatomégalies de la seconde enfance, non congénitales et s'accompagnant d'un syndrome diabétique vrai*. L'allure clinique et l'évolution sont analogues à celles de la forme congénitale : ces affections, dit Mauriac, sont compatibles avec une survie prolongée, « mais il ne s'agit là que d'une survie misérable, car avec leur petite taille, leur gros ventre, leur adiposité, ces enfants prennent figure de « poussahs... ».

III. **Syndromes hépato-endocriniens avec diabète.** — Il est des formes de diabète où les résultats conjugués de la clinique, de la biologie et de l'anatomie pathologique s'accordent à reconnaître l'existence d'un trouble de la fonction hépatique associée à des lésions manifestes d'une ou de plusieurs glandes endocrines.

On peut ainsi décrire des syndromes hépato-pancréatiques, hépato-spléniques, et d'autres plus complexes encore, dont le seul élément commun est la présence d'un diabète ; celui-ci prenant souvent le premier plan dans le tableau clinique et dans l'évolution.

1) Syndromes hépato-pancréatiques. — Les travaux de Laguesse et de Hédon, de Von Mering et Minkowski, puis la découverte de l'insuline, ont fait attribuer au pancréas un rôle prédominant dans la pathogénie du diabète.

Pour Lancereaux, le terme de diabète maigre était l'équivalent de celui de diabète pancréatique.

Pour les auteurs allemands, le diabète insulaire est le seul véritable diabète.

En France, les auteurs contemporains sont revenus sur ces généralisations un peu hâtives : M. Labbé n'admet le terme de diabète pancréatique que lorsque le tubage duodénal montre un déficit de la sécrétion pancréatique externe.

Aubertin a fait de cette opinion une critique serrée. A son avis, le problème de l'origine pancréatique du diabète se pose dans deux circonstances :

a) *Il s'agit d'un diabète évoluant chez des sujets qui présentent une affection cliniquement constatable du pancréas.*

Lorsqu'on voit évoluer un diabète chez un sujet présentant une pancréatite aiguë ou chronique, une lithiase pancréatique, un kyste ou un cancer du pancréas, il est logique de penser que le diabète est lié à la lésion pancréatique.

b) *Il n'existe aucun signe clinique patent d'une atteinte pancréatique.*

Dans ce cas, aucun critère anatomique ou biologique ne permet d'assurer qu'il s'agit d'un diabète insulaire, et l'insuffisance de la sécrétion pancréatique externe ne préjuge en rien de l'origine de ce diabète.

De nombreux arguments justifient cette conception :

— Rien ne prouve que les lésions qui conditionnent cette déficience pancréatique externe soient assez importantes pour entraîner une carence du pancréas endocrine, dont on sait qu'il suffit d'une assez faible quantité pour entretenir la glycorégulation.

— De plus Jones, Castle, Mulholland et Bailed ont montré que le diabète lui-même semble pouvoir entraîner des troubles fonctionnels des glandes digestives.

— Il est fréquent de pouvoir dénoter un déficit de la sécrétion pancréatique externe sans qu'il existe le moindre signe d'un trouble de la glyco-régulation ; dans un même ordre d'idées, il faut noter que les auteurs sont d'accord sur la variété et l'inconstance des lésions pancréatiques dans le diabète, et la fréquence de lésions graves du pancréas sans diabète.

— Enfin la présence d'un diabète extra-pancréatique n'exclut pas la possibilité d'une insuffisance pancréatique associée.

Telles sont les raisons qui, d'après Aubertin, empêchent d'affirmer l'origine insulaire d'un diabète lorsqu'il n'existe aucun signe clinique patent d'une atteinte pancréatique.

Le problème étant ainsi ramené à des limites étroites, nous étudierons l'association hépato-pancréatique dans le diabète dans tous les cas où l'anatomie, la clinique ou le laboratoire apportent la preuve d'une altération du foie et du pancréas, sans que nous puissions le plus souvent établir une relation certaine de cause à effet entre le syndrome hépato-pancréatique observé et le diabète.

Les observations cliniques rentrant dans cette définition peuvent être classées sous 4 chefs différents :

1) *Il est des cas où la lésion pancréatique est secondaire à l'atteinte du foie.*

Les travaux contemporains ont montré la fréquence des pancréatiques chroniques au cours de la lithiase biliaire et des cholécystites chroniques. Ce fait, d'après Parturier, expliquerait le siège anormal de la douleur dans certaines coliques hépatiques.

Sur nos 62 observations de diabète, nous avons trouvé 5 fois une lithiase biliaire avérée ; dans un cas, les examens de laboratoire ont permis de reconnaître le déficit du suc pancréatique.

2) *Il est des cas où la lésion hépatique paraît secondaire à l'atteinte du pancréas.*

Contrairement à ce que nous avons observé dans les cas précédents, les notions sont ici d'ordre expérimental plutôt que d'ordre clinique :

— Aubertin et ses collaborateurs ont observé une dégénérescence centro-lobulaire du foie par suppression de la sécrétion externe du pancréas.

On trouve là une explication possible des altérations hépatiques dans les diabètes consécutifs à une pancréatite.

Notons également qu'on retrouve la même topographie dans les lésions de la cirrhose centro-lobulaire du foie, si fréquente chez les diabétiques.

— Dans un même ordre d'idées, Mayer, Rathery et Schaffer, Valdiguié, ont obtenu chez l'animal par l'injection de corps cétoniques des lésions du foie allant de la simple congestion à la surcharge graisseuse et à l'hépatite dégénérative.

3) *Il est des cas où l'atteinte simultanée du foie et du pancréas est le fait d'une même cause connue.*

Nous rangerons dans cette catégorie les syndromes hépato-pancréatiques consécutifs à une intoxication : souvent, à côté de l'ictère toxique qui apparaît seul à l'examen clinique, existent des troubles fonctionnels du pancréas qu'il faut rechercher pour découvrir.

Le type de ces intoxications hépato-pancréatiques est la cirrhose de Laënnec, que les travaux récents nous amènent à considérer non pas comme une maladie du foie, mais comme une atteinte du système hépato-pancréatico-splénique par l'alcool.

4) *Il est enfin des cas où l'origine du syndrome hépato-pancréatique observé reste encore du domaine de l'hypothèse.*

C'est dans cette catégorie que rentre le *diabète bronzé*, affection rare, s'observant le plus souvent chez l'homme à l'âge mûr. Cliniquement, elle est caractérisée par un trépied symptomatique, constitué par :

— Une *cirrhose hypertrophique* avec splénomégalie, ascite tardive et peu abondante ;

— Une *mélanodermie*, analogue à celle des addisoniens ;

— Un *diabète*, souvent grave, mais, par une anomalie curieuse, pouvant régresser et même disparaître au cours et surtout à la fin de la maladie.

L'évolution est progressive et fatale ; la mort survient en 6 mois à 1 an par coma diabétique, coma hépatique, cachexie ou infection intercurrente.

Il existe de nombreuses formes frustes : cliniquement, on ne découvre qu'un ou deux des éléments du trépied symptomatique de l'affection, les autres étant une découverte d'autopsie.

Souvent, une association du diabète bronzé à d'autres manifestations endocriniennes donne naissance à des syndromes plus complexes que nous signalerons plus loin.

2. Syndromes hépato-spléniques avec diabète. — Nous retrouvons dans ce chapitre les cirrhoses hypertrophiques du diabète gras, les cirrhoses avec état paradiabétique, les ictères avec hyperglycémie et augmentation de la résistance à l'insuline (Böller et Ueberrack).

Les notions récentes sur le rôle du tissu réticulo-endothélial dans la physiologie des sucres montrent qu'il n'est pas impossible de supposer une participation active du parenchyme splénique à la pathogénie du diabète des cirrhoses.

3. Syndromes hépato-endocriniens complexes avec diabète. — Dans ce dernier groupe, nous signalerons successivement les *syndromes hépato-pancréatico-spléniques* (cirrhose de Laënnec et diabète bronzé) ;

— *Le syndrome hépato-pancréatico-génital* (M. Labbé) ;

— *Le syndrome hépato-pancréatico-thyroïdien*, où M. Labbé distingue : d'une part, un trouble glyco-régulateur principal d'origine pancréatique ; et, d'autre part, un trouble glyco-régulateur secondaire d'origine hyper-thyroïdienne, agissant par inhibition de la fonction glycogénique du foie.

Telles sont les principales associations hépato-endocriniennes qu'on rencontre dans le diabète sucré ; leur variété montre une fois de plus la complexité des facteurs qui interviennent dans le mécanisme du diabète ; et elle explique la multiplicité des hypothèses qui ont pu être invoquées pour accorder des éléments aussi inconstants que variés.

(*A suivre.*)


EUPHORYL
DERMATOSES
PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES
CUTANEES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA", 18, Av^ue DAUMESNIL. P
Euphoryl infantile
(GRANULE SOLUBLE)
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillérée à café par année d'âge.
LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL. PARIS
ANA
18, Av^ue DAUMESNIL. PARIS. XIIe
Hirudinase
(DRAGÉES)
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PARIS
COEFFICIENT DE FIXATION du Salicylate ANA sur la fibre cardiaque : 170 %
Salicylate de Na
Salicylate ANA
150
100
50
0
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
SALICYLATE DE SODIUM en combinaison CALCO-MAGNÉSIENNE THIOSULFATÉE
32 gr. SALICYLATE de NA SURACTIVÉ 15 fr.
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
AMPOULES (INTRAVEINEUSES)
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HÉPATIQUES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 MARS 1936)

Sur l'hydrolyse diastasique de l'acétylcholine par le sérum. — M. Ernest KAHANE et Mlle Jeanne LÉVY.

(SÉANCE DU 9 MARS 1936)

Action neutralisante « in vitro » de certains corps chimiques sur la toxicité du curare. — MM. Hyacinthe VINCENT et François MOREL.

(SÉANCE DU 16 MARS 1936)

Un sérum contre le venin de scorpion. — M. Edmond SERGENT, dans une note présentée par M. MESNIL, montre d'abord que la piqûre des scorpions cause en Algérie plus de morts que la morsure des serpents venimeux. Il expose ensuite comment il prépare chez l'âne un sérum qui sauve plus de 80 % des souris ayant reçu des doses de venin de scorpion qui tuent immanquablement les souris témoins en moins de deux heures.

Un organe infra-orbitaire non décrit. — M. LAPICQUE présente un travail de M. MAWAS qui montre qu'il existe dans l'orbite, au-dessous de l'œil, un petit organe non encore décrit, dont la structure et les rapports font un organe à la fois nerveux et glandulaire comparable aux paraganglions du système sympathique abdominal.

Hypoglycémie. — M. ACHARD présente une note de M. L. BINET sur l'hypoglycémie rapidement progressive qui caractérise l'empoisonnement par les champignons.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 17 MARS 1936)

L'acétate de testostérone, hormone testiculaire synthétique. — M. E. ROUSSEL rappelle que l'hormone mâle, extraite du testicule, à l'état cristallisé, par Laqueur, peut être obtenue aujourd'hui par synthèse, à partir du cholestérol (Butenandt, Ruzicka).

Il a pu réaliser la synthèse de la testostérone dans ses laboratoires, par un procédé original, et il apporte, de plus, une contribution personnelle à l'étude de cette hormone, en montrant qu'un de ses esters, l'acétate de testostérone, présente une activité beaucoup plus grande. Il permet de restituer, en peu de temps, au chapon, tous les caractères sexuels secondaires du coq et provoque l'hypertrophie des vésicules séminales du rat impubère, propriétés qui sont caractéristiques de l'hormone testiculaire même.

A l'appui de cette communication, M. BROCQ-ROUSSEU, qui en a donné lecture, présente à l'Académie trois chapons qui après traitement présentent la même apparence que les plus beaux coqs.

Conséquence de la diminution de la consommation nationale du pain. — M. GAUDUCHEAU montre que la diminution actuelle de la consommation nationale du pain ayant été compensée par une augmentation de la consommation du lait, du beurre et des fruits, denrées qui coûtent, à valeur nutritive égale, plus cher que le pain, il en résulte que l'on se nourrit plus richement qu'autrefois et que le chiffre d'affaires de l'agriculture et du commerce de l'alimentation s'est élevé de plusieurs milliards par an. Contrairement à ce que l'on pense généralement, l'agriculture ne doit pas souhaiter une augmentation de la consommation du pain, car il s'ensuivrait automatiquement une diminution globale des bénéfices agricoles.

Emploi thérapeutique du sérum des convalescents de fièvre récurrente hispano-africaine (étude expérimentale). — M. André SERGENT (présentation faite par M. Edmond Sergent). — 1° Le sérum de convalescents a une action heureuse sur le cours de la fièvre récurrente hispano-africaine expérimentale du cobaye. Il coupe l'accès fébrile et parasitaire.

C'est dans la semaine qui suit la fin de l'accès aigu que le sérum possède le plus fort pouvoir curatif. C'est à ce moment qu'il convient donc de prélever le sang aux convalescents.

C'est lorsqu'elle est faite au plus fort de l'accès que l'injection de sérum a l'action la plus nette. Il convient de ne pas la pratiquer trop tôt, pour ne pas entraver l'établissement de la prémunition.

Il est préférable d'injecter en une seule fois une dose massive de sérum.

2° L'emploi du sérum de convalescent pour le traitement de la récurrente hispano-africaine chez l'homme paraît indiqué, et d'autant plus qu'à la différence de la fièvre récurrente à poux, la fièvre récurrente hispano-africaine n'est pas justiciable du traitement par les arsenicaux, qui peuvent même être dangereux, — et que la maladie est souvent grave, avec de nombreuses rechutes.

3° On peut donc envisager d'inscrire la fièvre récurrente hispano-africaine sur la liste des maladies qui sont susceptibles de bénéficier d'un traitement par le sérum de convalescents.

La recherche du bacille tuberculeux dans l'estomac. — M. P. ARMAND-DELILLE, avec la collaboration de M. Kerambrun, rapporte une importante statistique des recherches faites dans son service d'hôpital depuis 10 ans au moyen de cette méthode, inspirée par H. Meunier, qu'il a perfectionnée avec son élève J. Vibert et dont il a, depuis 1927, préconisé l'emploi systématique pour le diagnostic de la tuberculose des enfants et des adolescents.

La valeur de cette méthode a été contrôlée et adoptée dans différents pays, et en France, les publications récentes de Lesné, Debré et Saenz avec culture de contrôle en ont montré la grande importance.

Dans les affections respiratoires non tuberculeuses, on ne trouve pas le bacille, mais ce mode de recherche peut éviter des erreurs de diagnostic, c'est ainsi que sur 596 enfants atteints de manifestations respiratoires de caractère non tuberculeux, on a relevé 583 résultats négatifs et 3 positifs qui ont été envoyés en observation au sanatorium.

Sur 712 enfants chez lesquels existaient des commémoratifs de contact tuberculeux, des signes stétacoustiques ou radiologiques suspects, ils ont trouvé 117 résultats positifs sur 121 cas de formes ulcéreuses, 102 positifs sur 141 cas de formes pneumoniques non excavées. Dans les tuberculoses évolutives de primo-infection, 64 cas positifs sur 118 et même dans des cas considérés comme tuberculose ganglionnaire formée, ils ont aussi trouvé 3 cas positifs sur 38.

Ces chiffres concernent seulement la coloration sur lames après homogénéisation, l'inoculation au cobaye permet de déceler des cas qui paraissent négatifs à l'examen microscopique simple. Les auteurs insistent en terminant sur l'importance du perfectionnement apporté à leur méthode par Saenz et Costil, grâce à la culture sur milieu de Lœwenstein qui permet, dans les cas d'apparence négative, d'avoir une réponse en deux ou trois semaines, beaucoup plus rapide que par l'inoculation au cobaye.

Cette méthode est utile non seulement au point de vue diagnostic, mais aussi au point de vue thérapeutique, puisqu'elle donne des indications pour le traitement qui peut ainsi être plus précoce et par conséquent beaucoup plus efficace.

Accouchement spontané après élargissement définitif d'un bassin rétréci par greffes ostéopériostiques. — M. Yves Delagenière.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1936)

Sur la reconstruction de la glande mammaire. — M. Claoué expose sa technique de reconstruction de la glande mammaire. Elle comporte deux temps essentiels : 1° la rotation et l'enroulement sur lui-même du moignon glandulaire avec son accrochage au chorion formant ligament suspenseur ; 2° la mise en place de la région aréolo-mamelonnaire par rotation, plicature et invagination dans sa base de la portion du cône à tronquer.

Le réveil de la tonicité musculaire. — M. Henri Tissier engage les médecins à utiliser, dans tous les domaines, ce moyen si simple qui par lui seul est de nature à guérir certaines affections jusqu'ici incurables. Il en donne comme exemple le déséquilibre musculaire de l'œil, les parésies des cordes vocales, l'emphysème pulmonaire, le prolapsus utérin.

Deux radiographies de l'épaule montrant la nécessité d'une technique radiographique. — M. M. Joly montre deux radiographies de la même épaule faites à une demi-heure d'intervalle ; l'une est négative, l'autre montre une calcification dans l'espace sous-acromial. Cette différence, capitale pour le diagnostic et le traitement, provient uniquement d'une faute de technique dans la prise de la première radiographie.

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1936)

Rhumatisme blennorragique. Traitement par l'association infra-rouge-massage. — Mme Delaplace et M. C. Piffault montrent l'utilité de l'adjonction du massage aux rayons infra-rouges dans le traitement du rhumatisme blennorragique pour diminuer la durée du dysfonctionnement.

Un électrocardiogramme à morphologie variable avec projections. — M. A. Pruche projette une série d'électrocardiogrammes appartenant tous à un même sujet cliniquement et radiologiquement exempt de toute affection cardio-vasculaire. Au repos, l'électrocardiogramme est tantôt normal, tantôt présente l'aspect dit de « bloc de branche ». Cette altération du tracé est strictement limitée à la dérivation I ; la morphologie des deux autres dérivations demeure constamment normale. En dérivation I, il est arrivé de recueillir deux tracés à cinq minutes d'intervalle : le premier est un bloc de branche, le second est normal. D'autre part, trois tracés ont été pris, à quelques jours de distance, pendant la compression des globes oculaires ; ces trois électrocardiogrammes n'ont entre eux aucune analogie et semblent appartenir à trois sujets différents. L'auteur se garde de tirer des conclusions ; il se borne à exposer des faits, à apporter sa contribution à l'étude du polymorphisme de certains électrocardiogrammes.

Un cas de grande hyperthricose du visage chez une jeune femme de vingt ans. Son traitement par l'électrocoagulation. — Mlle A. Prost présente l'observation d'une malade atteinte de cette affection, qu'elle a traitée et guérie par cette méthode. L'auteur donne à ce sujet des indications sur la technique employée pour détruire cette véritable barbe sans laisser de traces.

L'anesthésie électrique. Ses caractères. — M. R. Grain, prenant comme exemple la dysphagie douloureuse de la laryngite tuberculeuse, précise les caractères très particuliers de l'anesthésie électrique. Elle est instantanée, fidèle, totale, progressive et stable.

La transfusion sanguine dans le traitement de l'urémie. — MM. A. Grimberg et Kerckhove apportent l'observation d'un malade dont la crise d'urémie aiguë a été complètement enrayée par des transfusions sanguines suivant des saignées. Le malade a pu se lever le dix-septième jour.

La diathermocoagulation est le seul traitement du naevo-carcinome. — M. Marcel Joly déconseille formellement topiques, caustiques, cautère, chirurgie, radiations, lorsqu'une tumeur cutanée présente la moindre trace de mélanine ; seule la diathermocoagulation est de mise.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS EN MATIÈRE D'ACCIDENTS CAUSÉS PAR LES APPAREILS RADIO-ÉLECTRIQUES

Les accidents causés par l'utilisation thérapeutique des appareils radio-électriques soulèvent divers problèmes juridiques, dont les tribunaux ont déjà eu à maintes reprises l'occasion de connaître.

Pour la clarté de cet exposé, nous respecterons la distinction établie par la jurisprudence entre les accidents survenus par suite d'un simple examen radiographique ou radioscopique et ceux occasionnés au contraire par un véritable traitement radiothérapique.

1° Accidents survenus par suite d'examens radiographiques ou radioscopiques.

La jurisprudence se fonde sur l'opinion courante, qu'en matière de radiographie et de radioscopie, il n'y a pas de risque sans faute de l'opérateur et si toutes les précautions raisonnables ont été prises par le médecin.

Elle en déduit que le malade, dans l'esprit duquel aucune idée de danger n'a été éveillée, n'a lui-même accepté aucun risque et les magistrats soumettent dès lors le médecin opérateur aux prescriptions de l'art. 1384 du Code civil, qui édicte une présomption de responsabilité à l'encontre du gardien d'une chose en cas d'accident provoqué par celle-ci. Ils estiment ainsi qu'utilisé pour un simple examen l'appareil radio-électrique ne saurait être assimilé à l'instrument de chirurgie, au gardien duquel l'article 1384 n'est jamais appliqué.

Les Tribunaux considèrent, en effet, que, l'instrument de chirurgie étant un outil entre les mains du chirurgien et ne faisant en quelque sorte qu'un avec elles, l'obligation de garde ne peut s'étendre davantage à celui-là qu'à celles-ci. Au contraire, les appareils radio-électriques ont des effets propres et leur action, quoique provoquée et réglée par celui qui les met en œuvre, n'a pas sa source dans l'activité musculaire de celui-ci qui ne fait qu'en utiliser les effets.

Or, l'article 1384 est aussi général que possible ; il ne distingue pas suivant que la chose est ou non actionnée par la main de l'homme, suivant qu'elle est ou non dangereuse. Il doit donc recevoir son application à l'encontre du gardien de l'appareil radio-électrique, c'est-à-dire du médecin opérateur. En termes plus clairs, celui-ci sera présumé l'auteur responsable du dommage survenu au malade.

Pour détruire cette présomption, il ne suffira pas que le médecin prouve n'avoir commis aucune faute ou que la cause du dommage est restée inconnue, mais bien que le dommage est survenu par suite d'une faute de la victime, d'un cas fortuit ou de force majeure ou du fait d'un tiers.

En se remémorant que c'est l'article 1384 qui est applicable au propriétaire d'une voiture automobile, en matière d'accidents de la circulation, on saisit aussitôt la difficulté rencontrée par celui sur lequel pèse la présomption pour détruire celle-ci par la preuve de l'existence d'une cause étrangère, qui peut revêtir seulement l'une des trois formes énumérées ci-dessus.

La jurisprudence fait donc encourir au médecin qui procède à un examen radiographique ou radioscopique une responsabilité redoutable par les difficultés qu'il rencontrera à l'éluder en cas d'accidents, dont la rareté fonde juridiquement la présomption et la rend seule admissible.

2° Accidents occasionnés par les traitements radiothérapiques.

La responsabilité médicale est régie par des principes tout différents de ceux qui sont appliqués au cas d'accidents survenus lors de simples examens.

Tout d'abord, la jurisprudence actuellement dominante se refuse à faire application des dispositions de l'article 1384.

Retenant qu'au contraire des simples examens les traitements radiothérapiques comportent un danger pour le patient qui ne peut l'ignorer, les tribunaux estiment que celui-ci, en acceptant ou sollicitant de participer à l'usage des appareils radio-électriques, a par avance accepté le risque inhérent à leur emploi, ce qui le prive du bénéfice de pouvoir se prévaloir des dispositions de l'art. 1384 du Code civil. Ceci n'est, d'ailleurs, que l'application à un cas particulier d'une jurisprudence générale relative à cet article, aux termes de laquelle celui qui a accepté de participer à l'usage de la chose dangereuse ne peut se prévaloir à l'encontre du gardien de celle-ci de la présomption de responsabilité de l'article 1384 ; jurisprudence générale qui reçoit, on le sait, son application notamment en matière d'accidents d'automobiles : le transporté bénévole qui a consenti à monter dans la voiture de l'auteur de l'accident est tenu, pour obtenir de celui-ci réparation du préjudice subi du fait de cet accident, de rapporter la preuve d'une faute du conducteur, sur lequel ne pèse aucune présomption.

L'article 1384 étant écarté, il s'agit dès lors de rechercher en vertu de quels textes légaux la victime du traitement radiothérapique pourra obtenir réparation du préjudice subi par elle.

Quels sont donc les liens de droit qui unissent le malade au médecin traitant ?

On ne saurait nier que ces rapports juridiques aient leur source dans un contrat, puisque le médecin s'engage à fournir ses soins au malade et celui-ci à rémunérer le médecin.

Mais, il ne faut pas s'y tromper ; à moins d'une promesse formelle, le médecin ne s'engage pas à procurer au malade la guérison ; sinon, les médecins seraient toujours responsables du décès de leurs clients ou du défaut de guérison de leurs malades et cette conséquence est inadmissible.

L'obligation du médecin consiste seulement à prêter ses soins au malade, à s'efforcer de le soulager et de le guérir, mais non à le guérir.

Ceci étant, il existe bien un contrat entre médecin et malade, mais les dispositions de l'article 1147 du Code civil ne peuvent être d'aucun bénéfice à ce dernier.

On sait que, d'après cet article, la partie qui n'exécute pas l'obligation dérivant pour elle d'un contrat doit être condamnée du seul fait de cette inexécution au paiement de dommages-intérêts envers son co-contractant.

Il suffit donc à celui-ci d'apporter la preuve de cette inexécution pour avoir droit à des dommages-intérêts ; il bénéficie ainsi des avantages de la présomption de faute qui pèse sur son adversaire.

Il est aisé de s'apercevoir que ces avantages, en la matière qui nous intéresse, sont réduits à néant.

Le médecin n'a en effet pris qu'un seul engagement, celui de s'efforcer de guérir et non de guérir. L'inexécution de l'obligation consistera donc de sa part à ne pas avoir fait tout ce qui dépendait de lui pour tenter de guérir et non de ne pas avoir guéri.

La preuve de l'inexécution sera la preuve que les soins sur lesquels le malade était en droit de compter n'ont pas été donnés conformément aux règles et aux usages de la profession médicale et la présomption de l'article 1147 ne sera d'aucun avantage au patient qui, au cours d'un traitement médical, aura subi des dommages corporels.

S'il veut obtenir réparation du préjudice qu'il a subi, il ne pourra se contenter d'établir que le traitement lui a causé une blessure ; il devra prouver qu'il y a eu faute du médecin.

En définitive, ce sont donc les principes de la responsabilité quasi-délictuelle des articles 1382 et 1383 du Code civil qui devront être appliqués en la matière et le médecin devra rendre compte de toute faute ou de toute négligence dommageables dans la conduite du traitement radiothérapique et dans l'emploi des appareils radio-électriques.

Tels sont les principes que les tribunaux ont le plus généralement admis à l'occasion des instances assez nombreuses engagées par les victimes des accidents de la radiothérapie.

Notons que la sévérité des magistrats s'accroît depuis quelques années à l'encontre des praticiens.

Eclairés par les appréciations des experts, qui sont presque toujours commis dans semblables procès, les magistrats sont au courant des progrès de la science médicale et des méthodes de protection contre les radiations nocives.

Certains accidents, qui paraissaient, il y a quelques années, imprévisibles et dont en vain les victimes auraient demandé réparation, valent aujourd'hui à leurs auteurs des condamnations sévères chaque fois que le malade peut apporter la preuve que le médecin n'avait pas pris au cours du traitement les précautions que des découvertes récentes imposaient.

Absolution hier ! Condamnation demain ! Du magistrat d'aujourd'hui, soucieux de rendre une bonne justice, les travaux scientifiques, pas plus que les travaux législatifs, ne doivent être ignorés et, par les uns et les autres, le droit sans cesse se modifie.

C. NATTAN-LARRIER,
Docteur en Droit,
Avocat à la Cour de Paris.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 23 mars. — Jury : MM. Loeper, président ; Mathieu, Robert Debré, Haguenau. — M. Fleury. Etude de la sérothérapie non spécifique et de l'anti-anaphylaxie. — M. Luszynski. La tension artérielle pendant le cycle menstruel chez la femme. — M. Notari. Rétention des sels biliaires, au cours de l'ictère spirochétonique. — M. Moreau. Etude du pied valgus congénital convexe. — M. Mahaudeau. Les accidents consécutifs à la défection des ventricules en neuro-chirurgie, en particulier chez l'enfant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 25. — MERCREDI 25 MARS 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Ra[illegible] PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION. — Le gouvernement de la République française cite à l'ordre de la nation : Paul-Marie Feuillade, docteur en médecine, pilote-aviateur, croix de guerre.

« Engagé volontaire pendant la guerre. A eu une brillante conduite aux armées. Entraîné par une vocation irrésistible pour l'aviation, s'est fait remarquer au cours de nombreux vols de propagande par son enthousiasme et son mépris du danger. A trouvé la mort le 6 octobre 1935 dans un accident survenu au cours d'un meeting aérien organisé à Esch-sur-Alzette, dans le grand-duché de Luxembourg. »

— Nous renouvelons à notre ami, le commandant Feuillade, inspecteur aénéral de la Compagnie fermière de Vichy, si cruellement frappé par la mort de son frère, l'expression très émue de notre profonde sympathie.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Par décision de la Commission administrative en date du 8 février 1936, ont été nommés :

M. Lachapèle, électro-radiologiste de l'hôpital Saint-André, en remplacement de M. Nancel-Penard, admis à l'honorariat.

M. Mathey-Cornat, électro-radiologiste de l'hôpital Pellegrin, en remplacement de M. Lachapèle, appelé à d'autres fonctions.

M. Guichard, électro-radiologiste de l'hôpital des Enfants, en remplacement de M. Mathey-Cornat, appelé à d'autres fonctions.

— LYON. — Après concours, M. Peycelon a été nommé chirurgien des hôpitaux.

— NIMES. — Un concours pour la nomination d'un médecin adjoint oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Nîmes sera ouvert au mois de juin 1936.

Les demandes d'admission devront être adressées avant le 30 mai 1936, à 18 h., dernier délai.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. le professeur Nicloux (de Strasbourg) a été élu membre correspondant de l'Académie des sciences (section de chimie).

ACADÉMIE DE CHIRURGIE. — Dans sa dernière séance, l'Académie de chirurgie a élu à l'unanimité comme membres libres :

MM. d'Arsonval, professeur honoraire au Collège de France, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine; Leclainche, vice-président de l'Académie des sciences; Antoine Béclère, ancien président de l'Académie de médecine, et Cl. Regaud, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Bobé, médecin chef de l'asile d'aliénés de Sarreguemines (Moselle), est nommé médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de M. le docteur Briau.

M. le docteur Dagand, reçu au concours de médecin des asiles de 1935 avec le numéro 2, est nommé médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public de Limoux (Aude), en remplacement de M. le docteur Piquemal, décédé.

JUBILÉ DE M. ANTOINE BÉCLÈRE. — Des amis et des élèves du docteur Antoine Béclère, à l'occasion du quatre-

vingtième anniversaire de sa naissance, le 17 mars 1936, désirent lui exprimer leur affection et leur admiration. Ils ont pensé que la meilleure manière de lui manifester leurs sentiments serait de lui offrir une médaille et un livre : la médaille portera l'effigie du Maître ; le livre jubilaire contiendra un petit nombre d'articles, résumant l'ensemble de son œuvre scientifique.

Tout souscripteur d'au moins 100 fr. recevra un exemplaire de la médaille et du livre jubilaire.

Le médaillon « grand format », de l'avers de la médaille, de 21 centimètres de diamètre et fondu en bronze, sera mis à la disposition des souscripteurs moyennant un versement supplémentaire de 100 fr.

Les adhésions et le montant des souscriptions sont reçus par M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (VIe).

La date de la cérémonie sera fixée ultérieurement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Dervieux, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, médecin expert près le Tribunal de la Seine, décédé à Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine a étendu aux médecins syndiqués de tout le département les services de l'Office de renseignements organisé par le Syndicat des Médecins de la Seine, au sujet de l'application de la loi sur les assurances sociales.

Les membres des syndicats constituant cette Fédération (Syndicat des Médecins de la Seine, Syndicat médical de Paris, Syndicat de la banlieue Est et Sud, Syndicat de la banlieue Ouest et Nord, Syndicats de spécialistes, Groupement hospitalier) pourront donc, pour tout renseignement, s'adresser au siège social, 28, rue Serpente, où le Directeur de l'Office se tiendra à leur disposition, le jeudi matin, de 10 à 11 heures.

Le Secrétaire général,
Dr DOURNEL.

LA SCOLIOSE EST UNE MALADIE QUI NE RENTRE PLUS DANS LE CADRE DES ASSURANCES SOCIALES

M. Armbruster, sénateur, expose à M. le ministre du travail les faits suivants : certains médecins ne prescrivent plus le port d'un corset pour le traitement de la scoliose, mais des séances de gymnastique suédoise. Or, les caisses primaires d'assurances sociales se refusent à payer ce mode de traitement, s'appuyant sur un récent arrêté de la cour de cassation infirmant un jugement du tribunal civil de La Rochelle ; et demande si la scoliose est devenue une maladie qui ne rentre pas dans le cadre des assurances sociales du fait de son nouveau traitement et si les médecins ne doivent plus le prescrire et, dans le cas où le traitement devrait être appliqué, si le professeur de gymnastique a droit à une rémunération par les assurances sociales ? (*Question du* 13 *janvier* 1936.)

Réponse. — Il résulte de l'arrêt de la cour de cassation en date du 9 juillet 1935 que si la maladie exige un traitement spécial, la caisse ne saurait être tenue des dépenses supplémentaires que ce traitement entraîne qu'à la condition que le médecin traitant et la caisse aient estimé, d'un commun accord, que ce traitement est nécessaire ou, qu'en cas de désaccord, la commission technique prévue par l'article 8, paragraphe 3, du décret du 28 octobre 1935 en ait ainsi décidé. (*J. O.*, 21 février 1936.)

HONORAIRES DUS AU CORPS MÉDICAL HOSPITALIER PRÉLÈVEMENT DE 10 P. 100

M. Betoulle, sénateur, expose à M. le ministre de la santé publique et de l'éducation physique que les honoraires dus au corps médical hospitalier par les caisses d'assurances sociales pour le traitement, à l'hôpital, des malades assistés assurés sociaux, sont versés, chaque année, aux hospices de Limoges, à charge par cette administration d'en effectuer la répartition au corps médical ; et demande s'il y a lieu d'appliquer à ces reversements le prélèvement de 10 p. 100, mesure contre laquelle protestent, par avance, les médecins. Il est à noter que ces honoraires ont été fixés par convention entre les caisses, le corps médical et les hospices. Par ailleurs, les mêmes médecins reçoivent de l'hôpital une indemnité fixe, soumise, jusqu'à ce jour, sans contestation, au prélèvement de 10 p. 100. (*Question du* 1er *février* 1936.)

Réponse. — Le prélèvement de 10 p. 100, institué par le décret-loi du 16 juillet 1935, applicable aux honoraires dus au corps médical hospitalier ne doit porter, lorsqu'il s'agit d'assurés sociaux assistés, que sur la portion des frais (20 p. 100) incombant au service d'assistance. (*J. O.*, 22 février 1936.)

ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

M. Joseph Rossé, député, demande à M. le ministre de l'éducation nationale si, pour un Autrichien rappelé par sa famille, demeurant depuis plusieurs années en France, voulant étudier la médecine en France, se faire naturaliser et servir dans l'armée française, le certificat de maturité d'un gymnase autrichien (Abitur) est considéré comme équivalent au baccalauréat français par l'administration scolaire en France. (*Question du* 21 *janvier* 1936.)

Réponse. — Si le diplôme dont il s'agit est un certificat de maturité délivré par un établissement autrichien de l'un des quatre types suivants : Gymnasium, Realgymnasium, Realschule, Hauptschule, il peut permettre à son titulaire de s'inscrire dans une faculté française en vue du diplôme universitaire de docteur en médecine, à condition toutefois que l'intéressé justifie du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques ou d'une décision d'équivalence de ce titre. Par contre, il ne peut permettre à son titulaire de postuler le diplôme d'Etat de docteur en médecine. (*J. O.*, 26 février 1936.)

Neurologie, par R. MONIER-VINARD, médecin de l'hôpital Ambroise-Paré. — Un volume de 222 pages avec 2 fig. (Collection des Initiations médicales). — Prix : 22 fr. — Masson et Cie.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

LIVRES NOUVEAUX

Les disgrâces et les déficiences de la morphologie humaine : Chirurgie réparatrice, plastique et esthétique de la poitrine et de l'abdomen (1), par le docteur DARTIGUES.

L'étude des « Disgrâces et Déficiences de la Morphologie humaine » est entrée depuis une dizaine d'années et progressivement dans le domaine de la chirurgie plastique. Ce fut une conquête assez difficile contre les préjugés. Bien des discussions, de nombreux travaux, des publications, des communications ont affirmé le courant en faveur de la chirurgie plastique.

Le Dr Dartigues vient de consacrer un excellent livre, de 160 pages, à la question de la Chirurgie plastique du tronc, et en particulier de la poitrine et de l'abdomen.

Il est inutile de s'étendre longuement sur un livre de Dartigues. On est sûr d'avance qu'il est l'expression de la conscience même d'un savant qui est un homme d'action et d'expérience. Il voit juste même lorsqu'il paraît se lancer dans ce qu'on appelle parfois imprudemment des anticipations. C'est dire avec quel intérêt cet ouvrage sera lu par tous les praticiens.

F. L. S.

Les voies aériennes et la tuberculose (2), par G. PORTMANN, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, et H. RETROUVEY, ancien laryngologiste des hôpitaux de Bordeaux, médecin des dispensaires antituberculeux du Finistère.

Si le phtisiologue doit tenir compte de l'état des voies respiratoires supérieures dans l'appréciation des signes cliniques qu'il observe au niveau du poumon, le laryngologiste, de son côté, ne doit pas perdre de vue que l'appareil respiratoire est un tout et que — indépendamment même du diagnostic des lésions tuberculeuses pour lesquelles la connaissance de l'état pulmonaire ou général lui est indispensable — tout acte thérapeutique d'ordre chirurgical, qu'il effectuera au niveau des fosses nasales ou du larynx, aura un retentissement indéniable sur le parenchyme.

D'autre part, certaines techniques, d'ordre spécial, telles que la bronchoscopie, voient leurs applications déborder le cadre strict des affections des voies aériennes et s'étendre au traitement de certaines pneumopathies.

Les rapports de la tuberculose et des voies aériennes peuvent être étudiés sous deux angles différents : d'abord sous celui des tuberculoses locales des différentes régions qui les constituent.

Parmi les complications de la tuberculose pulmonaire, elles sont, pour une d'entre elles, au moins, parmi les plus fréquentes. Ensuite, indépendamment de toute lésion spécifique, l'état des voies respiratoires chez les tuberculeux pulmonaires a son importance, aussi bien au point de vue de l'étude des causes prédisposantes, que de la pathogénie et du diagnostic différentiel.

L'intention des auteurs n'a pas été d'écrire un traité complet de la tuberculose du nez, de la gorge et du larynx ; ce serait une répétition inutile des ouvrages classiques. Ils ont voulu seulement passer en revue les différents aspects cliniques de ces tuberculoses locales en fonction de la tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire qui leur a donné naissance, et envisager les principaux problèmes que soulève l'état des voies respiratoires dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

(1) Un volume de 160 pages avec 100 illustrations. — Prix : 20 fr. — Paris, éditions René Lépine.

(2) Bibliothèque de phtisiologie. Un volume de 312 pages avec 30 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

C'est pourquoi ils ont volontairement passé sous silence toute thérapeutique locale nécessitant une technique particulière relevant du seul laryngologiste, pour n'envisager que l'action, sur les lésions nasales ou laryngées, des méthodes de traitement général de la tuberculose.

L. G.

Acquisitions nouvelles dans le domaine de la blennorragie (1), par le docteur G. FRANCK, ancien chef de Clinique dermatologique universitaire de Lausanne, membre correspondant de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, membre titulaire de la Société Française de Prophylaxie.

C'est le premier volume d'une série de publications sur les acquisitions nouvelles dans le cours de ces vingt dernières années concernant la blennorragie. L'auteur, qui sera secondé dans cette mise au point par des collaborateurs, envisagera ce qui est nouveau d'abord, ce qui est le fruit de son expérience personnelle ensuite, et ceci dans les principaux chapitres de pathologie de la gonococcie.

Qu'ils soient étudiants ou spécialistes, les lecteurs auront un jour la preuve que la publication de ce premier volume, pour ne parler que de la bactériologie, a sa place indispensable dans la bibliothèque de tout médecin. Là, plus que jamais, ils constateront qu'il y a des maladies, mais qu'il y a surtout des malades. Ils comprendront alors pour quelles raisons la recherche du gonocoque, sa mise en évidence, sa destruction, son dépistage surtout sont difficiles. Cela leur permettra, après avoir parcouru les *classiques*, qui leur donneront la possibilité de s'orienter tant que le cas à traiter restera *classique* lui-même, à rechercher aussi, puis traiter les cas, toujours plus nombreux, anormaux qui constituent un chapitre très important de la pathologie gonococcique, chapitre trop souvent encore négligé ou passé sous silence dans les classiques, et pour cause.

L. G.

Le diabète sucré. Questions controversées de clinique et de pathogénie (2). Leçons professées à l'hôpital Saint-André de Bordeaux (Service du professeur Mauriac), par MM. E. AUBERTIN, Ed. BESSIÈRE, P. BROUSTET, O. HIRSCH, P. MAURIAC, R. SARIC, M. TRAISSAC, F.-J. TRAISSAC.

I. Hépatomégalies de l'enfance avec troubles de la croissance et du métabolisme des glucides, par Pierre Mauriac.

II. Les comas diabétiques sans acétonurie, par Pierre Broustet.

III. Les diabètes juvéniles à réaction insulinique intense et brève, par Marcel Traissac.

IV. Les diabètes intermittents, par Pierre Mauriac et R. Saric.

V. Les complications nerveuses du diabète, par Pierre Broustet.

VI. Complications oculaires du diabète, par Ed. Bessière.

VII. Examen et surveillance d'un malade diabétique, avant, pendant et après le traitement insulinien, par F.-J. Traissac.

VIII. Dans quelle mesure est-il possible de dépister cliniquement une carence en insuline à l'origine d'un diabète sucré, par Emile Aubertin.

IX. Le comportement individuel de la glycémie dans diverses épreuves fonctionnelles et son rapport avec différentes constitutions physiques, par O. Hirsch.

L. G.

(1) In-12 de 85 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Legrand.

(2) In-8 de 214 pages. — Prix : 32 fr. — Paris Masson et Cie

LE SUBSTRATUM DES BRULURES D'ESTOMAC

Par MM. Maurice LOEPER et René FAU.

La question des brûlures gastriques est toujours d'actualité. Leur explication est délicate, mais peut être trouvée ou précisée dans quelques faits récents.

Il n'est pas besoin de rappeler que les troubles de sensibilité sont de règle dans les maladies gastriques. Certains sont très francs et typiques ; d'autres plus estompés. Ceux-ci sont de la gêne, du malaise ; ceux-là des réactions douloureuses véritables.

La gêne est extrêmement fréquente et atteint son maximum dans ce que d'aucuns ont appelé la dyspepsie flatulente ou sensitivomotrice.

Elle n'est pas, à proprement parler, de la véritable douleur.

La douleur est parfois très violente : « coup de poignard », constriction, écrasement. Elle peut être rythmée par l'alimentation, tantôt précoce, tantôt très tardive ou tardive. Ses irradiations sont plus ou moins lointaines, dans le dos, les épaules. Son acuité, son horaire, son siège, sa précision sont parfois tels qu'on porte aisément à la fois un diagnostic de lésion et un diagnostic de localisation.

Entre ces deux variétés de réactions, nettement plus précise que la gêne, mais moins aiguë que la douleur, se place la *brûlure de l'estomac ;* c'est encore une sensation épigastrique. Elle doit être distinguée de la brûlure de l'œsophage, du pyrosis en un mot, qui suit l'absorption de vin, de conserves, d'acides, de condiments ou d'alcool, et qui est une sensation œsophagienne rétrosternale et non pas épigastrique ou gastrique.

La brûlure d'estomac est quelque chose de très spécial. Elle est assez variable dans son horaire et varie chez un même sujet, elle ne survient pas toujours au même moment et ne présente pas toujours le même caractère. Elle est parfois très durable, souvent rythmée par l'alimentation, fréquemment incohérente.

Le caractère en est bien indiqué par le malade qui parle de « brûlant », de fer rouge dans l'estomac. Précoces, tardives, quelquefois très tardives, parfois l'un et l'autre, ces brûlures peuvent persister pendant la durée de la digestion et apparaissent aussi quelquefois à jeun.

La brûlure peut être un symptôme presque quotidien et de tous les repas ; elle cesse parfois de façon subite et reparaît de même. Elle est rarement spécifique d'un seul aliment, mais elle peut reparaître avec le même aliment. La cause de la récidive est souvent de découverte malaisée.

La brûlure est donc à la fois tenace et variable, spécifique et fantaisiste. Le substratum physiologique en est mal connu, l'étiologie en est multiple et variée ; il est impossible de dire qu'elle soit l'apanage électif sinon exclusif d'aucune affection de l'estomac.

***

Commençons par l'*hyperchlorhydrie :* elle produit rarement la brûlure et la brûlure ne traduit pas fatalement l'hyperchlorhydrie. La plupart des malades même qui présentent des brûlures n'ont pas d'hyperchlorhydrie.

Mais il ne faudrait pas aller trop loin et nier que la brûlure puisse se rencontrer dans l'hyperchlorhydrie. Certains malades qui présentent 1 gr. 20, 1 gr. 30 d'acide chlorhydrique libre ont des brûlures d'estomac : mais ils n'ont pas ces brûlures parce qu'ils sont hyperchlorhydriques, ils ont ces brûlures tout en étant hyperchlorhydriques et peut-être quoique étant hyperchlorhydriques.

Pour beaucoup d'auteurs ou de praticiens, surtout pour beaucoup de malades, la brûlure d'estomac est signe d'hyperchlorhydrie. Il ne peut y avoir synonymie entre les deux mots, aucune relation de cause à effet entre les deux manifestations.

Par contre, la plupart des sujets qui présentent des brûlures ont plutôt des *fermentations* secondaires.

Ces fermentations gastriques, qui se produisent après absorption de sauces, de poissons ou de préparations culinaires plus ou moins choisies et surveillées, sont d'une fréquence extrême. Les aigreurs, les renvois désagréables qui les accompagnent rappellent d'assez près les aliments qu'on a absorbés. La brûlure dépend souvent de la production abondante d'acides gras : lactique, butyrique, acétique qui naissent des graisses et aussi des amylacées sous l'influence d'éléments microbiens ou parasitaires variés, sarcines, ferments lactiques, etc. La fermentation gastrique est donc, dans un très grand nombre de cas, à l'origine des brûlures d'estomac.

Voici à ce sujet une observation caractéristique : Un homme d'une trentaine d'années va depuis deux ans dans les restaurants les plus variés et présente d'une façon quasi quotidienne, mais avec un horaire assez imprécis, des brûlures après tous les repas, tantôt aussitôt après, tantôt beaucoup plus tard lorsqu'il croit avoir digéré. Quelquefois même ces brûlures se produisent le matin quand il est à jeun. Il incrimine, avec raison, les graisses et les sauces qui sont les plus nocifs des aliments qu'il ingère. A ces troubles se joignent des démangeaisons de la face, du cuir chevelu, ou d'ailleurs.

On examine l'acidité gastrique : l'acide chlorhydrique libre est de 0 gr. 15, ce qui est infime ; les acides de fermentation atteignent 1 gr. 80, ce qui est énorme. Le régime atténue les brûlures ou les fait disparaître et le traitement aussi. La suppression des graisses, des farineux, des sauces, l'administration de légumes verts bouillis, est aussi efficace que l'absorption d'eau de chaux, de sels alcalins, voire d'hyposulfite de soude.

Les brûlures sont remarquablement fréquentes chez les *hépatiques;* mais il faut considérer ici 2 catégories : les hépatiques qui inondent leur estomac de bile le matin à jeun ou après les repas ; et les hépatiques dont le fonctionnement du foie, son pouvoir de défense ou de neutralisation sont défectueux. Et l'on trouve souvent un ictère catarrhal dans le passé pathologique.

A plusieurs reprises, en étudiant ces faits avec nos collègues Thinj et Forestier, chez des hépatiques et lithiasiques, nous avons été frappés de cette fréquence des brûlures. Sur 10 lithiasiques, 3 au moins présentent des brûlures, les autres ont des douleurs plus

précises et plus rythmées. On peut se demander pourquoi ces brûlures se produisent. Il semble d'après quelques observations assez typiques qu'elles aient souvent pour cause l'inondation de l'estomac par la bile.

Un médecin illustre de Vichy, aujourd'hui décédé, Linossier, avait insisté sur la sécrétion biliaire prandiale des lithiasiques ; la bile inonde l'intestin, et la diarrhée prandiale en est la conséquence. Linossier a surtout incriminé la lithiase ; mais la présence de calculs n'est pas indispensable et l'excitabilité biliaire du foie existe en dehors d'elle. Certains sujets « crachent » la bile avec brutalité. Quand la bile inonde seulement l'intestin, une diarrhée rapide se produit, impérieuse et brutale. Quand elle inonde l'estomac, la brûlure apparaît. Le tubage d'ailleurs, soit à jeun, soit après le repas, permet de recueillir dans leur estomac une quantité de bile considérable ; la bile évacuée, la brûlure s'atténue ou se dissipe.

Le phénomène est patent chez les gastro-entérostomisés et les ptosiques ; chez ceux-là la bile reflue par la bouche jéjunale ; chez ceux-ci elle tombe dans l'estomac facilement grâce au dénivellement gastroduodénal.

Voici 2 observations de gastro-entérostomie.

L'une concerne une dame soignée jadis par Lecène et l'autre par Didier. La première malade présenta pendant longtemps de l'inappétence et des nausées, à la suite d'un ictère d'apparence catarrhale. Pensant à une lithiase, on opère et on fait une cholécystogastrostomie, c'est-à-dire un abouchement de la vésicule à l'estomac : à la suite de cette intervention des brûlures apparaissent, fréquentes, marquées, à la fois après les repas, et durant toute la digestion, parfois du matin au soir et du soir au matin, tellement intolérables que la malade se fait vomir et rend de la bile pure. On se décide à fermer la cholécysto-gastrostomie et les brûlures cessent comme par enchantement.

La malade de Didier que nous avons suivie longtemps souffrait d'ulcère pylorique. La gastroentérostomie substitua aux douleurs de l'ulcus des brûlures surtout matinales qui disparaissaient par le vomissement. Il semble qu'il y ait dans ces deux observations une preuve patente de l'action de la bile sur la production des brûlures gastriques.

L'inondation biliaire nous paraît plus importante que le trouble même du fonctionnement hépatique, la brûlure succède plutôt au contact de la bile qu'au déficit de la fonction antitoxique du foie.

Les brûlures par *ptose* apparaissent surtout chez la femme.

Le mécanisme en est multiple. La ptose est une dislocation gastrique, un allongement de l'organe, un étirement plutôt qu'une ptose véritable.

Elle abaisse le bas-fond de l'estomac et provoque ainsi une certaine angulation du duodénum qui reste accroché au plafond de l'abdomen et se coude par la chute même de l'estomac. Le reflux de bile dans l'estomac est facile. Mais il faut aussi compter avec le tiraillement des nerfs gastriques, et surtout du pneumogastrique, qui est le nerf sensitif de l'estomac. Dans la ptose, ce tiraillement s'ajoute à la gêne de l'évacuation et à l'inondation biliaire.

Nous signalerons encore la fréquence des brûlures, à la suite des traumatismes, quels qu'ils soient, physiques ou moraux.

Et aussi à la suite d'*infections* générales et d'infections locales extragastriques. Nous avons étudié ces différentes causes et les faits parlent d'une façon très impérative.

Une de nos malades fut atteinte de grippe en 1930 ; elle présentait alors des aigreurs, de l'anxiété et vit s'installer des brûlures dont elle ne put triompher pendant des mois par aucun moyen thérapeutique.

Un autre malade, un homme, fait des phénomènes de prostato-vésiculite avec fièvre. Les brûlures gastriques et la constipation apparaissent avec sa prostato-vésiculite et s'améliorent avec elle. En 1933, après une exploration uréthrale bien faite par un urologiste expérimenté, la vésiculite et la fièvre reparaissent et les brûlures parallèlement durant plusieurs mois.

Quel rapport peut-on établir entre cette infection assez distante de l'estomac et ces brûlures gastriques ? Par quelle voie mystérieuse cette infection prostatique a-t-elle retenti sur l'estomac pour déterminer des brûlures ? C'est ce qu'il est difficile de dire.

Nous avons suivi également une jeune femme atteinte de pyélonéphrite à la suite d'une grossesse et qui avait gardé une sensibilité particulière du rein droit. Au cours d'une poussée de colibacillurie des brûlures apparaissent à chaque repas et, chose assez fréquente, elles sont exagérées bien souvent au moment des règles.

Une affection aiguë se retrouve encore chez une malade plus âgée qui, après une crise de furonculose, présente des brûlures de l'estomac : coexistence peut-être, mais coexistence curieuse et impressionnante !

Il existe même des brûlures chez des sujets *parasités* par des oxyures ou des tænias.

Une femme se présente avec des troubles gastriques, vertiges, brûlures inconstantes mais fréquentes, durant toute la digestion, une diarrhée considérable et du prurit : on examine ses selles, on trouve des œufs de tricocéphales et une quantité importante d'oxyures. On donne de la santonine, du bismuth, les oxyures disparaissent, et les brûlures disparaissent en même temps.

Quand on se trouve donc en présence de ces malades, hommes ou femmes, qui viennent consulter pour des brûlures d'estomac, il ne faut donc pas dire de suite : hyperchlorhydrie ou ptose, nervosité ou gastrite, mais chercher dans le passé ou le présent quelque manifestation aiguë ou quelque phénomène moral ou traumatique, toxique ou infectieux, qui puisse déterminer ces accidents.

*
**

Dans une des observations citées plus haut, nous avons eu l'occasion de dire que l'une des malades voyait ses malaises s'accroître au moment des *règles*. Le fait est fréquent. Nous avons vu souvent aussi des brûlures chez des femmes qui avaient supporté successivement deux opérations, ablation de l'appendice, puis des deux ovaires.

Les rapports entre les brûlures et les périodes menstruelles sont fréquents et le rapport entre les brûlures

et la suppression inopinée ou prématurée des règles et surtout la ménopause ne fait point de doute.

Nous pourrions citer des observations de malades qui, à toute époque menstruelle, à la veille de celles-ci plutôt, présentent des brûlures d'une intensité extrême qui cessent dès le lendemain ; d'autres qui présentent des brûlures à peu près constantes et quotidiennes, presque à tous les repas, ne se calmant pas la nuit, 4 ans après la suppression spontanée ou provoquée de leurs règles.

Ces brûlures s'accompagnent parfois d'ailleurs de migraines également périodiques qui persistent comme les brûlures et s'accentuent même encore, alors que la ménopause s'est nettement établie.

Une sensation très particulière et désagréable de brûlure de la bouche, du larynx, de la langue ; un prurit marqué, de véritables troubles d'intoxication générale à la fois gastriques et cutanés peuvent aussi se manifester parallèlement.

Il est probable que ces causes variées ont un substratum anatomique commun mais de recherche et de constatation bien difficiles. Nous l'étudierons dans un instant.

***

Mais auparavant, et pour fixer un peu les esprits, nous procéderons par analogie.

Certaines brûlures ont une base anatomique, ou si l'on veut histologique certaine : telles les brûlures qui suivent certaines intoxications.

Voyons d'abord la brûlure par ypérite.

Pendant la guerre les malades intoxiqués par l'ypérite ne présentaient pas seulement des érythèmes et des phlyctènes cutanés, mais des brûlures de l'œsophage, de la gorge, du nez, du larynx, aussi des brûlures de l'estomac, heureusement moins sévères.

Les réactions étaient très douloureuses et semblaient attribuables, autant qu'on en pouvait juger à l'autopsie, à des ulcérations véritables et souvent étendues. Alors même que ces ulcérations étaient guéries, les douleurs persistaient plusieurs semaines et même plusieurs mois avec une intensité moindre, mais pénible cependant.

La lésion de l'ypérite qui est une brûlure provoquait pendant longtemps des réactions douloureuses à caractère de brûlures.

L'un de nous en 1920 signala le fait à l'Académie de Médecine et soutint que près d'un tiers des accidents gastriques tardifs, des dyspepsies tardives des gazés revêtait le type de brûlures, jusqu'à 5 et 6 ans après l'intoxication. Le cytodiagnostic montrait presque toujours chez nos malades une desquamation marquée de l'estomac. D'autres substance que l'ypérite pendant la guerre, les gaz chlorés par exemple, provoquaient des irritations gastriques semblables quoique plus légères. En temps de paix, l'influence de l'intoxication par le chloroforme, par l'éther, est encore une cause connue agissant de même et certains sujets opérés présentent des brûlures à la suite de leur opération.

De tels accidents ont une base anatomique solide. Peut-on penser que les brûlures, banales, spontanées, d'étiologie extrêmement variable, ont aussi un substratum anatomique et un substratum commun analogue sinon identique et aussi profond ? Nous le croyons et nous efforcerons de le démontrer.

***

Quatre éléments semblent intervenir toujours dans la pathogénie des brûlures : d'abord la réaction nerveuse, ensuite la sensibilité anormale de certains sujets, encore une lésion de la muqueuse gastrique, discrète mais indiscutable, enfin une insuffisance de mucus, et par conséquent de la protection normale de l'estomac.

1° Le *système nerveux*, ou plutôt la cause nerveuse se retrouve dans une foule d'observations ; certains malades n'ont aucune autre cause de brûlures que leur irritabilité nerveuse et leur sensibilité aiguë. Les vagotoniques font fréquemment des brûlures.

Le nerf vague est le nerf principal de l'estomac ; son innervation s'étend à presque tout l'estomac, du cardia jusqu'à l'antre pylorique. Il tient sous sa dépendance la sensibilité de l'organe, la plus grande partie de sa motricité et toute sa sécrétion chimique. Son excitation augmente la sensibilité de l'estomac qui à l'état normal est nulle, mais devient évidente à l'état pathologique. Chez nos malades, on retrouve tous les stigmates de la vagotonie. Le myosis d'abord est fréquent, l'exagération du réflexe oculo-cardiaque également, la salivation apparaît après le repas et traduit l'excitation du vague, et l'arythmie respiratoire qui est si fréquente est encore un signe vagotonique connu.

Certes, on voit aussi ces brûlures chez des sujets qui n'ont aucun stigmate vagotonique. Néanmoins la *vagotonie* semble à l'origine de beaucoup de brûlures gastriques, sinon de toutes.

2° Il ne faut point s'étonner que cette vagotonie soit élective et qu'elle se traduise plus encore par l'*hypersensibilité* de l'estomac que par une modification des sécrétions. Elle n'est d'ailleurs pas toujours exclusivement gastrique, elle peut être tout aussi bien cutanée, générale, la manifestation gastrique n'étant qu'un élément de l'hypersensibilité générale.

Voici une observation assez caractéristique qui confirme cette hypothèse : une femme de 35 ans vient nous voir en 1932 ; depuis 1929 elle présente des troubles digestifs, d'abord du pyrosis, puis des brûlures d'estomac à la fois précoces, tardives et continues, irrégulières, intermittentes, presque quotidiennes cependant ; plus ou moins durables et toujours assez intenses. Elle a quelquefois des crises diarrhéiques qui alternent avec les brûlures ou les suivent. Jusqu'ici, l'histoire ne diffère pas beaucoup de celle des autres malades. Mais voici l'intérêt de cette observation : jadis sous l'influence d'une piqûre de sérum cette malade fit une urticaire extrêmement considérable. Or les brûlures débutent à ce moment et l'urticaire reparaît souvent avec elles sans qu'on puisse savoir à quoi la rapporter ; aux aliments, aux troubles menstruels ? La radiographie est négative ; la quantité d'acide chlorhydrique libre est de 0,70, c'est-à-dire quasi normale. Il y a de la pneumatose, de la dislocation gastrique. L'intradermo-réaction au lait dilué et à la peptone montre par son acuité une hy-

persensibilité réelle et marquée à plusieurs substances alimentaires.

Un autre malade, un homme, a de la dyspepsie flatulante et des brûlures plutôt précoces. Le tubage est négatif ; il n'a pas de diarrhée, mais fréquemment de l'anxiété pendant la digestion. En même temps que les brûlures et les sensations d'angoisse qui durent une demi-heure, il a de la céphalée, une réelle tendance au sommeil, de l'érythrodermie et un abaissement de la tension artérielle. Dans les antécédents, à l'âge de 22 ans, on relève une crise d'urticaire considérable à la suite d'absorption de poisson. L'hypersensibilité apparaît là aussi manifeste.

Il ne faut cependant pas voir dans les brûlures une manifestation constante d'anaphylaxie alimentaire ; il est certain pourtant que beaucoup de sujets présentent, à la suite d'absorption de poisson ou d'autres substances alimentaires, de l'urticaire et des brûlures gastriques.

Hypersensibilité et terrain vagotonique sont donc souvent à l'origine des brûlures.

3° Il y a autre chose et cette autre chose est une lésion de la muqueuse, une *gastrite superficielle* et passagère. Quand nous avons étudié pendant la guerre avec Wagner et Verpy, cette maladie curieuse que nous avons appelée gastrite hyperplasique et que nous aurions dû appeler gastrite desquamative ou gastrite exfoliatrice, nous avions avancé qu'elle avait pour substratum un peu d'hyperchlorhydrie, un peu de sécrétion à jeun, une abondante desquamation de la muqueuse ; et nous avions attribué sa genèse à une alimentation trop carnée. Les conserves de viande de digestion difficile nous semblaient pouvoir déterminer ce syndrome anatomobiologique. Or dans un tiers des cas nous constations des brûlures ; dans un sixième des cas seulement de véritables douleurs quand la lésion était surtout localisée au pylore et déterminait une pylorite.

Nous nous sommes demandé alors si les brûlures de nos malades actuels n'avaient pas aussi pour origine une sorte de desquamation gastrique, passagère, une de ces gastrites éphémères qu'on peut considérer comme le substratum d'une irritation alimentaire. Et nous avons eu la satisfaction de constater chez certains d'entre eux le même *syndrome desquamatif* par l'examen cytologique, en même temps parfois, que l'intradermo-réaction positive à la peptone et au lait.

Le cytodiagnostic que nous avons jadis proposé avec Binet permet donc, par une vraie biopsie de la muqueuse, de reconnaître aux brûlures une lésion anatomique, superficielle mais indéniable.

Quelques exemples sont démonstratifs et méritent d'être cités. Le premier concerne une malade qui avait des brûlures depuis près de 10 ans, époque, chose curieuse, où elle eut une poussée de dent de sagesse. Les brûlures sont chez elle presque constantes ; elles s'exagèrent à certaines périodes du mois ; l'appétit est bon, il existe parfois de la diarrhée, un peu de ballonnement, mais pas de crampes douloureuses. En même temps que des brûlures se produisent quelquefois des démangeaisons et la réaction intradermique est positive à certains aliments. A l'examen chimique, on trouve 0 gr. 80 d'acide chlorhydrique libre et une acidité totale de 2 gr. 10, ce qui est presque normal.

On fait un lavage d'estomac à jeun ; on trouve une véritable purée d'éléments cellulaires qui ne sont pas des leucocytes mais des cellules épithéliales. Un pansement gastrique amène la guérison des brûlures probablement parce qu'il guérit la lésion muqueuse.

Un autre malade, que j'ai vu peu après la guerre, présentait aussi ce décapage gastrique, et ses brûlures, attribuées à une hyperchlorhydrie, survenaient par crises après des excès de viande et de charcuterie. Il avait un peu de liquide moyennement acide à jeun, et aussi une véritable purée de cellules épithéliales.

La desquamation gastrique, nous le répétons, caractérise donc une forme de gastrite superficielle, discrète, passagère ; elle paraît le substratum anatomique précis de certaines brûlures.

Mais cette gastrite traduit une hypersensibilité plus générale et qui se manifeste parfois sur la peau et aussi sur la langue.

Nous avons vu en effet la glossite exfoliatrice coexister avec des gastrites.

La glossite exfoliatrice, on le sait, est assez fréquente. Nous n'en connaissons ni l'origine ni la nature. Elle doit, à notre sens, être attribuée à cette sensibilisation spéciale de la langue qui alterne dans quelques cas avec la gastrite et les brûlures ou qui les accompagne ou les suit.

Voici une observation publiée dans la thèse d'un de nos élèves, M. Zbar, qui est particulièrement démonstrative : une femme de 40 ans vient consulter en avril 1930 pour une glossite récidivante marginée. A l'examen de la langue on voit comme une dentelle blanchâtre, plus marquée à droite qu'à gauche et entourant toute la langue. Sur le territoire resté sain, on voit aussi une zone dépapillée, arrondie ou ovalaire, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Il n'y a pas de lésions buccales, pas de troubles salivaires, ni dentaires.

La glossite apparaît à peu près tous les mois ou toutes les six semaines, sans régularité absolue, sans rapport avec les règles ; elle persiste huit jours environ, s'atténue, ne disparaît pas complètement et reparaît. Presque toujours elle suit une phase de deux ou trois jours de brûlures gastriques précoces, parfois très violentes, parfois persistantes, sans vomissements, mais avec quelques troubles diarrhéiques assez discrets.

Dans certaines périodes, la glossite paraît alterner avec les brûlures ; mais elle leur est plutôt contemporaine. Le foie est un peu sensible ; l'ictère fait défaut. On ne constate aucun parasite buccal pathogène. La malade a fait plusieurs crises linguales et gastriques sous l'influence indiscutable de pâtisserie et de poisson.

A l'examen chimique pendant la crise et hors de la crise on ne trouve pas d'excès d'acide chlorhydrique ni d'acide de fermentation.

Le liquide de lavage contient un peu d'albumine vraie, au microscope quelques hématies, des cellules rondes de l'œsophage ; et surtout un grand nombre de cellules gastriques desquamées. L'intradermo-réaction au lait dilué au 1/100 est positive et donne un gros érythème ; la réaction à la peptone est aussi positive.

4° A cette desquamation que nous venons de signa-

ler se joint souvent un déficit considérable de la sécrétion muqueuse et ce déficit a son importance.

Le *mucus gastrique* est chose capitale dans l'estomac ; il réalise la couche protectrice des éléments cellulaires contre la sécrétion chlorhydrique et aussi contre les aliments.

Quand on colore, comme l'a fait Fontaine, électivement le mucus et le produit de sécrétion, on s'aperçoit que le mucus constitue une couche uniforme, moins marquée dans le pylore que dans le reste de l'estomac et qui sépare les cellules profondes de la sécrétion acide et des aliments.

Le mucus est donc interposé dans l'estomac entre le contenu gastrique, l'acide et les cellules sous-jacentes. Or le mucus est rare au cours des brûlures gastriques, il est même très fréquemment absent.

Peut-on rappeler que l'estomac à jeun est souvent brûlant et qu'il ne contient jamais de mucus ?

Rappeler aussi que l'amélioration des brûlures coïncide souvent avec l'augmentation diététique ou médicamenteuse de la quantité de mucus gastrique sécrété.

Ainsi, du point de vue étiologique, les causes des brûlures sont multiples et infiniment variables.

Mais du point de vue physiologique, elles sont assez semblables : d'abord la vagotonie, ensuite la sensibilité de la muqueuse ; enfin le décapage gastrique, la gastrite exfoliatrice et la diminution du mucus.

***

La preuve de cette gastrite superficielle n'a d'ailleurs pas été donnée seulement par le cytodiagnostic, mais aussi par la *gastroscopie*.

La gastroscopie est délicate, mais quelques résultats, rares il est vrai, ont déjà été positifs. Un auteur lyonnais, René Chevallier, étudiant les réactions anaphylactiques de l'estomac, ce qu'il appelle les « *allergopathies* », et cherchant, comme je l'ai cherché par d'autres méthodes, leur substratum anatomique, a pu examiner l'estomac de ces sujets sensibles aux œufs ou au lait et atteints de douleurs ou de brûlures.

Il a cité le cas d'un brave homme qui était sensible au venin d'abeilles, et chez qui la gastroscopie permit de voir une sorte d'œdème localisé, une décoloration de la muqueuse, sans exsudats, sans mucus, localisée spécialement à l'antre pylorique et un peu à la petite courbure.

Cet œdème est fugace, ne dure que ce que dure la crise ; il peut provoquer des brûlures et même simuler cliniquement un ulcus, une sténose. Il se caractérise même parfois à la radioscopie par des images lacunaires.

Rowe, Ecker et Berkund ont fait des constatations semblables.

Moutier, dans un rapport remarquable, conclut que ces réactions anatomiques fugaces, œdémateuses sont tout à fait identiques aux intradermo-réactions cutanées qui se produisent dans certaines circonstances et qu'elles sont le substratum de manifestations gastriques, comme les autres le sont des réactions cutanées. Il les appelle des *gastrides*.

On doit rapprocher ces constatations de celles que l'un de nous signalait dès l'an 1912, quand, pour désigner certaines manifestations gastriques, il prononçait le mot d'*intradermo-réaction gastrique*. L'estomac semble donc se mettre en réaction comme la peau, et cette réaction peut être appréciée par trois moyens : par la cytologie, par le dosage du mucus et par la gastroscopie.

***

Nous en arrivons maintenant au *traitement*.

Si la brûlure est un syndrome d'irritation alimentaire, il faut d'abord supprimer au malade l'aliment qui paraît nocif.

Si elle est un signe de décapage gastrique, il faut donner à ces malades un médicament qui panse leur estomac, leur faire absorber du kaolin, plus encore que du bismuth, pris couramment tous les matins à jeun, et à 6 heures du soir ; si elle est un signe d'amyxie, il faut donner des mucines artificielles.

Si elle est une preuve d'hypersensibilité, il faut appliquer la méthode de désensibilisation.

Bien souvent il nous est arrivé par des injections intradermiques de lait, de faire disparaître les brûlures. Témoin notre malade qui fit de la glossite exfoliatrice et de la gastrite desquamative et fut complètement guérie par deux séries de 10 injections de lait.

Si la brûlure est un signe de vagotonie, il faut aussi donner à ces malades de la belladone et de l'atropine. Mais l'action de ces produits est curieuse et complexe. Nous dirons même complète et totale. La belladone et l'atropine sont des médicaments vagolytiques. Or l'hypotonie du vague augmente le mucus, comme la vagotonie le diminue. Quand on excite le vague on diminue le mucus ; quand on le sectionne, on l'augmente.

L'injection d'atropine diminue l'excitation du vague et augmente le mucus de 100 fois. L'ésérine au contraire qui excite le vague diminue le mucus dans des proportions analogues.

La preuve que belladone et atropine sont productrices de mucus est donnée par les chiffres consignés dans la thèse de l'un de nous et que nous rappelons brièvement :

Un malade présente : avant l'atropine 5 gr. de mucus ; après, 22 gr. p. 1.000.

Un autre présente avant l'atropine 6 gr. de mucus ; après, 15 gr.

Un autre présente avant l'atropine 4 gr. de mucus ; après, 100 gr.

Un autre présente avant atropine 1 gr. de mucus ; après, 60 gr.

Et pour montrer la supériorité que peut avoir l'atropine sur la belladone, voici d'autres chiffres intéressants :

Avant atropine	1,5	gr. de mucus
Après belladone	3,3	gr. —
Après l'atropine	22	gr. —

L'augmentation des leucocytes est parallèle à celle du mucus.

Il est remarquable, ainsi que nous l'avons dit autrefois, que l'augmentation si utile du mucus et de la leucopédèse gastrique résulte de cette même inhibition du vague d'où résulte par ailleurs la diminution des spasmes et de l'acidité. Les deux réactions myxo-

leucocytaire et chlorhydropeptique évoluent en sens inverse.

La belladone et l'atropine sont donc à plusieurs titres des médicaments utiles.

Ajoutons que la dose peut être assez faible, X à XX gouttes de belladone en teinture, 2 centigr. de poudre, un quart ou un demi-milligramme de sulfate d'atropine une heure avant le repas peuvent suffire à augmenter dans une grande proportion la quantité de mucus et par conséquent renforcer la protection de la muqueuse en même temps que réduire l'acidité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances consacrées à l'atélectasie pulmonaire

(FÉVRIER 1939)

Atélectasie pulmonaire suraiguë par hémoptysie. — MM. Carnot et Laffitte. Jeune fille, de bonne santé habituelle, prise subitement d'une vive douleur dans le côté droit avec angoisse respiratoire et hémoptysie. A son arrivée à l'hôpital, on constate une rétraction importante de l'hémithorax droit.

Radiologiquement : ascension du diaphragme droit avec dextrocardie à droite de la trachée. Disparition rapide de la dyspnée et de la rétraction à la suite de l'expulsion d'un caillot. Le diagnostic doit être fait avec le pneumothorax spontané qui s'accompagne d'expansion et non de rétraction. C'est l'obstruction bronchique qui détermine l'atélectasie pulmonaire. La raison en est que le caillot, animé de mouvements de va-et-vient, s'enfonce dans la bronche pendant l'inspiration et remonte dans la partie la plus large de la bronche pendant l'expiration.

Diagnostic de l'atélectasie pulmonaire. — MM. Sergent, Kourilsky, Durand, Racine et Turiat. Diagnostic difficile à raison des causes suivantes : 1° il y a des images radiologiques dues à une symphyse rétractile simulant l'atélectasie ; 2° il y a des images radiologiques simulant le rétrécissement hémithoracique par sclérose rétractile dues à l'atélectasie ; 3° parfois, il y a association de sclérose rétractile et d'atélectasie.

Formes cliniques de l'atélectasie pulmonaire. — M. Sayé (Barcelone), a observé différentes formes d'atélectasie pulmonaire :

1° Forme aiguë. — Après une injection de lipiodol, ou une grande hémoptysie ou dans la période post-opératoire des opérés par voie abdominale.

2° Forme chronique, irréductible totale ou lobaire. — Obstruction de la bronche principale dans les poumons bronchiectasiques ou polykystiques, ou après des épisodes bronchitiques de moyenne intensité, mais durables, ou après des cancers endobronchiques, ou à la suite de compression par des tumeurs bénignes ou anévrysmatiques.

3° Forme chronique à involution lente. — Au cours de la primo-infection tuberculeuse de l'enfant par compression des bronches.

4° Forme récurrente ou migratrice. — Désobstruction temporaire des lobes atélectasiques dans la bronchiectasie.

5° Forme associée à la pneumonie, à la pleurésie.

6° Forme partielle ou mineure. — Après hémoptysie d'origine tuberculeuse ou traumatique avec signes parenchymateux localisés.

7° Forme réflexe. — Après pleuroscopie.

Il faut tenir l'atélectasie pour un symptôme précoce dans les maladies broncho-pulmonaires.

Mécanisme de production de l'atélectasie dans la tuberculose pulmonaire. Réaction d'immobilisation pulmonaire. — M. Cardis (Leysin) décrit la réaction d'immobilisation du poumon tuberculeux, réaction poussée à l'extrême pouvant aboutir à l'atélectasie lobaire sans obstruction bronchique, soit au cours de la collapsothérapie gazeuse, soit en dehors de celle-ci, lors de poussées évolutives du poumon.

Atélectasie pulmonaire expérimentale. — MM. Kourilsky et Anglade. Atélectasie réalisée, soit par obstruction bronchique avec des corps étrangers, soit par obstruction par une ligature, soit par mécanisme nerveux : 1° on observe d'abord une perturbation mécanique médiastino-phréno-pariétale, devançant l'opacité radiologique ; 2° l'atélectasie aseptique constitue un état inerte du poumon pouvant se reperméabiliser après plusieurs mois ; 3° l'occlusion des bronches de 2e division n'entraîne pas d'opacité radiologique nette ; 4° l'atélectasie par mécanisme nerveux est difficile à réaliser. Par elle-même, l'atélectasie n'est facteur ni d'infection, ni de sclérose, et influence peu l'évolution des lésions pulmonaires.

Atélectasie dans la collapsothérapie des cavernes tuberculeuses. — M. Naveau (Amélie-les-Bains). Etudes de l'atélectasie sur l'évolution des cavernes tuberculeuses. Les faits cliniques rapportés précisent le rôle du parenchyme atélectasié au cours de la collapsothérapie.

Difficultés d'interprétation du diagnostic radiologique des atélectasies pulmonaires et fausses atélectasies. — MM. Benda et Mollard. Discussion des atélectasies partielles, lobaires et péricavitaires. Les auteurs s'attachent à souligner que les ombres fugaces peuvent avoir d'autres causes que l'atélectasie.

Atélectasie pulmonaire chez l'enfant. — MM. Debré, Lamy, Marie, Mignon. Chez l'enfant, l'atélectasie est une lésion banale. Les auteurs en ont observé sept cas relevant de causes diverses : compression bronchique par ganglions caséeux, inhalation de corps étrangers, obstruction bronchique, anesthésie. Pour le diagnostic, tenir compte d'une crise de suffocation soudaine, d'une dyspnée insolite, d'une toux étrange. La radiologie apporte une preuve décisive. La seule thérapeutique est la bronchoscopie avec extraction d'un corps étranger ou l'aspiration.

Atélectasie massive du poumon gauche précédée par un syndrome d'obstruction partielle de la bronche souche. — MM. P. Vallery-Radot et Israël. Malade chez lequel l'atélectasie s'est constituée de façon silencieuse et rapide. Elle a été précédée par une diminution unilatérale du murmure vésiculaire et radiologiquement par une obliquité des côtes du même côté avec contraste entre la trame du poumon et la trame du poumon opposé.

Deux cas d'atélectasie pulmonaire de cause pleurale. — M. Jacob et Mlle Scherrer. 1er cas : jeune fille ayant présenté pendant deux ans et demi une opacité massive de la base droite avec dextrocardie modérée et déviation de la trachée. — 2e cas : homme ayant présenté pleurésie droite et, deux mois plus tard, une opacité massive de tout l'hémithorax gauche avec sinistrocardie, déviation de la trachée, ascension du diaphragme. Tenir compte dans certains cas d'atélectasies médicales chroniques de la pachypleurite empêchant la réexpansion du poumon collabé par épanchement pleural antérieur.

Atélectasie massive totale à la suite des hémoptysies. — M. Courcoux. Homme, après trois hémoptysies, présente un syndrome radiologique d'atélectasie totale. Ponction ex-

ploratrice avec prise de pression montre une dépression manométrique importante. Absence de symptômes fonctionnels, tolérance parfaite et absence de bacilles tuberculeux de l'expectoration.

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1936)

Radiothérapie dans le traitement de la maladie de Basedow. — MM. MAX LÉVY et GALLY. Nouveau traitement de radiothérapie utilisant la grande pénétration des rayons X, un filtrage épais, une irradiation large et des doses de 1.500 à 13.000 R. internationaux. Cette technique, sans inconvénients, amènerait des résultats plus rapides. Cette opinion est confirmée par les recherches d'Haguenau, pour lequel il n'y aucune contre-indication à la radiothérapie, même chez les cardiaques.

C'est également l'avis de M. BÉCLÈRE, qui déclare que la radiothérapie constitue le traitement de choix de l'hyperthyroïdie, la chirurgie ne pouvant intervenir qu'après l'échec de la méthode médicale.

Le docteur LIAN prône au contraire le traitement chirurgical, dont il n'a eu qu'à se louer.

Maladie de Cushing avec compression progressive des nerfs optiques. — MM. WEISSMANN, NETTER et CHAROUSSET. Dans le cas typique de cette affection, rapportée par Cushing à un adénome basophile de l'hypophyse antérieure, l'intérêt réside dans l'existence de signes de compression non encore observés. La radiothérapie n'a donné aucun résultat. A propos de ce cas, M. FIESSINGER se demande si la maladie de Cushing a une véritable autonomie clinique, ou s'il n'existe pas de syndromes semblables sous la dépendance de la corticale surrénale. M. CROUZON prétend que les vergetures, l'aménorrhée, l'hirsutisme doivent attirer l'attention sur la surrénale.

Pour M. SAINTON, il y a beaucoup de ressemblance entre le syndrome génito-surrénal et le syndrome de Cushing. C'est, en somme, l'opinion exprimée par M. APERT.

Acromégalie avec diabète sucré, maladie de Basedow et cataracte. Corrélations glandulaires. — MM. ALAJOUANINE, STEVENIN, THUREL et GAULTIER. C'est l'histoire d'une malade présentant une acromégalie typique ayant débuté après un développement pubéral normal et une menstruation de quelques mois, chez laquelle survint un diabète sucré avec polyurie, une maladie de Basedow, une amblyopie due à une cataracte bilatérale. Dans ce cas, l'atteinte mitrale de l'hypophyse a été le point de départ de répercussion sur les autres glandes. A propos de ces cas, M. Justin BESANÇON fait remarquer l'intérêt des retentissements endocriniens dus au trouble hypophysaire.

Un cas d'hypoglycémie spontanée. — MM. MARCHAL, SOULIÉ, LENÈGRE et ROY. Observation d'hypoglycémie spontanée aggravée par l'absorption d'extrait éthéré de fougère mâle. La malade présenta une paralysie faciale centrale, des mouvement choréo-athétosiques, des attitudes catatoniques avec signe de Babinski bilatéral. Ces signes disparurent par le sérum glycosé hypertonique. Il s'agit d'un cas très particulier de l'action hypoglycémiante du tœnifuge.

Collapsus mortel au cours d'un traitement par l'anatoxine staphylococcique. — MM. DUVOIR, POLLET, BOULEY et Mlle HUGUET. Femme de 51 ans ayant succombé rapidement à un collapsus cardio-vasculaire qui avait débuté 8 heures après une première injection de 1/2 cmc. d'anatoxine staphylococcique pratiquée pour une hydrosadénite de l'aisselle droite. A l'autopsie, hémorragie macroscopique de la surrénale droite et microscopique de la surrénale gauche, sans autres lésions apparentes. Il a dû s'agir d'une particulière intolérance de la malade à l'anastaphylotoxine. M. DEBRÉ fait remarquer que dans la pratique il ne faudra pas faire d'anatoxine staphylococcique sans avoir éprouvé auparavant la sensibilité du malade en lui injectant 1/10 de cmc. d'anatoxine. Au cas de forte réaction, s'abstenir du traitement.

Traitement des staphylococcies cutanées par l'anatoxine. MM. TZANCK, KLOTZ et NEGREANU. 76 cas de staphylococcies soignés par l'anatoxine. 35 cas d'amélioration, 18 cas de guérison, 8 cas sans influence. Réactions exceptionnelles : parfois, réactions locales vives avec impotence fonctionnelle ; réactions générales à 40° et parfois malaises avec lypothymie. Il faut savoir dépister les hypersensibles et pour cela faire une intradermo à l'anatoxine. Si elle se montre négative, on pourra injecter les doses usuelles.

Les auteurs ont constaté que le parallélisme entre les guérisons observées et l'augmentation de la teneur du sérum en antitoxines n'est pas absolu.

Etude humorale de deux cas de maladie d'Addison à évolution lente. — MM. DECOURT, LEMAIRE, GUILLAUMIN. Cette étude pratiquée sur deux cas n'a montré d'anomalie appréciable ni pour les lipides, ni pour les protides. Par contre, on a trouvé une hypoglycémie discrète mais indiscutable cadrant avec le pouvoir hyperglycémiant des extraits cortico-surrénaux ; un abaissement du coefficient d'oxydation du soufre. L'hypochlorémie a manqué dans les deux cas. Le sodium fut abaissé une fois.

Etude physico-chimique du sang chez les hypertendus. — MM. CARRIÈRE et HURTEZ (Lille) estiment que les chiffres publiés par MM. Decourt et May confirment les troubles du métabolisme des protides et des lipides signalés par eux.

Méningite ourlienne primitive. — M. URECHIA (Cluj). Un cas de méningite ayant précédé l'apparition des oreillons.

Hémiatrophie faciale avec atrophie du membre supérieur du côté opposé. — MM. URECHIA et RETEZEANU étudient la pathogénie de ce syndrome déjà signalé dans plusieurs observations.

Diabète et cancer du corps du pancréas. — MM. LABBÉ, BOULIN, UHLY et ANTONELLI. A l'autopsie d'un malade diabétique ayant présenté dans la région épigastrique une masse et un ictère par rétention, on trouva un néoplasme de la totalité du pancréas. Il s'est agi d'une forme diabétique du cancer du pancréas, très rare.

Maladie de Besnier-Bœck. — MM. RIST, SEZARY et Mlle B. REYT. Dans ce cas, l'atteinte pulmonaire fut étendue et les signes radiologiques rappelèrent ceux de la tuberculose nodulaire fibreuse.

Ponction accidentelle, au cours d'une rachicentèse d'un abcès froid lombaire. — MM. H. ROGER et ALLIEZ (Marseille). En pratiquant une ponction lombaire pour un syndrome d'algoparésie du crural, les auteurs ramenèrent de l'espace épidural du pus tuberculisant, provenant d'un abcès froid contenant un petit séquestre.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1936)

Etalon international d'insuline. — M. Ch. LORMAND signale que le nouvel étalon international d'insuline possède une activité de 22 unités par milligramme. Il a été préparé par le docteur Scott, de Toronto, par cristallisation du sel de zinc.

L'étalon international est constitué par 51 grammes d'insuline. Les conditions d'utilisation de l'étalon sont fixées.

L'étalon a été comparé aux insulines commerciales en ce qui concerne la teneur en amino-acides par la réaction à la ninhydrine. Cette méthode permettrait de vérifier le degré de purification des insulines commerciales indépendamment de la méthode de précipitation par le ferro-cyanure et du titrage biologique.

La pancréatine anti-choc et anti-anaphylactique. — M. A. LEGRAND signale que la pancréatine anti-choc et anti-anaphylactique doit être administrée chaque fois que l'on injecte un sérum antitoxique.

L'injection d'un sérum doit toujours être faite très lentement et, autant que possible, chez des sujets à jeun, ou chez lesquels la digestion est terminée.

La pancréatine, en thérapeutique humaine, doit toujours être administrée « per os » ; les voies sous-cutanée ou intra-musculaire peuvent occasionner des eschares ou laisser des indurations douloureuses et persistantes.

Quels que soient les sérums utilisés, les accidents sériques sont toujours à redouter.

La pancréatine, sans action modificatrice sur les antitoxines, doit être prescrite avant l'injection ou simultanément avec celle-ci ; mais donnée 48 heures ou même une heure avant le sérum, elle peut éviter des accidents dont on déplore toujours la soudaineté. Eviter les accidents sériques, guérir les accidents déclarés, tel est le rôle de la pancréatine.

Administrée suivant les règles précises que l'auteur a formulées « *dans les doses et le temps* », elle est, à l'heure actuelle, la médication qui offre contre les accidents sériques et anaphylactiques, le maximum d'efficacité et de sécurité.

Essais pharmacodynamiques et cliniques sur les effets diurétiques de l'Orthosiphon Stamineus. — MM. F. MERCIER, L.-J. MERCIER et F. DECAUX présentent des observations cliniques et les résultats d'essais pharmacodynamiques sur l'action diurétique d'une plante de la famille des Labiées, originaire de Java : l'Orthosiphon Stamineus.

Chez les différents malades arthritiques, goutteux, lithiasiques, oliguriques, hyperazotémiques traités par l'infusion d'Orthosiphon, comme chez les animaux soumis à l'injection sous-cutanée d'une solution d'extrait aqueux de la plante, les auteurs ont constaté une augmentation importante du débit urinaire, ainsi qu'une élévation marquée des chiffres de l'urée, de l'acide urique et des chlorures excrétés. Ils ont également noté un abaissement constant du taux de l'urée sanguine et dans certains cas de la tension artérielle.

Les auteurs pensent que les effets diurétiques complexes de l'Orthosiphon, sont en rapport avec l'action stimulante que ses constituants hydro-solubles exerceraient sur l'urogenèse, l'excrétion des déchets et probablement aussi sur l'uréopoïèse. L'Orthosiphon Stamineus représente pour eux un diurétique hépato-rénal particulièrement intéressant.

Intolérance plurimédicamenteuse chez un même malade. — M. Georges ROSANOFF (Nice) rapporte l'observation d'un malade ayant présenté différents accidents à la suite de l'absorption successive de faibles doses de médicaments différents et généralement bien supportés. Un arsinate de zinc (2 comprimés à 0,25 par jour), puis de l'acétylcholine (0,20 pro die) donnèrent rapidement lieu chacun à des phénomènes d'intolérance caractérisés par un état grippal marqué avec signes généraux accentués. L'absorption de tartrate d'ergotamine (un milligr. par jour) au contraire, ne provoqua aucune réaction générale, mais fit apparaître de violents spasmes intestinaux que l'auteur rattache plus à une intoxication par abaissement du seuil qu'à de l'intolérance.

Hormones parathyroïdiennes et épilepsie. — MM. G. PARTURIER et FRIBOURG-BLANC, frappés par les résultats obtenus par eux dans différents syndromes spasmodiques, à l'aide de l'hormone parathyroïdienne actuellement connue, se sont demandé si la même médication ne serait pas efficace sur des accidents spasmodiques tels que ceux de l'épilepsie.

Ils présentent quatre observations assez complètes pour retenir l'attention : l'une d'accidents épileptiformes chez un hépato-biliaire ; les trois autres relatives à des cas d'épilepsie vraie. Dans la première, les injections d'hormone associées au gardénal ont eu une action indubitable sur le nombre et l'intensité des crises et sur les céphalées.

Dans la seconde, l'hormone, qui fut le seul médicament employé, a été d'une efficacité certaine sur les crises convulsives.

Dans la troisième, le gardénal et la borosodine, antérieurement prescrits, restèrent associés à l'hormone, mais l'atténuation des troubles a été brusquement accélérée par elle, et en l'espace de deux mois, les résultats obtenus ont été supérieurs à ceux qu'avaient donnés toutes les autres médications appliquées pendant plus de 3 ans.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 24 mars. — Jury : MM. Marion, président ; Lenormant, Brocq, Schwartz. — M. HUTIN. Absence congénitale du vagin (traitement chirurgical).

Jury : MM. Gougerot, président ; Jeannin, Laignel-Lavastine, Gastinel. — M. SLIM. Traitement local des furoncles et anthrax par l'acide salicylique cristallisé. — M. GOLDSTEIN. Etude de la présentation du siège. Statistique de la maternité Pitié des six dernières années.

Mercredi 25 mars. — Jury : MM. Roussy, président ; Lemierre, Cathala, Chiray. — Mme MERCIER. L'œuvre anatomo-pathologique du professeur Maurice Letulle. — M. CHARLOT. Accidents nerveux (troubles moteurs et sensitifs) secondaires à l'emploi de l'amétine. — M. LAPLANE. Hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde, pathogénie. Rôle du système neuro-végétatif. — M. NETTER. Les cardionéphrites.

Jeudi 26 mars. — Jury : MM. Léon Binet, président ; Guillain, Lereboullet, Fey. — M. TEGO DEMOSTHÈNE. Recherches sur l'étiologie et la fréquence du rachitisme.

Samedi 28 mars. — Jury : MM. Tanon, président ; Joannon, Lemaire, Philibert. — M. DUQUESNE. Nécessité de supprimer les petits abattoirs particuliers au point de vue de l'hygiène. — M. MERCIER. Etude de l'action de l'anhydride sulfureuse sur la conservation des vins. — M. OSTER. Etude de la pathologie professionnelle dans l'industrie textile. — M. PITTCHALSKY. Tropisme buccal et immunité locale dans les infections buccales du nouveau-né. — M. POUGET. Hygiène individuelle de la jeunesse travailleuse française.

La diphtérie maligne, par R. POINSO, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux de Marseille. Un volume de 112 pages avec 12 figures. (Collection *Médecine et Chirurgie pratique.*) — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

Traitement et prophylaxie de la diphtérie, par le professeur Robert DEBRÉ, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'Hôpital Hérold. Un volume grand in-8° de 62 pages. (Collection « *Les Thérapeutiques nouvelles.* » — Prix : 12 fr. — Paris, J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES[1]

L'examen physique. — *Quelques signes attirent l'attention sur le thorax :* point de côté bas situé, étendu à tout l'hypochondre ; dyspnée à type costal supérieur, parfois des crises d'oppression ; toux légère, souvent douloureuse.

Tous ces signes sont souvent frustes et au second plan du tableau clinique. Parfois cependant, s'y surajoutent du hoquet et des douleurs à la palpation des insertions diaphragmatiques et sur le trajet du phrénique.

Les signes physiques font songer à une collection pleurale : immobilité de la base d'un hémithorax ; rarement une voussure ; matité étendue ; abolition du murmure vésiculaire.

Cependant, un examen minutieux montre quelques signes anormaux : *la matité* présente une limite supérieure convexe.

Le murmure vésiculaire reparaît normal, sans transition, immédiatement au-dessus de la zone mate et silencieuse.

Mais la fréquence d'une *réaction pleurale surajoutée* ou d'une congestion de la base pulmonaire vient estomper tous ces signes.

Parfois enfin, le diagnostic est facilité par :

L'existence d'une *zone douloureuse localisée,* avec une certaine résistance profonde immédiatement au-dessous du rebord costal ;

Le caractère pyo-gazeux de la poche. C'est alors un *tableau de pyopneumothorax très bas situé :* sonorité tympanique surmontant une zone mate, parfois matité panachée du fait d'une réaction pleurale surajoutée. Rarement un syndrome amphorique typique.

En fait, l'examen clinique est ordinairement impuissant à affirmer seul le siège exact de la collection suppurée.

La radio sera pratiquée si possible au lit même du malade en position assise.

Abcès non gazeux, classiquement : *surélévation et immobilité* d'une des moitiés de la coupole diaphragmatique, *courbe à convexité supérieure* limitant en haut l'opacité de la collection.

En pratique, du fait de la coexistence fréquente d'une réaction pleurale ou pulmonaire, l'image est rarement aussi nette et devient parfois illisible.

Abcès pyo-gazeux, la présence d'air rend toujours visible la coupole diaphragmatique, soit qu'un croissant clair plus ou moins important sépare le niveau liquide de la coupole diaphragmatique libre à sa face supérieure, soit que l'air forme une bande claire entre la poche suppurée opaque et l'épanchement pleural réactionnel.

La ponction doit être considérée comme un temps opératoire précédant immédiatement l'ouverture chirurgicale de l'abcès (Lecène). La ponction exploratrice faite dans un but diagnostic au lit même du malade est à rejeter absolument. *Sa valeur diagnostique était très limitée.*

Les classiques signes de Pfühl et de Fürbringer (variations de l'intensité de l'écoulement et déplacements de l'ajustage de l'aiguille en fonction des mouvements respiratoires) qui permettraient théoriquement de reconnaître si une collection est sus ou sous-diaphragmatique sont sans valeur, car le diaphragme est immobile et paralysé du fait de la suppuration sous-phrénique.

Le signe de Schœnerlein serait plus intéressant. L'aiguille enfoncée lentement, tandis qu'on aspire constamment, on retirerait d'abord du liquide pleural séreux puis du pus. Mais l'aiguille peut très bien ne pas atteindre la poche et le pus peut être trop épais pour s'écouler. De ces ponctions blanches on ne peut tirer aucune conclusion.

Cette ponction exploratrice n'était pas sans danger, risquant d'infecter un épanchement pleural encore aseptique.

La ponction ne sera faite qu'immédiatement avant l'intervention, dans un but de localisation, sous anesthésie locale. avec une aiguille longue et grosse et, si possible, sous contrôle radioscopique.

EVOLUTION

Si l'examen clinique et radiologique permet d'affirmer l'existence, au voisinage du diaphragme, d'une collection dont le syndrome général précise la nature purulente, il est souvent malaisé, dans ces abcès inter-hépato-diaphragmatiques, de la localiser exactement. Il est cependant nécessaire de poser précocement un diagnostic d'intervention, car ces malades se cachectisent rapidement et des complications redoutables vont apparaître.

Opéré : le pronostic est d'autant moins sombre que l'intervention a été moins tardive. La mort survient encore dans près de 40 % des cas.

Non opéré : le malade est pratiquement perdu :

Soit que survienne une complication brutale :

L'abcès tend ordinairement à se faire jour à travers le diaphragme. Il va s'ouvrir :

Soit *dans la plèvre :* pleurésie purulente ou pyopneumothorax ;

Soit *directement dans le poumon :* vomique horriblement fétide, envahissement massif du poumon, gangrène pulmonaire rapidement fatale ;

Soit que le malade meure de cachexie ou de septico-pyohémie, ce qui est surtout le cas des abcès d'évolution très insidieuse chez des malades âgés ou peu résistants.

FORMES CLINIQUES

Autres formes topographiques :

1. Abcès sous-hépatiques. — Collections suppurées à développement antéro-inférieur ; ces abcès ont une expression clinique moins fruste, aussi le diagnostic en est ordinairement plus aisé.

Le début en est plus net.

Rarement un syndrome de perforation franche, qui s'atténue et se localise secondairement.

Souvent une crise douloureuse gastrique ou vésiculaire prolongée avec quelques signes de réaction péritonéale et installation de signes généraux :

L'abcès collecté.

Le syndrome de suppuration profonde est identique, *mais en outre existent des signes de péritonite localisée sus-ombilicale :*

Une voussure au niveau de l'épigastre ou de l'hypochondre droit, parfois nette, souvent visible seulement à jour frisant ;

Une zone de défense localisée recouvrant un empâtement profond et diffus, douloureux surtout en son centre, alors que tout le reste de l'abdomen est souple et indolore ;

Une matité ou des différences de tonalité variant avec les changements de position.

En l'absence d'intervention, l'abcès cachectise rapidement et tend à se rompre :

Exceptionnellement dans la grande cavité péritonéale ;

En règle dans un viscère creux (estomac, duodénum, côlon).

(A suivre.) CHRISTIAN PIERRA.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 23, p. 398.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 26. — SAMEDI 28 MARS 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX (admissibilité). — Sont déclarés admissibles :

MM. Couvelaire et Jean Gosset, 69; Gérard-Marchant, Patel et Padovani, 65; Longuet, 64.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le jeudi 7 mai 1936, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves français de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au mardi 21 avril inclusivement.

— *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le vendredi 1er mai 1936, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 17 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au mardi 21 avril inclusivement.

— *Vacances de Pâques 1936.* — Du dimanche 5 avril au dimanche 19 avril inclus.

Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 20 avril.

Secrétariat. — Le secrétariat sera fermé du samedi 11 avril au mardi 14 avril inclus.

En dehors de ces dates, il sera ouvert tous les jours, aux heures habituelles.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera ouverte :

1° Les lundi 6, mardi 7 et mercredi 8 avril, de 13 à 17 h.

2° Les vendredi 17 et samedi 18 avril, de 13 à 17 h.

Elle sera fermée du jeudi 9 au jeudi 16 avril inclus.

LES EXONÉRATIONS DE L'AUGMENTATION DES DROITS D'INSCRIPTION. — Le *Journal officiel* du 24 mars 1936 publie la loi ayant pour objet d'exonérer de l'augmentation des droits d'inscription prévue par le décret-loi du 10 août 1935 les étudiants qui étaient en cours d'études en vue d'un grade d'Etat avant la promulgation dudit décret.

Voici le texte de l'article 1er de cette loi :

« Pendant les années scolaires de 1935-1936 à 1940-1941 incluse, les étudiants pourvus au 1er octobre 1935 d'au moins deux inscriptions non périmées afférentes à un diplôme d'Etat et poursuivant régulièrement leurs études en vue dudit diplôme seront exonérés des augmentations des droits d'inscription résultant du décret-loi du 10 août 1935. »

LÉGION D'HONNEUR. — INTÉRIEUR. — Sont nommés :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Cambiès (de Paris), Ill (de Sceaux).

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME. (Secrétariat : 2, rue Guynemer, Paris (VIe). — *Réunion clinique* du 19 février 1936, à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Mathieu-Pierre Weil, sous la présidence du professeur F. Bezançon. — Au cours de cette très intéressante réunion, trois ordres de malades ont été présentés et ont donné lieu à une discussion très animée :

1° Affections de la colonne vertébrale : mal de Pott tardif, tabes et mal de Pott, difficulté de diagnostic différentiel, éburnéation vertébrale, spondylose rhizomélique. Malpositions sacrées. Discussion : MM. Boppe, Massart, Forestier, Oumansky, Coliez, Roederer, Vidal-Naquet.

2° Maladie de Bouillaud et rhumatisme chronique. Après discussion, M. le professeur F. Bezançon et M. Dufour concluent à la rareté de la coïncidence des deux affections.

3° Malades goutteux. MM. Polak et M.-P. Weil montrent la fréquence de la maladie et les erreurs de diagnostic auxquelles elle donne lieu.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une vive peine la mort de M. Rouzaud, directeur du *Progrès médical*, décédé à Paris, à l'âge de 71 ans.

M. Rouzaud avait consacré le meilleur de son activité au grand journal créé jadis par Bourneville. C'était un confrère courtois et aimable qui ne comptait que des amis dans la Presse médicale. Nous prions son gendre, le docteur Maurice Genty, bibliothécaire de l'Académie de médecine, et la rédaction du *Progrès*, de recevoir l'expression de notre très affectueuse sympathie.

Assemblée générale de médecine française. — La prochaine réunion : Assises franco-italiennes, se tiendra à Nice les 5-6 avril 1936, sous la présidence du professeur Zoia (Italie) et du professeur Cunéo (France).

Sujet : Résultats éloignés des appendicites chroniques opérées.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr de Giovanni, 22, avenue Notre-Dame, à Nice.

Une excursion en Corse est prévue.

La prochaine réunion de Paris aura lieu le dimanche 5 juillet. (Poliomyélite aiguë.)

Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur. — Rappelons que le 10e voyage médical international de Pâques, annuellement organisé par la Société Médicale du littoral méditerranéen, se déroulera d'Hyères à Menton. Sa direction scientifique sera assurée par le Dr Laignel-Lavastine, professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de Paris, avec l'aide des médecins et des savants de la Côte d'Azur pour les démonstrations journalières.

Les voyageurs se rassembleront à Hyères, le dimanche de Pâques 12 avril, et parcourront ensuite la presqu'île de Giens et les Iles d'Or, la côte des Maures, Saint-Raphaël, l'Estérel, Cannes, Le Cannet, le Golfe Juan, Antibes, Juan-les-Pins, Grasse, Vence, Cagnes, Nice, la Turbie, Roquebrune-Cap-Martin, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu, Villefranche et le Cap-Ferrat. Le voyage se terminera à Nice le dimanche 19 avril. On peut n'adhérer qu'à une fraction du voyage et la cotisation sera proportionnellement réduite. Des excursions dans les Alpes et en Corse seront organisées avant et après le voyage, si elles sont demandées.

Les parcours seront effectués en auto-cars et les séjours assurés dans les meilleurs hôtels. Les adhérents seront munis de permis de parcours individuels à tarif réduit, valables durant tout le mois d'avril sur les réseaux de chemins de fer français. Les familles des médecins sont admises, ainsi que les étudiants en médecine.

L'inscription est ouverte et le droit d'inscription est de 100 francs. Le Secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, envoie gratuitement tous les renseignements et les programmes qui lui sont demandés.

La Semaine gastro-entérologique de 1937. — La Société Internationale de gastro-entérologie, fondée à Bruxelles en 1935, lors du 1er congrès réuni à l'initiative de notre confrère, Georges Brohée, organise à Paris, du 13 au 15 septembre, le 2e Congrès international, sous la présidence de M. le Professeur Pierre Duval. Secrétaire général : docteur Georges Brohée, 64, rue de la Concorde, Bruxelles. Questions à l'ordre du jour : 1° Le diagnostic précoce du cancer gastrique ; 2° L'occlusion aiguë et chronique du grêle.

Nous signalons aux médecins que la question intéresse que le Congrès international de l'insuffisance hépatique se tiendra immédiatement après, sous la présidence de M. le professeur M. Loeper, du 16 au 18 septembre, à Vichy. Secrétaire général : Docteur J. Aimard, 24, boulevard des Capucines, Paris (9e).

Louis MÉNÉTREL

Le Dr Louis Ménétrel, dont nous annonçions la mort il y a quelques jours, a été emporté par la complication tardive d'une blessure ancienne. Tous ceux qui l'ont connu se rappelleront avec émotion son dévouement et sa grande bonté, mais ceux-là surtout dont il fut le frère d'armes, n'oublieront jamais l'homme qui, détaché de toute obligation militaire, servit pendant toute la guerre dans des régiments d'infanterie, fut à différentes reprises grièvement blessé, mérita d'être dix fois cité à l'ordre du jour et reçut pour ses hauts faits d'armes la cravate de commandeur de la Légion d'honneur.

Le docteur Ménétrel est un de ceux qui honorèrent la profession médicale ; il est mort avec le même admirable courage qu'il manifesta toujours.

Nous prions Mme veuve Ménétrel, son fils le docteur Bernard Ménétrel, sa fille Mme Dubreuil et son gendre, de trouver ici l'expression de notre douloureuse émotion.

M. S.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COTISATIONS DUES PAR LES MAITRES DE MAISON POUR LES ASSURANCES SOCIALES

[Les modifications apportées au régime des assurances sociales par le décret du 28 octobre 1935, ont fait l'objet d'un arrêté ministériel paru dans le Journal Officiel *du 28 janvier 1936.*

Cet arrêté fixe les nouvelles cotisations dues pour les gens de maison. On sait que les cotisations, à partir du 1er avril 1936, sont réglées directement dans les bureaux de poste.

Nous recommandons à nos lecteurs de se reporter à l'article 2, paragraphe a ci-dessous.]

Le ministre du Travail,

Vu le décret du 28 octobre 1935 modifiant le régime des assurances sociales, en ce qui concerne les assurés du commerce et de l'industrie, et notamment son article 2, paragraphe 14, ainsi conçu :

« Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les cotisations dues par les maîtres de maison sont calculées d'après un salaire forfaitaire annuel fixé par arrêté du ministre du travail »,

Arrête :

Art. 1er. — Les cotisations dues par les maîtres de maison pour les domestiques et gens de maison sont calculées sur la base d'un salaire forfaitaire annuel évalué comme suit, y compris la nourriture, et les autres avantages en nature s'il y a lieu :

Désignation.	Salaire forfaitaire annuel Hommes.	Femmes.
Villes de plus de 80.000 habitants et département de la Seine	8.400 fr.	4.800 fr.
Autres communes	6.000	3.600

Art. 2. — Les cotisations ouvrières et patronales dues sur la base du chiffre de salaire fixé à l'article 1er sont les suivantes :

a. **Du 1er janvier au 31 décembre 1936.**

Désignation.	Cotisations mensuelles. Assuré.	Employeur.	Total.
Villes de plus de 80.000 habitants et département de la Seine :			
Hommes	24f50	24f50	49f
Femmes	14f	14f	28f
Autres communes :			
Hommes	17f50	17f50	35f
Femmes	10f50	10f50	21f

b. **A partir du 1er janvier 1937.**

Désignation.	Cotisations mensuelles. Assuré.	Employeur.	Total.
Villes de plus de 80.000 habitants et département de la Seine :			
Hommes	28f	28f	56f
Femmes	16f	16f	32f
Autres communes :			
Hommes	20f	20f	40f
Femmes	12f	12f	24f

Art. 3. — Les cotisation hebdomadaires ou mensuelles (1) correspondent à des semaines ou des mois complets comprenant les jours ouvrables ou non. Pour les mois incomplets de travail, la double cotisation est calculée sur la base de la cotisation hebdomadaire et, éventuellement, pour les journées de travail en sus, sur la base de la cotisation journalière.

(1) Pour simplifier le tableau ci-dessus, nous n'avons pas indiqué le décompte des cotisations journalières et hebdomadaires dont on trouvera le détail au *Journal Officiel* du 28 janvier 1936.

LIVRES NOUVEAUX

Questions cliniques d'actualité (1), cinquième série. Leçons professées à la Charité (Service du professeur SERGENT).

Le traitement économique des pleurésies purulentes (Oct. Coquelet). — Psychophysiologie du rire (Georges Dumas). — A propos de quelques cas de leucémie lymphoïde (Noël Fiessinger). — La tuberculose, maladie sociale, et son diagnostic (G. Génévrier). — Comment, quand et où faut-il pratiquer la saignée ? (P. Grellety-Bosviel). — Que faut-il penser de l'ulcéro-cancer de l'estomac ? (Henri Hartmann). — Diagnostic et traitement de la méningite tuberculeuse (André Jousset). — Les interventions sur les glandes parathyroïdes (L. Langeron). — Les claquements péricardiques (Camille Lian). — Sur le rachitisme, les découvertes récentes et leur interprétation (A.-B. Marfan). — Les séquelles de la tuberculose urinaire après la néphrectomie (Edouard Michon). — Recherches sur les myopathies (D. Paulian). — Prophylaxie de la peste dans la région parisienne. Diagnostic et indications thérapeutiques (Jean Pignot). — Pneumothorax et surprises radiologiques (Pierre Pruvost). — La pyrétothérapie dans certaines maladies infectieuses (Ch. Richet fils). — La cure sanatoriale doit rester la base fondamentale du traitement de la tuberculose pulmonaire (E. Sergent). — Les hémorragies de la ménopause (A. Siredey). — Les alcaloses pathologiques (R. Turpin). — La lèpre et son bacille (A. Vaudremer).

L. G.

Guerre. Emotions. Commotions. Surmenage (2), par R. BENON.

L'auteur présente dans ce livre les syndromes névro-psychopathiques, les maladies mentales et nerveuses, qui sont susceptibles de se produire à la guerre sous l'influence des émotions, des commotions et du surmenage. Dans la préface, il exprime quelques réflexions d'ordre médico-légal que lui a suggérées la guerre de 1914-1918, et, sans être pessimiste, il montre l'effort formidable et prolongé qu'il faudra accomplir pour mettre la guerre hors la loi et pour l'y maintenir. Le facteur émotionnel (facteur peur et anxiété, facteur émotionnel en général, réactions à l'égard de la famille, du pays, des camarades, des chefs, des blessés, de l'ennemi, etc...) fait l'objet d'une étude détaillée, et l'on voit comment les hyperthymies simples ou complexes aboutissent à l'aliénation mentale. Les commotions, typiques et atypiques, engendrent les accidents immédiats, prochains et lointains, les plus divers, surtout l'asthénie, l'amnésie, etc... Le surmenage, à la guerre, est un facteur extrêmement important de maladies nerveuses et mentales, et il a été peu étudié, malgré son grand intérêt. Il va de soi, affirme l'auteur, que toutes les névro et psychopathies qui se développent à la guerre du fait des émotions, des commotions, du surmenage, doivent être indemnisées, quelles que soient les idées qu'on puisse avoir sur les prédispositions nerveuses ou héréditaires ; l'état antérieur, du point de vue médico-légal, ne saurait entrer en ligne de compte que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

L. G.

(1) In-8 de 306 pages avec 55 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de 220 pages. — Prix : 25 fr. — M. Vigné, édit.

REVUE GENERALE

FOIE ET DIABÈTE SUCRÉ
LA QUESTION DU DIABÈTE HÉPATIQUE[1]

Par MM. G. CARRIÈRE et P.-J. GINESTE
(de Lille).

IV. **Foie et diabètes insulino-résistants.** — La notion d'insulino-résistance est une acquisition récente dans l'étude du diabète. Admise à l'étranger à la suite des observations de Joslin, de Falta, d'Allan et Costam, et d'autres auteurs, elle a été défendue en France par Mauriac et Aubertin, Rathery et ses élèves.

Dans une critique sévère de ces conceptions, M. Labbé a montré la fréquence des fausses insulino-résistances, en regard de la rareté de l'insulino-résistance vraie.

Il signale ainsi l'utilisation de l'insuline à doses insuffisantes ; les injections massives d'insuline en une seule fois alors que la même quantité administrée en plusieurs injections permettrait d'obtenir un meilleur rendement thérapeutique ; la mauvaise observation du régime par le malade, comme autant de causes des fausses insulino-résistances.

Mais à côté de ces causes d'erreurs, il faut admettre qu'il existe dans certains cas de diabète une insulino-résistance vraie, dont l'importance peut être précisée par l'étude de la réaction d'hypoglycémie provoquée.

L'injection intra-veineuse de 12 unités d'insuline provoque chez le sujet normal un abaissement de la glycémie oscillant entre 40 à 60 % du taux initial. Lorsque l'abaissement du sucre sanguin ne dépasse pas 40 %, on peut parler d'insulino-résistance.

Les limites de l'insulino-résistance étant ainsi posées, l'observation clinique permet de faire rentrer dans ce cadre un certain nombre d'états diabétiques qui s'accompagnent d'altérations du foie.

1) L'association d'une cirrhose du foie au diabète paraît rendre celui-ci moins sensible à l'insuline.

La cirrhose bronzée (Widal, M. Labbé et leurs collaborateurs) ; la cirrhose graisseuse (Mauriac et Aubertin) ; la cirrhose hypertrophique (Chabrol et Hébert), lorsqu'elles s'accompagnent de diabète, pourraient rendre celui-ci insulino-résistant.

De même, M. Labbé, Boulin et Balmus, ayant observé à l'autopsie de 4 cas de coma diabétique insulino-résistants des lésions d'hépatite dégénérative, ont soulevé la question du rôle possible joué par les lésions du foie dans l'insulino-résistance.

2) Plusieurs auteurs ont étudié l'action de l'insuline sur la glycémie au cours des affections du foie. Böller et Ueberrack dans les ictères, M. Labbé et Boulin dans les cirrhoses, ont noté fréquemment une augmentation de la résistance à l'insuline.

Nous avons repris nous-mêmes récemment la question dans une étude d'ensemble, pour aboutir à des conclusions voisines de celles des auteurs précédents.

3) Enfin, on a signalé depuis longtemps combien il est difficile de réduire par l'insuline et le régime diabétique la glycosurie du diabète hépatique, diabète des sujets obèses et suralimentés, qui obéit au contraire facilement au régime lacto-végétarien, à la cure de Vichy et à l'opothérapie hépatique.

L'existence de rapports entre les troubles de la fonction hépatique et l'insulino-résistance semble donc aujourd'hui bien établie.

Et ce n'est pas un des moindres bénéfices de l'acquisition de ces faits que de contribuer à nous faire évader de « l'ornière pancréatique », pour chercher dans d'autres voies, avec Mauriac et Aubertin, la pathogénie du diabète.

V. **Etude anatomique du foie dans le diabète.** — Nous compléterons cet exposé clinique des relations du foie et du diabète par une brève revue de nos connaissances anatomo-pathologiques actuelles sur la question.

Les lésions hépatiques au cours du diabète peuvent être classées sous 4 chefs différents :

1) Modification de la structure histo-chimique de la cellule hépatique par disparition ou accumulation d'un élément physiologique : le glycogène ;

2) Les cirrhoses ;

3) La surcharge graisseuse ;

4) Les hépatites dégénératives.

1) Modifications du glycogène hépatique. — Dans le diabète sucré banal, Ehrlich et Naunyn ont trouvé une forte diminution du glycogène hépatique. Ce fait a été confirmé par la plupart des auteurs, et Von Noorden et Hédon l'ont retrouvé dans le diabète expérimental par pancréatectomie.

— Inversement, dans l'hépatomégalie polycorique, on observe une accumulation massive de glycogène sous forme de gouttelettes dans le protoplasma cellulaire.

D'après Debré et Semelaigne, on pourrait observer dans d'autres cas soit une association de gouttelettes glycogéniques et graisseuses, soit une infiltration graisseuse massive du foie. Mais d'autres auteurs, avec Mauriac, ne reconnaissent aucun lien de parenté entre la surcharge graisseuse et l'hépatomégalie glycogénique.

2) Les cirrhoses diabétiques. — Elles affectent 3 types différents : cirrhose hypertrophique, cirrhose atrophique et cirrhose bronzée.

a) *La cirrhose hypertrophique* est de beaucoup la plus fréquente. Elle revêt parfois le *type porto-sushépatique :* c'est alors une cirrhose biveineuse, de topographie analogue à celle des cirrhoses alcooliques.

Elle peut revêtir également le *type périportal.*

Mais la cirrhose hypertrophique diabétique est le plus souvent une *cirrhose péri-sus-hépatique, centrolobulaire.*

b) *La cirrhose atrophique* est beaucoup plus rare : M. Labbé dit n'avoir jamais observé de cirrhose de Laënnec coïncidant avec un véritable diabète. Sur nos 62 observations, nous avons trouvé un cas de diabète sans dénutrition évoluant chez un éthylique avéré : l'examen montrait un petit foie, une rate percutable. Il y avait une circulation collatérale bien développée, avec météorisme abdominal, mais pas d'ascite. Il s'agissait donc au plus d'un état pré-cirrhotique et le

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 24, p. 407.

diabète associé ne présentait aucun caractère particulier de gravité.

c) *La cirrhose bronzée diabétique* est une cirrhose hypertrophique biveineuse, avec peu d'altérations de la cellule hépatique et présence, au niveau de la peau et des viscères, d'une pigmentation ocre plus ou moins marquée.

Cette pigmentation est due à deux pigments différents :

— *La mélanine*, qui domine au niveau de la peau ;

— Et *le pigment ocre de Kelsch et Kiener*, hémosidérine de Recklinghausen, ou rubigine de Auscher et Lapicque, pigment ferrugineux dominant au niveau des viscères : surtout au niveau du foie, du pancréas, des ganglions lymphatiques et de la rate. Il est associé dans tous ces organes à des lésions de sclérose plus ou moins importantes, souvent très marquées au niveau du pancréas.

3) La surcharge graisseuse (Mead). — Elle peut aller de l'infiltration graisseuse discrète périlobulaire jusqu'à la véritable cirrhose graisseuse hypertrophique, avec un foie gros et mou. La fréquence des lésions graisseuses est variable suivant les auteurs : d'après Adelsberg et Porges, elle serait un fait habituel dans le diabète.

4) Les hépatites dégénératives, graisseuses ou non, ont été décrites par M. Labbé, Boulin et Balmus, à l'occasion de quatre cas de coma diabétique insulino-résistants.

Elles sont caractérisées par une augmentation importante du volume du foie avec disparition de la structure lobulaire : les lobules sont remplacés par des amas cellulaires parsemés de noyaux. Il existe enfin des altérations de la structure cellulaire : effacement des limites des cellules, et protoplasma infiltré de graisse, ou d'aspect trouble et spongieux ; les noyaux ont souvent disparu, ou bien se colorent mal.

Expérimentalement, après pancréatectomie, Fischer, Mac Leod, Mauriac et Aubertin ont obtenu des lésions analogues chez l'animal.

VI. **En résumé.** — Cette étude anatomo-clinique sur les rapports du foie et du diabète sucré permet, à notre avis, les conclusions suivantes :

— Il est des diabètes où la lésion hépatique semble primordiale ; c'est le cas du diabète des suralimentés, des obèses cirrhotiques, diabète bénin obéissant au traitement hépatique ; c'est le cas d'affections plus mystérieuses, comme la maladie de Gierke.

— Il est des cas où la lésion hépatique semble secondaire au syndrome diabétique : dans la grande majorité des observations de diabète, on observe ainsi des poussées congestives se traduisant par une hypertrophie simple du foie, par une sensibilité diffuse de la région hépatique. Toutes ces manifestations plaident assez en faveur d'un surmenage fonctionnel de la glande au cours de l'évolution du diabète.

— Il est enfin des cas où la lésion hépatique apparaît simultanément à des lésions d'autres glandes endocrines, sans qu'il soit possible de préciser le point de départ du syndrome.

Il semble donc bien qu'il existe un diabète hépatique ; mais dans la grande majorité des cas de diabète sucré, la participation hépatique est inconstante ; et quelle que soit l'importance qu'elle puisse prendre dans le tableau clinique, les résultats inconstants et bénins de l'opothérapie hépatique, l'impuissance du régime, paraissent montrer que le rôle véritable du foie y est assez effacé.

III. LE FOIE DANS LE DIABETE SUCRE. ETUDE PATHOGENIQUE.

Ce chapitre reste l'un des plus obscurs de la pathologie. Nous passerons d'abord en revue les théories classiques qui cherchent dans le foie l'origine du diabète. Puis nous essayerons de systématiser, d'après l'état actuel de nos connaissances, la conception d'ensemble qu'on peut se faire de la question.

A. Le diabète hépatogène. — Nombreux sont les auteurs qui, à la suite des découvertes de Cl. Bernard, ont cherché dans une perturbation de la fonction hépatique la cause du diabète.

— Suivant Forster et Dickinson, il existerait un *diabète par hyperhépatie*, lié à une hypersécrétion du sucre par le foie. Celle-ci serait due à l'excitation des ramifications hépatiques du pneumogastrique.

— Pour Siegen, le diabète serait lié à une diminution de la glycogénèse hépatique : c'est le *diabète par hypo-hépatie*.

Leuchsinger attribue cette insuffisance glycogénique à une accélération hypothétique de la circulation hépatique (la cellule hépatique n'aurait pas le temps de former du glycogène aux dépens du sucre du sang).

A la théorie de l'hypo-hépatie se rattache également la conception de Glénard : considérant la fréquence de l'alcoolisme chez les diabétiques, il imagine une précirrhose à évolution lente, aboutissant à la création d'un vrai diabète. D'autres causes pourraient agir sur le foie de la même manière que l'alcool.

Signalons à côté de ces conceptions les idées de M. Labbé qui, sans préjuger de la nature exacte du diabète, considère la suralimentation azotée et le surmenage fonctionnel du foie comme un stade précurseur du diabète vrai.

— Gilbert et Lereboullet avaient adopté une théorie mixte : *diabète par hyperhépatie ou par anhépatie.*

Dans le premier cas, il s'agissait d'une production exagérée de glucose aux dépens du glycogène hépatique.

Dans le second, le glucose amené par voie intestinale était mal fixé par le foie.

— D'autres auteurs, avec Farges, attribuent le diabète à une perversion de l'excrétion du glucose par le foie : c'est la théorie de la *perversion de la fonction hépatique*.

— Enfin, il pourrait exister dans le diabète une neutralisation de l'insuline par le foie. C'est l'hypothèse de Loewi : le foie sécréterait une hormone antagoniste susceptible de neutraliser l'insuline. Cette théorie reposait sur des expériences qui n'ont pu être reproduites. Il faut y rattacher l'hypothèse d'Aubertin :

Le foie et les globules rouges étant les territoires les plus actifs de fixation et de neutralisation de l'insuline, on peut supposer que l'exagération de ces fonctions soit capable de provoquer le diabète.

— D'autres théories préconisent une *origine mixte, hépato-pancréatique*, du diabète.

Chauffard, Brodin et Zizine attribuent l'hyperglycémie des cirrhoses au retentissement pancréatique des troubles de la circulation portale.

Chauveau et Kauffmann attribuent le diabète à l'activation de la glyco-formation dans le foie, aux dépens des hydrates de carbone et des lipo-protides, du fait de l'insuffisance de l'un des deux freins qui règlent normalement la fonction glyco-formatrice :

Le frein nerveux, placé sous la direction des centres bulbaires et mésencéphaliques ;

Le frein hormonal, constitué par la sécrétion interne du pancréas.

Et nous ne pouvons terminer cet exposé sur le diabète hépatogène sans signaler les idées de Parturier, qui présente ainsi une conception d'ensemble sur la pathogénie du diabète : celui-ci se ramènerait à un trouble plus ou moins profond de l'hépato-pancréas, provoquant des modifications dans les trois métabolismes fondamentaux de la nutrition : albumines, graisses et hydrates de carbone.

B. Essai d'une systématisation des rapports du foie et du diabète. — Un essai de synthèse basé sur nos connaissances actuelles doit porter sur trois points successifs :

L'insulino-résistance ;

L'acidose ;

Le syndrome diabétique lui-même.

1) *Le rôle du foie dans l'insulino-résistance.* — La résistance à l'insuline est fréquemment augmentée dans les affections du foie et dans les diabètes associés à des lésions hépatiques : c'est aujourd'hui un fait acquis.

Nous avons exposé dans une étude antérieure les causes susceptibles, à notre avis, d'expliquer ce phénomène. Nous en donnerons ici un bref résumé :

a) L'insulino-résistance ne traduit pas une gêne de la glycogénèse en rapport avec l'altération de la fonction hépatique.

En effet, l'insuline provoque une hypoglycémie non par augmentation des réserves glycogéniques du foie, mais probablement en facilitant la glycogénolyse tissulaire. C'est ainsi que l'injection d'insuline abaisse le glycogène hépatique, et que son action hypoglycémiante se manifeste encore après hépatectomie.

b) Il est également difficile de penser à l'exagération d'une fonction normale de neutralisation de l'insuline par le foie : car l'insulino-résistance apparaît dans des cas où le foie, loin d'être en hyperfonctionnement, paraît plutôt en déficit.

c) Il nous semble plus naturel de chercher l'explication de ce phénomène dans une insuffisance ou une perversion de la fonction hépatique : il s'agirait peut-être d'une diminution du pouvoir glycolytique des tissus, en rapport avec une intoxication chronique de l'organisme. Cette intoxication serait liée soit à la sécrétion de toxines par le foie malade, soit à l'insuffisance de la fonction antitoxique et dépurative du foie.

Il est en effet vraisemblable d'admettre que les troubles apportés dans l'organisme par le métabolisme incomplet des lipo-protides puisse retentir sur l'activité des tissus.

d) Enfin, les travaux des cliniciens et des anatomo-pathologistes (Barrelet) ont montré l'existence de modifications souvent profondes dans le système endocrinien au cours des cirrhoses : ces modifications expliqueraient peut-être, tout au moins partiellement, les perturbations observées dans le jeu normal des hormones. Et nous rejoignons ainsi l'idée de la « viciation neuro-endocrinienne » qui mesure, pour Mauriac, l'importance des facteurs extra-pancréatiques dans le diabète.

2) *Le rôle du foie dans l'acidose.* — L'hypothèse d'une participation possible du foie à la pathogénie de l'acidose diabétique nous semble aujourd'hui vraisemblable.

— Allard, dans le diabète expérimental, a montré que l'acidose du chien dépancréaté restait toujours modérée ; l'insuffisance fonctionnelle du foie provoquait aussitôt une aggravation de cette acidose.

— D'autre part, l'insuffisance hépatique, indépendamment de tout syndrome diabétique, est susceptible de provoquer l'apparition d'une acidose dont nous avons exposé plus haut les caractères d'après M. Labbé et Bith : excrétion modérée de corps cétoniques, conservation d'une réserve alcaline normale, et surtout résistance au traitement insulinique.

— Rappelons enfin que Mayer, Rathery et Schäffer, Valdiguié, ont provoqué par l'injection de corps cétoniques des lésions graves au niveau du foie.

Les rapports de l'acidose diabétique avec le foie nous semblent donc pouvoir se résumer ainsi :

a) L'altération de la fonction hépatique est susceptible soit de favoriser l'apparition de l'acidose chez les diabétiques, soit d'aggraver une acidose préexistante à la lésion hépatique.

b) L'acidose peut entraîner des lésions graves au niveau du foie, lésions dont l'effet immédiat sera de produire une nouvelle élévation du taux des corps cétoniques dans le sang.

c) Il apparaît de plus que l'existence d'un rôle prédominant du facteur hépatique dans l'acidose d'un coma diabétique constitue un élément important de gravité dans l'évolution de ce coma, en le rendant moins sensible à l'action de l'insuline.

L'altération grave de la fonction hépatique joue ainsi un rôle de premier plan dans la pathogénie du coma diabétique insulino-résistant (M. Labbé, Boulin et Balmus).

3) *Le rôle du foie dans le syndrome diabétique.* — La clinique et l'expérimentation apportent dans ce problème plusieurs faits essentiels et contradictoires :

— Il existe cliniquement un diabète hépatique, en général bénin, curable par le régime et l'opothérapie hépatiques.

— Il existe un diabète sucré, beaucoup plus commun, dont les symptômes et l'évolution n'obéissent qu'à une thérapeutique unique, la cure insulinienne ; l'insuline exerçant son action non sur la fonction glycogénique du foie, mais sur la glycolyse tissulaire.

— Mais ce diabète sucré déborde en réalité la question de la sécrétion pancréatique interne : même si l'insuline arrive à en masquer les principales manifestations, malgré un régime et un traitement bien conduits, on voit persister une glycémie élevée, une diu-

rèse souvent abondante, et les réactions d'hyperglycémie et d'hypoglycémie provoquées ne reprennent pas l'aspect qu'elles présentent chez les sujets normaux.

Le diabète sucré n'est donc pas résumé par le diabète insulaire, et laisse ainsi le champ libre aux hypothèses pathogéniques.

— Notons enfin l'action hypoglycémiante, mais bénigne et inconstante, de l'opothérapie hépatique, en regard de l'hypoglycémie profonde et progressive de l'hépatectomie partielle ou totale.

Telles sont les données de l'expérimentation et de la clinique.

Partant de ces notions, il nous semble possible de discuter quelques hypothèses sur le rôle du foie dans la pathogénie du diabète.

Il existe dans le foie deux unités fonctionnelles :

La cellule hépatique ;

Et la cellule de Küppfer.

Toutes deux peuvent exercer un rôle dans le diabète.

A. **La cellule de Küppfer.** — La cellule de Küppfer appartient au système réticulo-endothélial, et participe ainsi à la physiologie de ce système.

Or les travaux de Noma, Venullet, Messina, Fiessinger, Escudéro, etc..., ont montré l'existence d'une action hypoglycémiante du tissu réticulo-endothélial, action qui serait due à une hormone glycolytique analogue à l'insuline. Etant donné la présence dans le foie des cellules de Küppfer et les connexions étroites, anatomiques et cliniques, qui unissent les éléments du couple hépato-splénique, on est en droit de se demander si l'hyperglycémie observée au cours des cirrhoses n'est pas due à l'insuffisance du système réticulo-endothélial, plutôt qu'à la déficience de la cellule hépatique.

Plusieurs arguments plaident en faveur de cette hypothèse :

1° Les expériences de Mann et Magath ont montré que le déficit vrai ou la suppression de la fonction hépatique s'accompagnent non d'hyperglycémie, mais d'hypoglycémie.

2° L'hyperglycémie apparaît en pathologie hépatique au cours d'affections touchant peu la cellule hépatique, et intéressant surtout le système réticulo-endothélial ; ce sont les cirrhoses. L'ictère grave, l'atrophie jaune aiguë du foie sont hypoglycémiants.

3° Quant à l'action faiblement hypoglycémiante des extraits hépatiques, elle pourrait peut-être s'expliquer par leur teneur en hormones endothéliales.

Notons d'ailleurs à ce propos que certains auteurs américains, tels Murlin, Pierce et Greeg, attribuent l'action de l'extrait hépatique sur la glycémie à l'existence dans le foie frais d'une certaine quantité d'insuline.

Il ne nous semble donc pas invraisemblable de situer, dans les cirrhoses hyperglycémiantes, l'origine du syndrome diabétique, non pas dans la cellule hépatique, mais dans la cellule de Küppfer.

Le diabète hépatique serait en réalité un diabète réticulo-endothélial ; il viendrait ainsi rejoindre d'autres manifestations attribuées classiquement à l'altération de la fonction hépatique, et qu'on rattache aujourd'hui au dysfonctionnement du tissu réticulo-endothélial : tel le syndrome hémorragique des cirrhoses et des ictères graves (Abrami).

B. **La cellule hépatique.** — Voyons maintenant à quel rôle peut prétendre la cellule hépatique dans la pathogénie du diabète.

Ce rôle est avant tout passif : la cellule hépatique constitue le carrefour où se rencontrent les hormones appartenant aux deux systèmes antagonistes chargés d'assurer l'équilibre glycémique : suivant la prédominance passagère de l'un ou l'autre de ces systèmes, elle forme du glycogène ou restitue du glucose au sang.

Mais un fait doit nous conduire à admettre l'existence possible d'un rôle actif de la cellule hépatique dans la physiologie des sucres : l'hépatectomie entraîne une hypoglycémie profonde, qui s'accentue progressivement jusqu'aux approches de la mort.

Ce fait a amené de nombreux auteurs à discuter l'hypothèse d'une neutralisation ou d'une modération de la sécrétion insulinienne par une hormone hépatique, l'hypoglycémie observée étant attribuée à une sécrétion désordonnée d'insuline.

A l'opposé de l'hépatectomie, on se trouve ainsi devant la possibilité d'un diabète par hyperhépatie.

Ce type de diabète ne peut évidemment correspondre aux descriptions des diabètes de la suralimentation azotée et des cirrhoses : s'il existe dans ces cas une modification de la fonction hépatique, il s'agit plutôt d'insuffisance.

Mais l'hyperhépatie rendrait peut-être compte d'une autre forme du diabète : *l'hépato-mégalie polycorique avec hyperglycémie*, syndrome dit « à forme d'insuffisance pancréatique » et rattaché par Mauriac à un vice de régulation neuro-endocrino-sympathique.

Or, contrairement au diabète pancréatique et aux diabètes endocriniens déjà connus, qui s'accompagnent tous d'un abaissement du glycogène hépatique, la maladie de Gierke se caractérise par une augmentation du taux de ce glycogène. Il nous semble donc nécessaire de chercher pour cette forme une pathogénie différente de celles envisagées jusqu'à ce jour.

Cette explication se trouverait peut-être dans l'hypothèse d'une hyperhépatie ; la modération de la glycolyse tissulaire, qu'elle soit due à la neutralisation de l'insuline suivant les idées de Loewi, ou à la régulation de l'insulino-sécrétion, serait exagérée dans ces cas. Et l'hépatomégalie polycorique serait la conséquence de cette hyperhépatie. On pourrait ainsi expliquer l'origine des deux principales manifestations de la maladie : accumulation du glycogène hépatique, et hyperglycémie. Quant à la cause même de cette hyperhépatie, peut-être faudrait-il alors la chercher dans un trouble endocrino-végétatif.

Cette hypothèse d'hépatomégalie par hyperhépatie reste d'ailleurs, il faut bien le dire, absolument gratuite et dépourvue de toute base expérimentale précise.

Quoi qu'il en soit, le diabète des cirrhoses et le diabète de l'hépatomégalie polycorique nous semblent les seules formes dont l'origine puisse être actuellement rapportée, avec quelque vraisemblance, à une cause hépato-endothéliale : nous faisons d'ailleurs tou-

tes les réserves possibles sur l'interprétation de la seconde de ces formes, en raison de l'absence complète de tout argument péremptoire.

Pour les autres formes du diabète, le champ des hypothèses reste toujours ouvert, sans qu'il en soit une, parmi les théories déjà invoquées, qui nous semble mériter une particulière adhésion.

Telle se présente, à notre avis, la conclusion qu'on peut tirer de nos connaissances actuelles sur le problème du diabète hépatique. Bien des points restent encore obscurs. Parmi les hypothèses émises, il en est peu qui ne puissent être discutées.

Mais ce qui nous paraît ressortir avant tout de cette étude analytique sur les relations du foie et du diabète, c'est l'existence d'un bloc hépato-pancréatico-endothélial uni par des connexions physio-pathologiques étroites, et dont la perturbation domine le problème du diabète.

Bibliographie

1. Alth Hausen, Thoenes. Effet des lésions hépatiques provoquées sur le métabolisme des hydrates de carbone, *Arch. of intern. méd.*, 1932.
2. Aubertin. Le diabète hépatique, *Nutrition*, janv. 1931.
3. Aubertin. *Le diabète sucré*, Questions d'actualité. Masson, 1935.
4. Azerad et Nigay. Cirrhoses hépatiques et diabète sucré, *Pratique médicale française*, 1928.
5. Blotner et Murphy. Action du foie sur la glycémie, *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, juin 1930.
6. Bierry et Rathery. *Introduction à la physiologie des sucres*. Baillère 1935.
7. Böller et Ueberrack. Résistance à l'insuline dans les cas d'ictère, *Klinische Woch.*, avril 1931.
8. Brunson Cross et Minos Blackford. Hypoglycémie mortelle hépatogène, *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, mai 1930.
9. M. et F. Cahane. Fonction endocrine des glandes salivaires, *Revue française d'endocrinologie*, 1930.
10. Carrière, Gineste et Belbenoit. La résistance à l'insuline dans les affections du foie, *Gaz. des hôp.*, octobre 1935.
11. Chabanier, Lebert et Obo-Onell. *Physiopathologie et traitement du diabète sucré*, Masson 1929.
12. Chino. Influence des glandes sexuelles et de la rate sur le glycogène hépatique et musculaire, *Fol. Endocrin.*, janv. 1929.
13. Chiray, Pavel et Lesage. Diabète et cholécystite, *Presse méd.*, sept. 1932.
14. Collens, Shelling et Bryon. Ligature de l'artère hépatique et métabolisme des hydrates de carbone, *Amer. Journ. of Physiol.*, 1926.
15. Comby. Maladie glycogénique du foie, *Soc. méd. des hôp.*, juin 1934.
16. C.-F. Cori et G.-T. Cori. Influence de l'anadrénaline et de l'insuline sur la formation de glycogène dans le foie, *Journ. of biol. Chem.*, 1929.
17. Corkill. Action de l'insuline sur le glycogène hépatique, *Journ. of Physiol.*, 1932.
18. Cowles Andrus. Hyperthyroïdie et diabète sucré, *Bulletin of the John's Hopkins Hospital.*
19. R. Debré. Les polycories, *Presse méd.*, mai 1935.
20. R. Debré et Semelaigne. L'hépatomégalie polycorique, *Presse méd.*, mai 1935.
21. Dietrich et Loewi. Recherches sur le diabète et l'action de l'insuline, *Archiv. Ges. Phys.*, 1926.
22. Du Bois. *Physio-pathologie du tissu réticulo-endothélial*, Masson 1934.
23. Escudero. I. La suppression progressive et totale du pancréas chez le chien normal ne produit pas le dia-

bète. — II. Le tissu réticulo-endothélial est le tissu vicariant du pancréas, *Revue Sud-Américaine de Méd. et de Chir.*, janv. 1932.
24. FALTA et BÖLLER. La tolérance à l'insuline, *Klin. Woch.*, avril 1932.
25. FALTA et BÖLLER. Diabètes insulino-résistants, *Klin. Woch.*, 1931.
26. FIESSINGER. C. R. Société de Biologie, 1932.
27. GIBB et LOGAN. Etude sur le diabète sucré, *Arch. Intern. Med.*, 1929.
28. GOLDBLATT. Action de l'insuline sur la distribution du glycogène musculaire chez les animaux normaux, *Biochemic Journ.*, 1930.
29. GOMÖRI et MOSSOWSKY. Action des extraits rétro-pituitaires sur le taux du glycogène hépatique et musculaire, *Archiv. f. exp. path. u. pharm.*, 1932.
30. HADGÈS. Prurit diabétique irréductible réduit par l'extrait splénique, *Société de gastro-entérologie*, 1931.
31. HEYMANS B. et C. Insuline et glycogène hépatique, *C. R. Soc. de biol.*, 1925.
32. IZAR. Sur une nouvelle conception du diabète pancréatique, *Riforma Med.*, 1929.
33. JONES, CASTLE, MULHOLLAND et BAILEY. Fonctionnement du foie dans le diabète sucré, *Arch. of intern. méd.*, mars 1925.
34. JOSLIN et LATHEY. *Amer. Journ. of med. Sciences*, juillet 1926.
35. LA BARRE. A propos de la pathogénie du diabète, *Bull. de l'Académie Royale de Belgique*, oct. 1928.
36. M. LABBÉ. *Leçons cliniques sur le diabète*, Masson 1931.
37. M. LABBÉ. Diabètes insulino-résistants, *Revue Belge des Sciences médicales*, 1931.
38. M. LABBÉ et BOULIN. La résistance à l'insuline dans les cirrhoses, *C. R. Soc. de biol.*, 1934.
39. M. LABBÉ, BOULIN et BALMUS. Lésions du foie dans quatre cas de coma diabétique insulino-résistant, *Presse méd.*, juill. 1935.
40. M. LABBÉ, BOULIN et PETRESCO. Le diabète bronzé, *Ann. de Méd.*, 1935.
41. M. LABBÉ et Gilbert DREYFUS. Diabète et maladie de Basedow, *Paris méd.*, 1929.
42. M. LABBÉ et NEPVEUX. Diagnostic de l'insuffisance pancréatique, *Presse méd.*, mai 1931.
43. M. LABBÉ et PETRESCO. Les altérations pancréatiques dans le diabète, *Soc. anat. de Paris*, juill. 1932.
44. LANZA. L'équilibre glycémique dans les affections du foie, *Riforma méd.*, 1933.
45. LAWRENCE et MAC CANCE. Effet de l'inanition, de la phlorizine, de la thyroïde, de l'adrénaline, de l'insuline, de la pituitine, sur la distribution du glycogène chez le rat, *Biochimic Journ.*, 1931.
46. LE GENDRE. *Le diabète sucré* (Roger-Widal-Teissier, tome VII).
47. MAY. Diabètes insulino-résistants, *Revue critique de pathologie*, 1931.
48. MARX. Splénectomie et glycémie, *Klin. Woch.*, nov. 1930.
49. MAURIAC. Le diabète sucré, questions d'actualité, Masson 1935.
50. MAURIAC. Les troubles de la régulation neuro-endocrinienne dans la pathologie du diabète. *Presse méd.*, juill. 1932.
51. MAURIAC et AUBERTIN. Le pouvoir de neutralisation du sang vis-à-vis de l'insuline, *Ann. de méd.*, déc. 1927.
52. MESSINA. Insuline et glycogène, *Archiv. farmac. sper. sc. af.*, 1931.
53. MEYER. Fonctions du foie dans le diabète sucré, *Archiv. of intern. med.*, févr. 1931.
54. MURLIN, PIERCE et GREEG. Relations entre le foie et l'action de l'insuline, *Amer. Journ. of physiol.*, 1928.
55. NIELS A. NIELSEN. Action de l'insuline sur le foie et le muscle perfusés, *Archives Scandinaves de Physiologie*, 1931.
56. PARHON et CAHANE. Teneur du foie en glycogène chez les animaux recevant des injections de parathormone, *C. R. Soc. de biol.*, 1929.
57. PARTURIER. *Syndromes hépato-endocriniens*, Vigot, 1935.
58. PUECH et RIMBAUD. Syndromes pancréatiques chroniques avec troubles de la sécrétion interne, *XXIIIe Congrès français de médecine*, Québec 1934.
59. RATHERY. *Le diabète sucré*, Baillière.
60. RATHERY, COMULESCO et GRIGNON. L'action des extraits de rate chez les diabétiques, *Presse Méd.*, juin 1934.
61. RATHERY, GILBERT et LAURENT. Variations tardives du glycogène hépatique et musculaire du chien dépancréaté par injections d'insuline, *C. R. Soc. biol.*, juill. 1930.
62. RATHERY et SIGWALD. Hypoglycémie, *Journ. méd. français*, 1932.
63. RAVDIP. Quelques aspects du métabolisme des hydrates de carbone dans les affections hépatiques, *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, oct. 1929.
64. RIMBAUD. L'insulino-résistance, *Gaz. des Hôp.*, oct. 1935.
65. SACHS JACOB. Effet de l'adrénaline sur le glycogène musculaire et hépatique, *Amer. J. of physiol.*, 1931.
66. SAHYUN et LUCK. Action de l'adrénaline et de l'insuline sur la distribution du glycogène chez le lapin, *Journ. biol. chem.*, 1929.
67. SANTENOISE, VERDIER, VIDACOVITCH. Vagotonine et glycogène hépatique, *C. R. Soc. de biol.*, 1930.
68. SCHMIDT. Sur le mécanisme de l'action de l'insuline, *Archiv. fur. exp. path. u. pharm.*, 1930.

PRATIQUE MÉDICALE

CHIRURGIE DU VERTIGE
INDICATIONS DE LA SECTION INTRACRANIENNE DU NERF AUDITIF (1)

Par MM. AUBRY et Marcel OMBRÉDANNE.

Le *vertige* est une manifestation pathologique singulièrement pénible. Il est souvent le signe capital de la *maladie de Ménière*, caractérisée par de *grandes crises vertigineuses*, accompagnées de *vomissements*, de *bourdonnements d'oreille* et souvent de *surdité unilatérale*, survenant par accès violents et répétés. La maladie est progressive et bientôt toute vie active devient impossible aux malades qui en sont atteints.

Certains malades ont un passé auriculaire, souvent même ils ont été déjà opérés pour une suppuration chronique de l'oreille (évidement pétro-mastoïdien, trépanation du labyrinthe, etc...), mais leurs vertiges ont persisté.

Les autres n'ont jamais eu d'affections auriculaires.

Lorsque, en face d'un de ces grands vertigineux, le médecin ne découvre aucune cause générale à l'origine des vertiges (digestive, cardio-vasculaire, etc.), et est amené à suspecter une cause otique ou labyrinthique, lorsqu'il a d'autre part épuisé sans succès toute la gamme des ressources thérapeutiques habituelles, il n'est plus actuellement désarmé comme jadis. Aubry et Ombrédanne viennent de faire à maintes reprises la preuve que la *section intracranienne du nerf auditif* était capable de guérir radicalement les grandes crises de la maladie de Ménière.

Dans leur article, ils étudient d'abord les différents syndromes qui comportent des crises vertigineuses.

(1) *Gaz. méd. de France*, 1er fév. 1936, t. XLIII, n° 3, p. 105.

1° UN SYNDROME DE MÉNIÈRE PUR, qui comprend deux formes :

— Le *vertige-névralgie*, dans lequel la surdité peut ne pas exister. Dans cette forme, les épreuves labyrinthiques habituelles (calorique, rotatoire, galvanique) se montrent normales ou à peu près.

— Le *vertige-névrite*, dans lequel la surdité est pour ainsi dire constante et le plus souvent unilatérale. Il existe souvent du nystagmus spontané, un signe de Romberg plus ou moins discret. Les épreuves labyrinthiques instrumentales, pratiquées en dehors des crises vertigineuses, montrent ici des altérations profondes du labyrinthe ou du tronc même du nerf auditif.

2° DES SYNDROMES DE MÉNIÈRE ATYPIQUES. — Ce sont des *formes anormales* de la maladie :

— Soit parce que la surdité fait défaut ;

— Soit parce que se surajoutent des céphalées à siège très particulier, surtout occipitales ;

— Soit enfin parce qu'il existe des signes associés d'atteinte d'un nerf cranien voisin (V ou VII) ou d'arachnoïdite de la fosse postérieure.

Aubry et Ombrédanne exposent ensuite l'état actuel du traitement des vertiges par la section intracranienne *totale ou partielle* du nerf auditif, qu'ils ont réalisée vingt fois : 10 sections totales, 10 sections partielles. Ils montrent que l'intervention, exécutée par une équipe chirurgicale bien entraînée, est simple, rapide, sans danger vital et aussi bénigne qu'une laparotomie exploratrice.

L'opération guérit radicalement les vertiges : la section est totale quand le malade est sourd ; lorsqu'il ne l'est pas, la section partielle du nerf permet le plus souvent de conserver l'audition, ce qui est un *fait capital ;* dans 2 cas, l'audition fut même très améliorée.

*
**

LES INDICATIONS DE CETTE INTERVENTION visent avant tout les *crises vertigineuses*, et se posent d'autant plus formellement que ces crises sont plus fréquentes, plus répétées, plus rebelles à tout traitement médical et même otologique.

L'indication est donc exceptionnelle dans la forme de *vertige-névralgie* de la maladie de Ménière, et dans l'éventualité exceptionnelle où l'intervention serait envisagée, c'est une neurotomie partielle qui serait faite.

Au contraire, l'indication est formelle dans le *vertige-névrite* dès que le traitement antisyphilitique s'est avéré inopérant. En pareil cas, la section du nerf donne des résultats plus certains que les interventions sur le labyrinthe, soit décompressives, soit destructrices. Lorsque ces interventions ont déjà été pratiquées sans succès, l'indication de la section du nerf auditif peut se poser.

— Dans le *vertige-névrite*, la section sera totale si la surdité est totale, et partielle si la surdité est incomplète.

— Dans les *formes atypiques* aussi, la section sera totale ou partielle, selon le degré de la surdité.

— Dans les *formes céphalalgiques*, l'intervention conduit en outre souvent sur des lésions d'*arachnoïdite*, soit kystique, soit adhésive, qu'il est nécessaire d'exciser ou de détruire.

Les auteurs concluent que les indications opératoires du vertige de Ménière se sont précisées et étendues avec les progrès de la technique : les résultats qu'ils apportent font de la section intracranienne du nerf auditif la véritable opération de choix de la maladie de Ménière.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 24 MARS 1936)

M. Hartmann, président, fait part du décès de M. Legry, membre titulaire dans la première division (médecine).

Notice. — M. Portier donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Moniez, membre correspondant récemment décédé.

Un dérivé iodé de l'aspirine. — Le professeur POUCHET présente à l'Académie un dérivé iodé de l'aspirine, l'*iodéopirine*, obtenu et étudié par MM. le Dr Le Gac, professeur à l'école de médecine et de pharmacie de Rennes, Viel et Trégoat. C'est un succédané de l'aspirine qui offrirait l'avantage d'unir à l'action analgésique et calmante de l'aspirine les propriétés antitoxiques de l'iode utilisé à faible dose et mis en liberté lentement dans l'organisme. Les résultats thérapeutiques obtenus par l'emploi de l'iodéopirine se sont montrés particulièrement intéressants dans les cas de rhumatismes, aigus ou chroniques, de sciatiques, ainsi que dans la plupart des algies pour lesquelles on utilise habituellement l'aspirine. Ce médicament présente encore de remarquables avantages pour le traitement des colibacilloses qui sont particulièrement rebelles à toutes actions médicamenteuses.

L'atropine à doses fortes et progressives dans le traitement des troubles post-encéphalitiques. — MM. G. MARINESCO et E. FAÇON rappellent leurs communications antérieures à ce sujet et rapportent les résultats concernant l'application de ce traitement à un nombre de plus de 200 malades.

Ils insistent de nouveau sur l'efficacité du traitement atropinique dans les symptômes parkinsoniens et spécialement son action sur la rigidité et les mouvements associés ; les tremblements et les crises oculogyres sont aussi influencés favorablement, ce qui ressort des observations qu'ils relatent. Ils attirent l'attention sur la supériorité de ce traitement sur les autres méthodes préconisées et surtout sur la « cure bulgare » des auteurs italiens.

Enfin ils montrent — s'appuyant sur les modifications de la formule végétative et de la chronaxie des malades traités — que l'action de l'atropine s'exerce sur les centres méso-diencéphaliques et aussi sur la périphérie (nerf et muscle).

Ils concluent en faveur du traitement des troubles post-encéphalitiques par les doses fortes et progressives d'atropine.

Le cancer dans la race noire. — M. DELBET.

De la thrombose comme agent hémostatique. — M. CRUT.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1936)

Sur l'existence d'un pouvoir antigonadotrope dans le sérum humain. — MM. Guy LAROCHE et H. SIMONNET. Le sérum humain peut exercer à faible dose une action empêchante sur les extraits urinaires à pouvoir gonadotrope. Cette propriété, inégalement répandue dans les divers sérums examinés, n'est pas en rapport direct avec le pouvoir gonadotrope propre que possèdent certains sérums : elle s'exerce aussi bien lorsque celui-ci est présent que lorsqu'il est absent.

Sur la production de la toxine et de l'anatoxine staphylococcique. — M. G RAMON. En partant de différents milieux de culture dont la préparation, la composition et le mode d'emploi sont indiqués dans la note, et sous la condition d'utiliser une souche de staphylocoque appropriée il est possible d'obtenir une production rapide, régulière de toxine et l'anatoxine staphylococcique de valeur antigène intrinsèque relativement élevée.

Action de la vagotonine sur la teneur du sang en hématies. — MM. R. GRANDPIERRE et P. GROGNOT. A la suite d'injections sous-cutanées quotidiennes de vagotonine, l'augmentation des hématies chez le lapin normal est constante. Elle débute au bout de 3 à 4 jours, atteint en trois semaines 1.000.000. Elle est stable, puisqu'on la constate encore deux mois après la cessation des injections de vagotonine.

Parallèlement à l'augmentation des hématies, on observe une élévation du nombre des réticulocytes, qui passent de 0,15 p. 100 à 3 et même 4 p. 100, laquelle s'arrête, puis diminue lors de la période de stabilisation des globules rouges.

Technique de dosage des sels biliaires de la bile humaine. MM. R. GOIFFON, F. NEPVEUX et Mlle CHALEIL. Dans des conditions très précises de technique, les acides glycocholique et taurocholique se mettent en suspension homogène en présence d'une solution acide de sulfate d'ammonium à demi-saturation. Les troubles obtenus sont proportionnels aux quantités d'acides biliaires mis en œuvre et mesurables au photomètre. Il est nécessaire de priver la bile des albumine, mucine, albumoses et peptones, de la dépigmenter et de la délipider.

Sur certaines souches atypiques de bacilles de Koch capables de produire dans le cobaye des lésions tuberculeuses même dans la chaîne ganglionnaire lymphatique non satellite de la lésion primaire. — MM. C. NINNI et V. TRAMONTANO. L'inoculation sous-cutanée ou intraganglionnaire au cobaye de cultures typiques de bacilles de Koch récemment isolés ou conservés depuis des années au laboratoire ne donne ni la tuberculose des ganglions lymphatiques non satellites de l'infection primaire ni la rétroculture positive à partir des mêmes ganglions. Au contraire, certaines souches de bacilles de Koch type humain récemment isolées, provenant de pus riches en bacilles de Koch, tuberculisent les ganglions non satellites de l'infection primaire et donnent la rétroculture positive à partir des mêmes ganglions. Ce type bacillaire se conserve plus longtemps dans l'organisme de la poule que le type mammifère ordinaire, bien qu'il ne soit pas pathogène pour elle.

La tuberculose ainsi produite présente une période d'exsudation plus longue que celle produite par les souches typiques.

Ces souches atypiques se montrent riches en colonies S dans le milieu de Löwenstein aussitôt après l'isolement, mais les formes dissociées (S) diminuent à mesure qu'on repique la culture dans le milieu de Löwenstein et parallèlement à la diminution des colonies S on constate dans les


ÉPHÉDRINE HOUDÉ
GRANULES TITRÉS A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement titré à 1 centigr. de chlorhydrate d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple, pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par jour, en débutant par une dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les 2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur demande et franco
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
60 GRANULES TITRÉS à 1 centigramme de chlorhydrate
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (PRIX ORFILA)
3 À 8 PAR JOUR
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

cobayes inoculés, l'affaiblissement de la propriété d'invasion pour les ganglions non satellites de l'infection primaire.

Le cholestérol est-il capable de protéger le cobaye contre l'intoxication due aux venins ? — MM. L. Nicol et Ali Mustafa. Le cholestérol, injecté par voie sous-cutanée, intramusculaire ou intrapéritonéale au cobaye, ne le protège pas contre l'injection ultérieure d'une dose de venin d'aspic ou de cobra mortelle en quelques heures pour un animal de même espèce et de même poids.

Sur le dosage de la toxine staphylococcique. — MM. G. Ramon et R. Richou. En ce qui concerne le pouvoir antigène, la mise en œuvre dans les conditions indiquées de la méthode de floculation permet d'apprécier avec précision la valeur antigène intrinsèque de la toxine staphylococcique.

Atténuation du pouvoir toxique de la toxine tétanique additionnée d'huile de vaseline cholestérinée et injectée au cobaye. — MM. E. Lemétayer et E. Eichhorn. Il est possible d'injecter sans dommage au cobaye, sous la peau ou dans le péritoine, jusqu'à 10 doses mortelles de toxine tétanique, lorsque celle-ci est préalablement émulsionnée à parties égales avec de l'huile de vaseline cholestérinée. La diminution de la toxicité, qui est beaucoup moindre que celle obtenue avec l'enrobage de la toxine dans la lanoline, trouve son explication dans un mécanisme analogue à celui mis en évidence par G. Ramon et ses collaborateurs pour les mélanges toxine-lanoline, beaucoup plus que dans un rôle antitoxique du cholestérol.

Election. — M. Giroud est nommé membre titulaire.

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1936)

Sur le contrôle de l'innocuité et sur le dosage de l'anatoxine staphylococcique. — MM. G. Ramon et R. Richou. Les échantillons d'anatoxine staphylococcique doivent être soumis, avant leur emploi thérapeutique, au contrôle de leur innocuité et au dosage de leur valeur antigène intrinsèque.

La vérification de l'innocuité est faite simultanément par la méthode hémolytique in vitro, par l'injection intradermique et l'injection intraveineuse chez le lapin. On contrôle ainsi l'absence dans l'anatoxine des propriétés hémolytique, nécrosante et léthale, caractéristiques de la toxine.

Pour les essais thérapeutiques, les échantillons d'anatoxine contrôlés et dosés sont mélangés de façon à posséder un titre moyen compris pour le moment entre 10 et 15 unités antigènes.

Etude comparée de diverses immunités antitoxiques (antidiphtérique, antistaphylococcique, anti-Preisz Nocard, etc...) d'origine naturelle chez le cheval. — MM. G. Ramon, R. Richou, L. Nicol et A. Lupu. Le cheval peut posséder simultanément plusieurs immunités antitoxiques : antidiphtérique, antistaphylococcique, anti-Preisz Nocard, qui se traduisent par la présence dans son sérum des antitoxines spécifiques, et cela en dehors de toute immunisation artificielle.

L'acquisition de ces différentes immunités paraît bien subordonnée à la pénétration dans l'organisme du cheval des antigènes spécifiques. Le cheval ne recèle dans son sérum nulle trace d'anti-venin, d'anti-abrine, la pénétration naturelle des antigènes correspondants, chez cet animal, étant pratiquement impossible.

Fixité des caractères de culture et de virulence d'une souche de bacilles tuberculeux bovins eugoniques, après passage sur le bœuf. — M. A. Saënz. Chez un jeune enfant, nourri avec du lait cru de vache et atteint de méningite tuberculeuse, l'auteur a isolé une culture de bacilles de Koch dysgonique d'origine bovine ; cette souche était composée, au moment de l'isolement, de colonies S lisses et a pu dans la suite être dissociée en variété R correspondante. Cette variété R, après deux ans et demi de passages *in vitro* sur pomme de terre glycérinée, s'est montrée d'une stabilité remarquable en ce qui concerne ses caractères de culture et sa virulence, malgré un séjour de quatre mois et demi dans l'organisme du bœuf.

Les cultures obtenues à partir des organes de cet animal, ainsi que les passages effectués, avec les mêmes produits, au lapin, ont démontré l'impossibilité de restituer par ce moyen, à cette souche, ses caractères initiaux de culture lisse et dysgonique.

A ce point de vue, cette souche bovine s'est comportée d'une façon analogue aux souches de bacilles tuberculeux aviaires.

Neurotropisme de la peste aviaire. — M. P. Lépine rapporte des expériences pratiquées chez des souris et des lapins, animaux normalement non réceptifs au virus septicémique de la peste aviaire, montrant que le virus possède une affinité élective pour le système nerveux central, où il est capable, non seulement de survivre, mais de se multiplier. Les caractères de cette infection expérimentale sont ceux des endodermoses neurotropes (type : fièvre jaune) plutôt que ceux des infections strictement neurotropes (rage).

Existence de lésions nucléaires spécifiques dans la peste aviaire. — M. P. Lépine et Mlle V. Sautter ont observé, au cours de la peste aviaire chez la poule, une lésion spécifique consistant en dégénérescence du noyau des cellules hépatiques, avec formation d'une inclusion oxyphile ; ce type de lésion est particulièrement accusé avec certaines souches assurant à l'animal inoculé une survie de quelques jours.

Méthode de fixation histologique rapide et colorations cytologiques du névraxe. — M. P. Lépine et Mlle V. Sautter recommandent, pour l'examen histologique du névraxe, un fixateur rapide composé à volumes égaux d'acide acétique, d'acétone et de sublimé en solution saturée dans l'alcool absolu. La rapidité de la fixation ainsi obtenue assure la conservation de tous les éléments de la cellule nerveuse, si vite atteinte par les altérations d'autolyse cadavérique ; toutes les colorations appliquées à la suite de cette fixation gagnent en éclat et en précision dans la définition des détails cytologiques.

La chronaxie de l'appareil du goût. — M. et Mme A. Chauchard reviennent sur des recherches qu'ils ont faites antérieurement et qui conduisent aux conclusions suivantes : si l'on prend comme test de l'excitabilité de l'appareil gustatif la sensation dite « goût électrique », on voit que cet appareil présente deux chronaxies de valeur très inégale suivant qu'on explore la zone antérieure ou la zone postérieure de la langue.

Cette inégalité montre que ce sont bien des fibres d'origine différente qui constituent la double innervation gustative de cet organe. La chronaximétrie est capable de renseigner sur les anomalies provoquées dans ce domaine par un état pathologique des nerfs, comme les auteurs l'ont observé dans un cas de lésion de l'oreille moyenne.

Inhibition de l'action hémolysante d'une ovolécithine par la saponine. — M. B.-S. Levin. Le temps nécessaire pour provoquer l'hémolyse par la saponine est considérablement augmenté par des mélanges de saponine et de lécithine.

D'autre part, des lécithines très purifiées possèdent, outre leur action anti-hémolytique, une action hémolytique, qui passe par un maximum pour une concentration donnée et s'affaiblit de part et d'autre, aussi bien vers la concentration la plus élevée que vers la plus faible.

La diphtérie maligne (1), par R. POINSO, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Marseille.

Mise au point pratique, à la fois clinique et thérapeutique, de cette affection, suivant les travaux importants parus au cours des dernières années. Elle comprend :

L'étude étiologique et anatomie pathologique de la diphtérie maligne.

Une étude clinique d'ensemble ; l'auteur décrit ici les modes d'apparition, les caractères communs et l'évolution de l'angine maligne précoce, c'est-à-dire de celle où la malignité coïncide avec les signes locaux ; il montre ensuite comment ces caractères se comportent dans les diphtéries toxiques plus tardives (syndrome secondaire et tardif).

Les formes cliniques sont analysées : dans les diphtéries malignes à évolution rapide, dans les diphtéries malignes à évolution lente, dans les diphtéries malignes associées, dans les diphtéries malignes anormales.

Les manifestations viscérales et nerveuses sont rarement réunies. Lorsqu'elles sont associées, l'une d'entre elles émerge seule ; l'auteur indique, en les traitant séparément, comment elles se présentent ; il étudie ensuite les manifestations vasculo-sanguines.

Ce livre se termine par un exposé du diagnostic et du pronostic de l'affection, ainsi que de son étude pathogénique, enfin par un chapitre sur le traitement : sérothérapie, les adjuvants de la sérothérapie. Les médicaments des accidents viscéraux. Traitement de convalescence.

L. G.

(1) Collection Médecine et Chirurgie pratique. Un volume de 112 pages avec 12 figures. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'auteur met en évidence un phénomène de neutralisation qui consiste en ce que, pour certaines dilutions critiques, les mélanges récents de saponine et de lécithine ont une action lytique moindre que chacun des constituants séparés.

Rôle du système nerveux dans l'albuminurie orthostatique physiologique du lapin et du chien. — MM. Pierre Frumusan et Jean Hamburger, expérimentant sur le chien et le lapin, ont comparé les modifications de la sécrétion urinaire déterminées par l'orthostatisme, avant et après énervation des reins. Sur l'animal intact, l'orthostatisme fait apparaître constamment de l'oligurie, avec présence, dans l'urine, d'albumine et parfois de sang. Tous ces effets sont supprimés par l'énervation rénale. Leur origine nerveuse est donc probable.

Variations comparatives de la glycémie et de la sécrétion biliaire sous l'influence de l'adrénaline administrée par voie veineuse en injection lente et continue. — MM. Etienne Chabrol et Jean Sallet, appliquant la méthode d'injection continue et opérant sur 8 chiens porteurs d'une fistule cholédocienne avec exclusion de la vésicule, ont constaté qu'à l'élévation du sucre sanguin provoquée par l'adrénaline répondait d'une manière constante un abaissement de la sécrétion horaire de la bile. Ce phénomène n'est point modifié par l'administration préalable d'atophan. En contrepartie de ces recherches, les auteurs se sont demandé si, durant la phase de cholérèse que provoque l'acide phénylquinoléine carbonique, il se produisait un abaissement du sucre sanguin. Il n'en a rien été. C'est à l'action spécifique de l'adrénaline mobilisant les réserves de l'organisme en glycogène, à l'heure même où elle exerce sur la sécrétion du foie un pouvoir inhibiteur, que l'on doit attribuer la curieuse inversion de la glycémie et du flux biliaire.

Anaphylaxie et antianaphylaxie chez le lapin. — M. A. Besredka. Contrairement à ce que l'on observe dans le phénomène d'Arthus, le lapin sensibilisé vis-à-vis du sérum de bœuf, chauffé à 56° pendant une heure, possède tous les caractères essentiels de l'anaphylaxie classique : une dose minime de sérum provoque chez cet animal, rapidement, une réaction intense allant jusqu'à la nécrose complète des cellules ; cette réaction est spécifique et elle est passible de la vaccination par le procédé des doses subintrantes.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1936)

Fracture comminutive à six fragments du calcanéum. — MM. Aimes et Pares.

Sur un cas d'anasarque d'origine hépatique. — MM. Baumel, Deshons et Serres. A propos d'un cas d'anasarque, où le tableau clinique, les recherches de laboratoire et l'examen anatomo-pathologique ont éliminé absolument tout facteur cardiaque ou rénal, et démontré l'existence d'une insuffisance hépatique, avec inversion du rapport sérine/globuline.

Il a paru intéressant de souligner :

1° Qu'il existe des œdèmes dus à l'insuffisance fonctionnelle du foie ;

2° Que les modifications de la pression osmotique des protéines peuvent expliquer leur mécanisme ;

3° Qu'un anasarque peut représenter la seule production d'une insuffisance hépatique.

Kératite par poils de chenille. — M. Viallefont.

Colobomes de l'iris et de la choroïde. Persistance de la fente fœtale jusqu'au nerf optique. (Présentation de malade). — M. Dejean.

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1936)

Goitre exophtalmique et tuberculose. (Présentation de malade). — M. Joseph Martin discute l'action réciproque de la tuberculose et du Basedow. Il attire particulièrement l'attention sur l'importance du fonctionnement ovarien dans ce cas. Une première atteinte de Basedow avait débuté en 1917 au 4e mois d'un allaitement, alors que la malade n'était plus réglée (pour grossesse) depuis treize mois. Une deuxième atteinte était survenue vingt ans après, en 1933, à l'occasion du dérèglement définitif de la ménopause.

Il admet que seule est scientifique la thérapeutique étiologique, et conclut à un Basedow fonctionnel, dû au dysfonctionnement ovarien chez une tuberculeuse avec hérédité.

Kyste hydatique du foie suppuré à évolution aiguë dans un post-abortum. — MM. L. Rimbaud, Anselme-Martin, Bert et P. Betoulières rapportent l'histoire clinique d'un kyste suppuré du foie apparu au dix-huitième jour du post-partum. Le cliché radiologique permet seul le diagnostic étiologique en montrant à la surface du liquide la présence de vésicules caractéristiques. Il s'agit vraisemblablement d'un ensemencement infectieux du kyste jusqu'alors latent par un germe à porte d'entrée utérine.

Ramollissement de la région latérale de la calotte protubérantielle droite. (Présentation de pièce.) — MM. L. Rimbaud, Anselme-Martin et Bert.

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1936)

Leucémie aiguë en concomitance avec un traitement dit radio-actif suivi sans contrôle médical. — MM. L. Rimbaud, Anselme-Martin et R. Lafon.

A propos de la communication de MM. L. Rimbaud, Anselme-Martin et R. Lafon. Le dosage en radonthérapie. — M. R. Castagne et Mlle Osborne.

A propos des angio-scotomes. — MM. Viallefont et R. Lafon.

Appareil pour correction du torticolis congénital. (Démonstration et présentation de malade.) — MM. Etienne, Lapeyrie et Cabanac.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 30 *mars.* — Jury : MM. Gosset, président ; Grégoire, Ombrédanne, Wilmoth. — M. Barraya. La thyroïdectomie totale. — M. Labougle. Anévrismes de l'artère ischiatique. — M. Duchêne. Les dysembryomes de l'ouraque. — Mlle Hix. Les sillons congénitaux, dits par brides amnéotiques.

Jury : MM. Baudouin, président ; Clerc, Loeper, Duvoir. — M. Lerouge. Etude du traitement des dysménorrhées par l'anémone pulsatile. — M. Delamare. Sécrétion rénale et tension superficielle.

Mardi 31 *mars.* — Jury : MM. Lemaître, président ; Lenormant, Terrien, Halphen. — M. Salomon. Etude des tumeurs épithéliales de l'amygdale. — M. Duret. Etiologie et prophylaxie des récidives du trichiasis de la paupière supérieure. — M. Pétavy. Gérontoxon signe d'intoxication cholestérinique dans la cataracte, le glaucome et l'iritis de la cinquantaine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
Adopté par :
L'Assistance-Publique _
Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
LABORATOIRES
AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

N° 27. — MERCREDI 1er AVRIL 1936. 109e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Jury du concours de nomination :

MM. les docteurs Chevassu, Cunéo, Veau, Deniker, Ombrédanne, Bergeret, Courcoux.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Henri Roussel (de La Réunion).

GUERRE. (Active.) — Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Lambert des Cilleuls, Baur, Salinier, Bergeret, Bellot, R. de Gauléjac, Cavarroc, Anglade, Legendre.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Guillaume, Sarrat, Gardet, Codvelle, Delaye, Belbèze, Renoux, Mercier, Heyraud, Sondag, Wulliam.

— Mutations :

Médecins colonels. — M. Grenier (de Châlons-sur-Marne), nommé médecin chef de l'hospice mixte et président de la Commission de réforme; M. Maisonnet, de l'hôpital Percy-Clamart, nommé sous-directeur de l'Ecole d'application et médecin chef du Val-de-Grâce; M. Bercher, du Val-de-Grâce, nommé médecin chef de l'hôpital Percy-Clamart; M. Dizac (de Tarbes), nommé sous-directeur du Service de santé de la 16e région.

Médecin lieutenant-colonel. — M. Minet (de Rennes), maintenu et désigné comme médecin chef.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. le docteur Jacques Parisot, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, délégué de la France au Comité d'hygiène de la Société des Nations, est nommé conseiller technique sanitaire non rétribué au ministère de la Santé publique et de l'Education physique.

Il assurera en cette qualité la liaison avec les organisations internationales d'hygiène.

ASSOCIATION CONFRATERNELLE DES MÉDECINS FRANÇAIS. — Cette association, qui a pour but de verser un secours immédiat de 10.000 fr. au décès d'un sociétaire, vient de tenir son assemblée générale annuelle dans la grande salle de l'Hôtel de la Confédération des syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi.

850 membres étaient présents ou représentés.

Après une brève allocution de M. le professeur Vanverts, président de la Société, indiquant que le secours au décès accordé par la Confraternelle et les assurances de la Mutuelle confédérale sont des œuvres indépendantes qui se complètent sans se concurrencer, le docteur Barlerin, trésorier. donne lecture du rapport moral et financier de l'année 1935, lequel se résume ainsi :

85 adhésions nouvelles, ce qui porte à plus de 1.800 le nombre actuel des cotisants; 300.000 fr. de secours immédiats distribués; 1.100 fr. de dons reçus de membres bienfaiteurs et versés au fonds de réserve.

Une addition aux statuts, destinée à conserver à l'œuvre son caractère entièrement confraternel, a été votée, puis le bureau sortant a été réélu, confirmant ainsi la bonne gestion de cette Association, fonctionnant depuis 1908, et qui a déjà versé plus de deux millions et demi de secours aux familles médicales en deuil.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège social, 10, rue de Strasbourg, chez le docteur Barlerin, trésorier archiviste, ou chez le docteur Grabaud, secrétaire général, 7, rue Labie, Paris.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef est vacant à l'asile public d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne), par suite de la nomination de M. le docteur Noyer à l'asile public d'aliénés de Mont de-Marsan (Landes).

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE SAINT-GERVAIS. — En exécution du décret du 3 juillet 1905, le maire de la commune de Saint-Gervais-les-Bains fait connaître que le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Saint-Gervais-les-Bains est vacant. Aucun traitement n'est alloué à cet emploi. Un délai de vingt jours est imparti aux candidats pour adresser au ministre de la Santé publique (6e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications et références.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de Langue française. — La XLe session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bâle, Zurich, Berne et Neuchâtel, du 20 au 25 juillet 1936.

Présidents : M. le docteur O. Crouzon, membre de l'Académie de médecine, médecin des Hôpitaux de Paris, et M. le docteur A. Repond, médecin-directeur de la Maison de santé de Malevoz à Monthey (Valais).

Vcie-Président : M. le docteur M. Olivier, médecin-directeur de l'Asile de Blois.

Secrétaire général : M. le professeur P. Combemale, médecin-chef à l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le docteur O.-L. Forel, privat-docent à l'Université de Genève, médecin-chef de la Maison de santé « Les Rives de Prangins », près Nyon (Suisse).

Trésorier : M. le docteur Vignaud, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XLe session :

Psychiatrie. — « L'hérédité des affections circulaires et schizophréniques ». Rapporteurs : M. le docteur W. Boven, privat-docent à l'Université de Lausanne, et M. le docteur A. Brousseau, médecin-chef des Asiles publics de France, médecin de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police à Paris.

Neurologie. — « Etude séméiologique, étiologique et pathologique du mouvement choréique ». Rapporteur : M. le docteur Jean Christophe, ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine de Paris, médecin assistant à la Salpêtrière.

Thérapeutique psychiatrique. — « Thérapeutiques nouvelles des psychoses dites fonctionnelles ». Rapporteur : M. le docteur Hans-W. Maier, professeur de Psychiatrie à l'Université de Zurich.

N. B. — Les inscriptions sont reçues par le docteur Vignaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris (14e), c./c. postal 456-30, Paris.

Les membres titulaires de l'Association versent une cotisation annuelle et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être membre titulaire, il faut être docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et être agréé par le Conseil d'administration.

Il est possible de s'inscrire à la session comme membre adhérent sans faire partie de l'Association ; la cotisation est de 80 francs. Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la session peuvent inscrire comme membres associés les membres de leur famille ; la cotisation des membres associés est de 50 francs.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la XLe session incrits avant le 10 juin 1936 recevront les rapports dès leur publication.

Pour tous renseignements, s'adresser au professeur P. Combemale, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 31 *mars.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Carnot, Gougerot, Gastinel. — M. CACHIN. Recherches comparatives sur l'excrétion biliaire du cholestérol et de l'acide cholique. — M. MACÉ. Etude des formes convulsives des accidents nerveux du pneumothorax. — M BORIS. Le soi-disant cardiospasme. — M. VAISMAN. La syphilis inapparente expérimentale chez la souris.

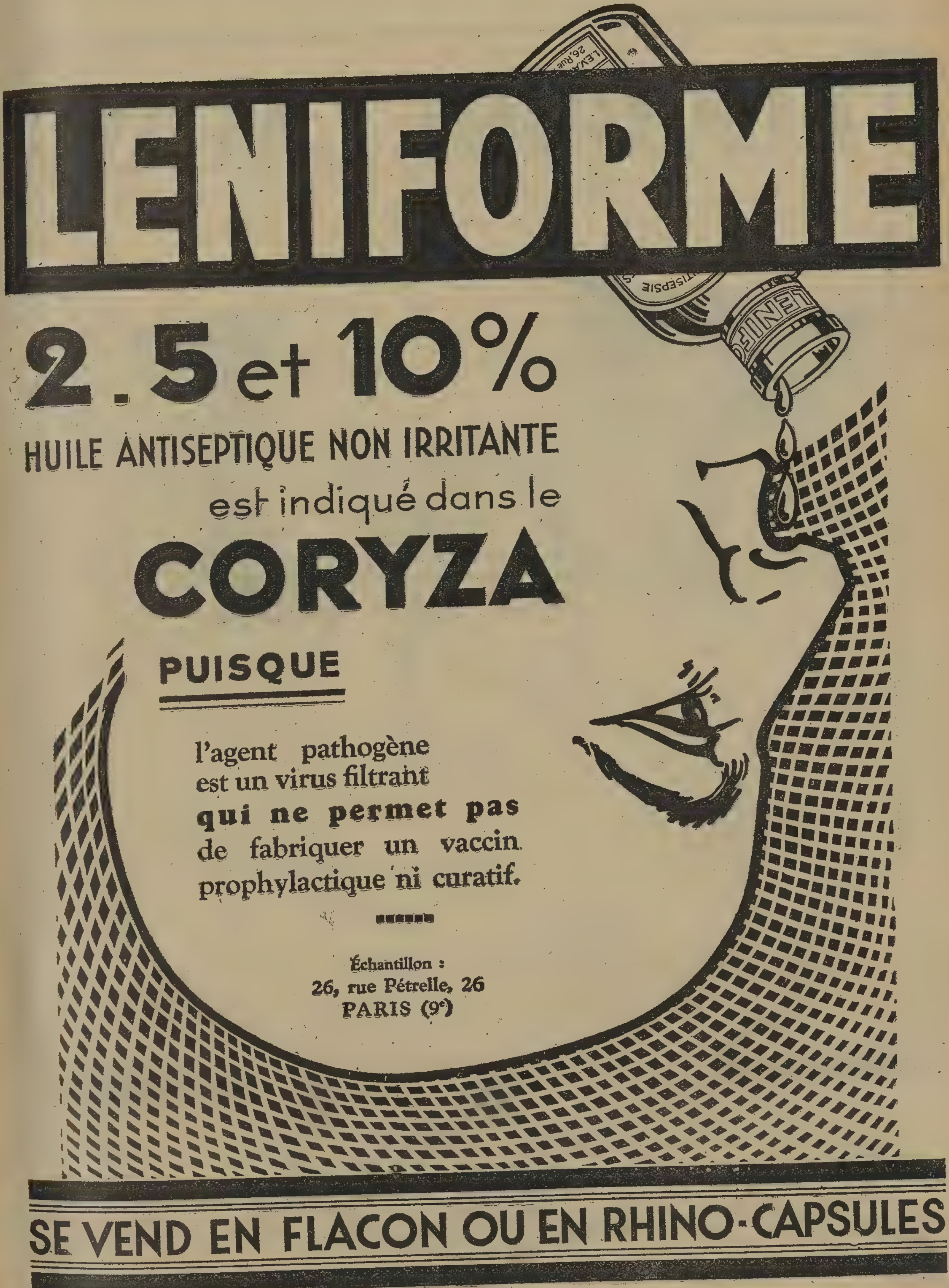
Mercredi 1er *avril.* — Jury : MM. Fiessinger, président ; Tanon, Joannon, Lemaire. — M. MESSIMY. Les réticulofibromes de la rate. — M. ABET. La fièvre ondulante en France, sa prophylaxie. — M. BRUGÈRE. L'œil à la lumière électrique. — M. LE GALL. Consanguinité et descendance.

Jeudi 2 *avril.* — Jury : MM. Balthazard, président ; Laignel-Lavastine, Sergent, Abrami. — M. HAUSSER. Le médecin expert et la révision en matière accident du travail (loi du 9 avril 1898). — M. KERAMBRUN. Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant par la méthode de lavage de l'estomac. — M. COLESSOS. Les kystes aériens du poumon.

Vendredi 3 *avril.* — Jury : MM. Couvelaire, président ; Marcel Labbé, Lemierre, Portes. — M. KINSBRUNNER. Etude des paralysies radiales du nouveau-né. — M. CASANOVA. Etude du fonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse et rapports avec la glande thyroïde.

Lundi 30 *mars.* (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Fiessinger, président ; Coquot, Lesbouyries. — M. VASLOT. Emploi de l'électrosérum en médecine vétérinaire.

RENSEIGNEMENTS


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

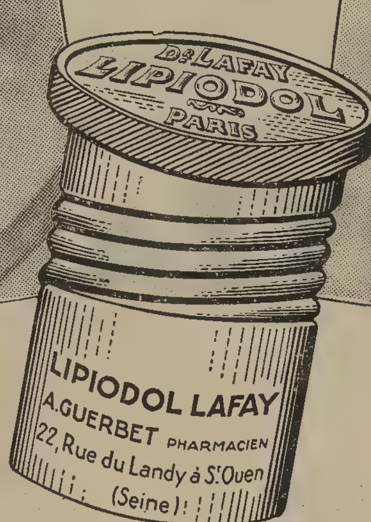
LIPIODOL LAFAY

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40 %
54. centigr. d'iode pur par centi. cube



Injection intra-utérine de Lipiodol





Injection intra-fistulaire de Lipiodol

POUR COMBATTRE
ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

POUR EXPLORER
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÉS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS

A. GUERBET & Cie
Pharmacien
Ex-interne des Hôpitaux de Paris
22, Rue du Landy
St-OUEN (près Paris)

Dosage :
1 cm3. = 0 gr. 54 d'iode
1 capsule
1 cuiller à café d'émulsion } = 0 gr. 20 d'iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

LIPIODOL à 20 %
LIPIODOL à 10 % Ascendant

HÉMET-JEP: CARRÉ

LIVRES NOUVEAUX

Pathologie dentaire (1), par les docteurs BERCHER, FARGIN-FAYOLLE, FLEURY et LACAISSE.

Ce volume de la « Pratique Stomatologique » expose non seulement la pathologie de la dent même, mais encore un certain nombre d'affections maxillaires dont la dent est la cause.

On sait depuis Malassez que la pathogénie d'un grand nombre de troubles dentaires et péri-dentaires ne peut se comprendre que par la connaissance de l'embryologie de la dent. L'étude du couple épithélio-conjonctif dento-formateur fait donc naturellement l'objet du premier chapitre.

Puis viennent deux chapitres cliniques, l'un consacré à l'examen du malade, l'autre à l'étude des grands syndromes dentaires : syndrome de l'émail et du cément, syndrome de l'ivoire, syndrome de la pulpe dentaire, syndrome de l'articulation alvéolaire. Les notions de pathologie générale sur l'inflammation, sur les nécrobioses servent de base à la compréhension des inflammations et des nécroses dentaires ; ainsi la pathologie spéciale rentre dans le cadre de la pathologie médicale générale.

Ces syndromes dentaires une fois connus, l'étude de la carie comprend surtout l'exposé de son étiologie, des théories pathogéniques et des variétés cliniques ; dans l'étiologie générale une large place est faite aux notions nouvelles sur l'action des hormones et des vitamines.

Les lésions traumatiques des dents et de l'articulation alvéolo-dentaire occupent le chapitre V, qui est suivi de l'étude des « mylolyses » ou destructions coronaires et des « rhizalyses » ou destructions radiculaires ; c'est la première fois que, dans un traité de pathologie dentaire, un chapitre est consacré à cette dernière affection.

Les anomalies et les dysplasies sont étudiées en se plaçant surtout au point de vue clinique de leur valeur diagnostique.

Viennent après « les accidents de dentition » : accidents de dents de sagesse inférieure et supérieure, accidents de première dentition, accidents des molaires de six et douze ans, accidents de la dentition de remplacement, et enfin accidents par dents incluses.

Les auteurs, délaissant le terme de pyorrhée, lui ont préféré le nom de polyalvéolyses, auquel s'oppose celui de monoalvéolyses, celles-ci primitivement traumatiques. Les différentes théories pathogéniques des alvéolyses sont largement exposées, ainsi que les symptômes des formes cliniques rencontrées par le praticien.

Les tumeurs liées à l'existence du système dentaire sont méthodiquement groupées en 3 classes : *a*) tumeurs inflammatoires et hyperplasiques (granulomes, kystes radiculo-dentaires, marginaux de la 3e molaire, corono-dentaires d'une part et de l'autre, les épulis, les cémentites, les polypes pulpaires) ; *b*) les dysembryoplasies ou adamantinomes (adamantinome, odontoplasie et épithélioma adamantin) ; *c*) les dysorganoplasies ou dentomes. Chaque variété est étudiée du point de vue de l'anatomie pathologique aussi bien que du point de vue clinique.

Un dernier chapitre est consacré aux relations pathologiques des dents et du sinus maxillaire : infections sinusiennes à point de départ dentaire, et douleurs dentaires secondaires à des affections du sinus maxillaire ou même du sinus sphénoïdal.

Ce livre avant tout pratique est abondamment illustré de schémas et de radiographies ; il indique aussi pour chaque chapitre les références bibliographiques essentielles.

L. G.

(1) Tome II de la Pratique stomatologique. In-8 de 562 pages avec 289 figures. — Prix : broché, 70 fr.; cartonné toile, 85 fr. — Paris, Masson et Cie.

Précis de physique médicale (1), par A. STROHL.

L'auteur a réuni dans ce livre de 722 pages tous les principes fondamentaux de la physique médicale. Cet ouvrage renferme six parties distinctes, traitées chacune suivant le même plan. Dans une étude théorique, les faits, les principes et les méthodes sont exposés avec la plus grande netteté ; puis, viennent la discussion des résultats obtenus et leur application à la médecine. L'auteur s'attache à exposer les derniers progrès réalisés ; il insiste surtout sur l'électrophysiologie, l'électrothérapie et la radiologie ; il expose les étapes successives de nos connaissances sur les courants, soit continu soit alternatif à haute fréquence, sur les découvertes fondamentales, sur les applications des rayons X et le radium.

Ce livre fait ressortir l'importance sans cesse croissante de la physique dans le domaine de la médecine et montre combien les cliniciens devront de plus en plus lui accorder de place dans le traitement des maladies. Les étudiants étudieront avec profit cet excellent précis ; les anciens, qui consentiront à le consulter, s'instruiront.

A. PETTIT.

Traitement de l'éclampsie. Technique actuelle du traitement prophylactique (2), par B. STROGANOFF, membre honoraire de l'Académie royale de Médecine d'Irlande et des Sociétés d'obstétrique et de gynécologie d'Edimbourg, de Belgique, de Leningrad, de Moscou et de Yougoslavie. Préface de H. VIGNES.

Le nom de l'auteur de ce livre est inséparable des progrès accomplis au cours des dernières années en gynécologie et en obstétrique. La presse scientifique et un nombre considérable de savants ont donné leur approbation à ses méthodes soigneusement analysées et vérifiées par la pratique, dont on trouvera ici une mise au point pratique. En quoi consistent-elles ?

On sait que deux théories se partagent la faveur des accoucheurs en cas d'éclampsie : la première consiste à accélérer l'accouchement, à terminer immédiatement ; — la seconde consiste à empêcher les crises et, en particulier, à éviter toute manœuvre qui comporte les risques inhérents à l'accouchement forcé, de provoquer par voie réflexe une crise nouvelle. L'idée maîtresse du traitement conservateur nous est familière en France ; c'est cet enseignement que l'on retrouve dans les publications précédentes de Stroganoff et dans son livre actuel.

En France la saignée est le centre du traitement médical. Or, une idée autre que l'idée de désintoxication, idée qui s'esquisse dans les travaux récents consacrés à l'état du système neuro-endocrinien dans la grossesse, semble plus féconde. Cette idée s'apparente mieux à la théorie de Stroganoff. L'élément neuro-végétatif apparaît, de plus en plus, comme l'élément principal de la maladie ; l'essentiel est donc de calmer le système nerveux. La crise convulsive n'étant pas seulement une conséquence de la maladie, mais aussi une cause d'aggravation secondaire de la maladie, il est nécessaire de commencer par couper les crises. Pour cela il ne s'agit pas d'improviser ; il y a une méthode certaine : c'est la méthode de Stroganoff. Il faut la connaître dans tous ses détails, d'où la nécessité de ce livre.

L. G.

(1) In-8 de 724 pages. — Paris, Masson et Cie.
(2) Collection Médecine et Chirurgie pratique. Un volume de 112 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

LA SUTURE DES PAROIS ABDOMINALES AUX « FILS DE FER PERDUS »

Par MM. Louis et Paul DAMBRIN,
Ancien chef et chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

Nous désirons attirer l'attention sur un procédé de fermeture des parois en tous points excellent et cependant trop peu connu. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'une technique nouvelle ; son emploi remonte à plus de trente ans et le recul nous permet de juger ses résultats éloignés.

C'est le Professeur Jeannel qui, vers 1902, étant Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Toulouse, a, croyons-nous, imaginé ce procédé qui a fait l'objet de la thèse de René Jeannel (Paris, 1907). Depuis cette époque il est resté utilisé par la plupart de ses élèves et en particulier par notre père, le Professeur C. Dambrin. Il est difficile de donner un chiffre même approximatif des sutures ainsi pratiquées. Il est certainement considérable. A Toulouse, nous connaissons plusieurs chirurgiens qui, issus de cette école, l'utilisent d'une façon continue et systématique, pour fermer la paroi après les laparotomies sous-ombilicales et bien souvent aussi pour les sus-ombilicales et les hernies inguinales. Nous ne croyons pas exagéré de dire que certainement plus de 17.000 sutures ont été pratiquées par cette méthode.

Nous décrirons, tout d'abord, le matériel, puis la technique que nous utilisons, en mentionnant au passage quelques détails personnels qui nous paraissent importants ; enfin, nous nous permettrons de montrer les réels avantages de ce procédé.

Le matériel. — Nous utilisons soit du fil de fer vendu spécialement par les maisons de produits pharmaceutiques, soit plus simplement du « fil de fer carcasse », c'est-à-dire du fil de fer qu'utilisent les fleuristes pour soutenir les tiges de leurs fleurs. Nous achetons ce fil de fer en bobine pour un prix insignifiant.

Un point capital est celui de son calibre. Nous utilisons le « fil de fer carcasse n° 18 » du commerce. Un numéro plus fin est cassant et déchire les tissus, tandis qu'un numéro plus élevé est difficile à nouer. Nous achetons le fil de fer carcasse des fleuristes, car outre le fait qu'il est le meilleur marché, les maisons pharmaceutiques spécialisées nous livrent, malgré nos récriminations, c'est un fait, des fils de calibre vraiment trop fantaisiste.

Notre personnel débite lui-même le fil de la bobine, en brins de longueur équivalente à celle couramment employée pour les crins ou les fils de bronze. Ces brins répartis dans des tubes (20 brins par tube environ) sont stérilisés au Poupinel comme les autres fils métalliques.

La technique. — Elle est particulièrement simple. Nous exposerons la suture d'une paroi, après laparotomie sous-ombilicale. Nous fermons de telles brèches en deux plans : un plan profond au fil de fer perdu comprenant : péritoine, gaine profonde du droit, muscle droit, et gaine superficielle ; un plan superficiel : agrafes sur la peau.

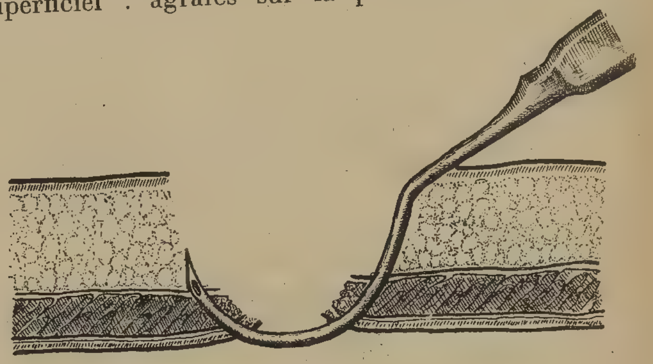


Fig. 1.

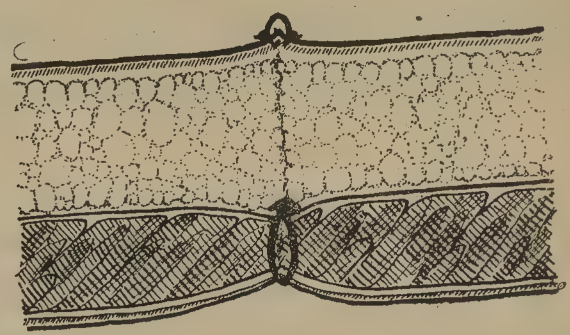


Fig. 2.

Notre technique est la suivante :

A l'aiguille de Doyen nous prenons successivement : gaine superficielle du droit, bord du muscle, gaine profonde, péritoine d'un côté, puis péritoine gaine profonde, bord du muscle, gaine superficielle du côté opposé (fig. 1). Enfin nous enfilons et tirons le fil. Nous mettons un point tous les centimètres environ.

Signalons deux points particuliers, les seuls d'ailleurs :

1° Le fil de fer se noue comme un catgut par un nœud droit noué deux fois, mais il faut veiller à ne pas couder le fil de fer dans les mouvements que nécessite la confection du nœud, car ces coudures nuiraient au glissement des brins qui vont effectuer le nœud.

2° Les nœuds étant posés et noués, sont prêts à être sectionnés. Il faut, ce qui n'est pas difficile, éviter que les brins sectionnés ne pointent vers les téguments, car ils pourraient provoquer des picotements désagréables. Pour cela, il suffit qu'au moment de les sectionner, l'aide les tienne tendus et les présente bien horizontaux. La section est faite au ras du nœud. Les points peuvent avoir 1 mm. de long au maximum, car un nœud au fil de fer ne se défait jamais pour aussi ras que les pointes aient été coupées. Il est bon, si l'on veut ménager le tranchant de ses ciseaux, de couper les fils avec la pointe des ciseaux spéciaux à fils métalliques, utilisés par tous les chirurgiens pour leurs bronzes, mais des ciseaux quelconques peuvent suffire.

Avantages. — *Les fils de fer perdus ne sont jamais le point de départ de suppuration. Ils ne permettent pas la désunion ni l'éventration.*

1° *Ils ne sont jamais le point de départ de suppuration.* C'est impossible. Nous ne l'avons jamais vu. Un fil de fer, étant donné sa constitution, est très facile à stériliser (on ne peut pas en dire autant du catgut ou du fil de lin). Il ne constitue pas dans une paroi un corps étranger, et il n'y a aucun rapport à établir entre la façon dont se comporte un fil de fer bien noué dans une paroi et un fil de fer utilisé pour une ostéo-synthèse. Le second seul peut provoquer des incidents osseux.

2° *Il n'y a jamais de désunion.* — Un fil n° 18 ne déchire pas les tissus et tient toujours. Nous dirons mieux : il tient même quand un hématome se produit. Il nous est arrivé en effet de voir des hématomes superficiels dus ou entretenus par des catguts nécessités par les besoins de l'hémostase et quelquefois ces hématomes ont entraîné des désunions cutanées partielles, mais cette désunion s'est limitée à la peau et au tissu cellulaire. Nous apercevions dans le fond de la plaie le plan des fils de fer absolument intact qui a toujours tenu et a limité la désunion.

3° *Il n'y a jamais d'éventration.* — Nous n'avons jamais vu une femme revenir pour une éventration de sa ligne de suture. Nous avons vu quelquefois des éventrations de la partie inférieure de la cicatrice, lorsqu'un Mickulicz avait été placé, mais jamais au niveau du plan de suture aux fils de fer. Ce procédé étant employé depuis trente ans dans le même service de Clinique chirurgicale pour toutes les sous-ombilicales, le recul est tel que nous pouvons affirmer qu'il interdit toute éventration.

Nous citerons un exemple particulièrement typique. — Dernièrement, l'un de nous, suturant une sous-ombilicale chez un homme, effectua pour des raisons matérielles et indépendantes de sa volonté, la moitié de la suture au fil de fer et l'autre au catgut. Le malade présentant des complications pulmonaires post-opératoires, éviscéra dans une quinte de toux au quatrième jour, une partie de son grêle à l'extérieur. L'éviscération s'effectua rigoureusement au niveau des points de catgut, mais pas un point au fil de fer ne céda et la paroi à ce niveau tint parfaitement. La brèche fut refermée au fil de fer et le malade guérit à merveille. Ce fait, qui date d'un mois environ, a presque une valeur expérimentale. Nous pourrions en rapporter d'autres.

Résultats. — Les résultats sont parfaits : il n'y a pas d'élimination des fils de fer, et si l'on coupe les fils au ras du nœud en veillant à ce que les pointes ne se dirigent pas vers la peau, le malade ne ressent aucun picotement et n'est, en aucune circonstance, incommodé. La cicatrice est très esthétique.

Nous estimons l'emploi du fil de fer perdu, infiniment plus sûr que celui du fil de soie, de catgut ou des crins, et nous nous élevons contre l'emploi trop abusif des plans métalliques totaux.

Le crin employé dans les sutures profondes perdues est cassant, se noue mal, et trop souvent se dénoue seul. Ses pointes que l'on doit couper assez longues peuvent provoquer des picotements.

La soie et le catgut sont souvent le point de départ de suppuration, et même, s'ils n'en sont pas le point de départ, ils participent souvent au processus infectieux et forment de véritables éponges à microbes et à pus. Nous savons tous que dans ces cas la suppuration ne s'arrête que lorsque ces véritables « corps étrangers suppurants » auront été éliminés.

Un fil de fer ne peut suppurer ni participer à la suppuration. Nous voyons des suppurations superficielles dues au catgut que l'hémotase de la paroi nécessite quelquefois, mais nous ne connaissons pas la suppuration d'un plan profond suturé au fil de fer.

Certains nous ont demandé ce que deviennent ces fils ? Peu importe, pourrions-nous répondre, l'essentiel est qu'ils ne donnent pas d'ennui, et ils n'en donnent pas. En réalité, ils persistent longtemps et finissent à la longue par s'oxyder, si bien que chez les malades opérés pour des raisons sans rapport avec leur paroi, quinze ou vingt ans après une première intervention, l'on trouve la trace des anciens fils de fer sous l'aspect de traînées noirâtres ou d'imperceptibles traînées de matière assez assimilable à de la rouille. Ils finissent donc par disparaître, tout au moins partiellement, sans avoir donné d'ennuis, et c'est là ce qui nous importe.

Une paroi suturée par bronzes totaux est, disons le mot, affreuse. Nous estimons que chez la femme cela n'est pas sans importance. Pourquoi pratiquer des sutures métalliques totales puisque la suture métallique profonde à fils perdus donne la sécurité d'une suture métallique totale, sans en avoir les inconvénients ? Nous suturons, pour notre part, toutes nos laparotomies pour affections utéro-annexielles par ce procédé, même lorsque la paroi a été infectée lors de l'ablation de quelque poche purulente et même quand nous sommes forcés d'appliquer un drainage Mickulicz.

Nous pensons que ce procédé mérite d'être plus répandu qu'il ne l'est. Il est vraiment parfait. Nous l'utilisons d'ailleurs pour d'autres sutures que nos sous-ombilicales et, en particulier, nous refaisons toujours le plan profond de nos hernies inguinales, ainsi qu'un grand nombre de nos sus-ombilicales, aux fils de fer. Les récidives après cure radicale de hernies inguinales pratiquées aux fils de fer sont tout à fait exceptionnelles.

Nous demandons aux chirurgiens d'essayer, sans parti pris et en toute confiance ce procédé, en commençant par leurs sous-ombilicales plus faciles à effectuer. Ils seront étonnés des résultats.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le traitement de la dysenterie amibienne, par le Dr Maurice HAMBURGER, médecin des hôpitaux de Paris, 1 vol. grand in-8 de 84 pages. — Prix : 12 fr. (Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles », J.-B. Baillière et Fils.)

Les voies aériennes et la tuberculose, par G. PORTMANN, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux, et H. RETROUVEY, ancien laryngologiste des hôpitaux de Bordeaux, médecin des dispensaires antituberculeux du Finistère. Un volume de 312 pages avec 30 figures (Bibliothèque de phtisiologie). — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES D'INTOLÉRANCE

Par M. Louis CAILLON,
Médecin de l'hôpital thermal de Vichy,
Ancien chef de laboratoire de l'Institut Pasteur de Tunis.

Cette étude comprend les paragraphes suivants :

1° Qu'est-ce que l'intolérance ?

2° Réactogènes les plus connus et énumération des maladies d'intolérance.

3° Thérapeutique des intolérances :

a) Méthodes de choc : autohémothérapie ; hyposulfite de soude et de magnésium ; protéinothérapie ;

b) Méthodes de désensibilisation spécifique, peptonothérapie, bactériothérapie ;

c) Méthodes s'adressant à l'insuffisance hépato-biliaire et traitements adjuvants.

4° Conclusion.

I. QU'EST-CE QUE L'INTOLERANCE ?

Nous groupons sous le nom d'intolérance (1) une série de maladies ou plutôt de syndromes, recueillis dans les branches les plus diverses de la médecine, tels que : l'urticaire, l'eczéma, l'œdème de Quincke, l'asthme, le rhume des foins, la migraine, etc.

Il s'agit de réactions se produisant sous l'influence de certains agents dits réactogènes, et seulement chez des sujets sensibles à ces agents. Ces agents sont mécaniques, physiques, chimiques, alimentaires ou microbiens, et ne sont pas nocifs pour un organisme normal, ils ne le sont que pour les sujets qui y sont sensibles.

Il sera souvent impossible de reconnaître l'agent qui a provoqué la maladie. Mais tous ces syndromes ont un lien commun : ils présentent un certain nombre de facteurs étiologiques et pathogéniques identiques, des manifestations cliniques très caractérisées semblables (accidents de choc éclatant sur les territoires les plus variés) et enfin ils sont justiciables de la même thérapeutique et des mêmes règles d'hygiène ; ils peuvent alterner ou coexister chez les mêmes individus. En somme ils ont des caractères généraux qui permettront de poser le diagnostic et de les rattacher au même processus de choc et d'intolérance.

Avant tout, une première question se pose :

Comment se fait-il que certaines substances parfaitement tolérées par la presque totalité des sujets, provoquent chez quelques-uns seulement ces manifestations ?

Pour répondre à cette question il faut nécessairement faire intervenir une question de *terrain*, une particularité du sujet. Depuis longtemps cette prédisposition des sujets a frappé certains auteurs qui ont donné les explications les plus variées. On a accusé tous les facteurs qui, dans l'organisme, peuvent troubler l'équilibre humoral ou l'équilibre de la nutrition cellulaire :

Troubles du système nerveux de la vie organique ;
Troubles des glandes à sécrétion interne ;
Troubles du système endocrinien et du système sympathique ;
Troubles de l'équilibre acido-basique du sang ;
Troubles du système vasculaire, surtout capillaire ;
Infections ;
Hérédité ;
Lésions locales antérieures ;
Insuffisance hépatique, etc.

Tous ces facteurs constituent un *terrain particulier* sur lequel, en général, les maladies d'intolérance évoluent, et ce terrain est celui du neuro-arthritique, tel que les anciens auteurs le concevaient.

Un rapprochement s'impose, en effet. Les sujets prédisposés sont des sujets dans les antécédents héréditaires ou personnels desquels on trouve l'asthme, la migraine, l'eczéma, l'urticaire, etc., sujets atteints d'insuffisance hépatique, chez lesquels les fautes de régime, l'abus des aliments toxiques ou des excitants (épices, café, thé), l'alcoolisme, la constipation, sont des faits observés de façon banale ; sujets surmenés, sujets à vie sédentaire, chez lesquels les émotions, les soucis familiaux ou d'affaires, déclenchent souvent une première poussée de la maladie.

Trousseau, déjà, au nom de l'observation, avait groupé dans un même syndrome les maladies d'intolérance que nous avons énumérées, et avait établi un rapport entre ces états d'apparence si différente.

Les progrès de la physiologie pathologique ont permis de regrouper ces maladies et de les mieux expliquer, en tenant compte des observations cliniques anciennes et des découvertes modernes.

C'est surtout la découverte par Richet et Portier en 1902 des phénomènes d'anaphylaxie qui a apporté la lumière dans le délicat problème de la prédisposition.

L'anaphylaxie a pu expliquer d'emblée une série de crises humorales, de maladies d'intolérance.

Un sujet sensibilisé par l'ingestion préalable de certaines substances : protéine ou cristalloïde, éprouve chaque fois qu'il ingère à nouveau une de ces substances, des accidents comparables à ceux de l'anaphylaxie. La substance introduite au préalable, antigène, a provoqué dans l'organisme un anticorps, et à chaque introduction, à chaque ingestion nouvelle de l'antigène, une crise apparaît, née du conflit de l'antigène et de l'anticorps.

Dans les cas où la crise apparaît à la première ingestion de la substance antigène, il ne semble pas y avoir apparemment de sensibilisation ; on peut en donner les explications suivantes :

Ou la sensibilisation a pu se faire par une substance voisine de celle qui déclenche la crise — car la sensibilisation peut ne pas être rigoureusement spécifique ;

Ou l'anticorps a pu pénétrer dans l'organisme pendant la vie fœtale ou au cours de l'allaitement (Laroche, Ch. Richet fils et Saint-Giron citent une obser-

(1) « De tout temps, dit Tzanck, on a appelé « intolérance » l'état de certains sujets qui ne supportent point une substance que d'autres individus tolèrent. Actuellement d'autres synonymes s'appliquent à cet état. Parmi ceux qu'on a employés, mentionnons les termes : choc, anaphylaxie, idiosyncrasie, colloïdoclasie, réaction, hypersensibilité ou sursensibilité, sensibilisation, allergie, etc. Ces noms s'appliquent plus particulièrement à un des aspects ou à une des modalités du même phénomène, et doivent être réservés à diverses particularités du processus. » Nous avons adopté, après Tzanck, le terme d'intolérance, qui est le terme le plus général et qui s'adresse à l'ensemble du phénomène.

vation d'intolérance aux œufs dans quatre générations).

Enfin, il existe des cas où on ne saurait invoquer aucune sensibilisation. Les recherches par cuti-réaction en particulier, ne permettent pas de révéler la présence d'anticorps. On ne saurait songer à des phénomènes d'intoxication, la substance n'étant nocive que pour certains sujets. Il s'agit de phénomènes de choc provoqués par des albumines hétérogènes, qui n'ont pas été arrêtées par le foie. On connaît depuis les travaux de Widal, Abrami et Iancovesco, la fonction protéopexique du foie, chargée d'arrêter les albumines de la digestion et de les transformer. Que le foie soit rendu insuffisant par des désordres ou lésions, acquises ou héréditaires, il laisse passer des albumines non suffisamment désintégrées, qui pénètrent dans la circulation générale et provoquent les accidents de choc. L'action insuffisante des ferments digestifs, en particulier du suc pancréatique sur les protéines, vient ajouter son rôle à la carence du foie.

Les accidents de choc qui se produisent, non plus par la voie digestive mais par les autres voies de sensibilisation : voie cutanée ou voie rhino-trachéo-bronchique, sont plus difficiles à expliquer, mais le rôle du foie n'en reste pas moins considérable. L'insuffisance hépatique que l'on constate presque d'une façon absolue chez tous les malades qui se sensibilisent par ces voies, nous autorise à dire que là aussi le foie a manqué à son rôle de neutralisation ou de fixation des substances étrangères qui déclenchent les accidents de choc.

On a convenu d'admettre que si certains sujets peuvent être ainsi sensibilisés, c'est qu'ils présentent une instabilité de leurs humeurs, de leurs colloïdes plasmatiques, véritable diathèse colloïdoclasique (Widal et Abrami) qui est héréditaire ou acquise. Le mot colloïdoclasique précise les modifications intimes des réactions du sang et des tissus (1).

Nous revenons ainsi à la question de terrain, de prédisposition, sans laquelle aucun phénomène de choc ne peut se comprendre. Quant à la localisation cutanée, digestive, respiratoire ou nerveuse des manifestations cliniques, elle est due, semble-t-il, à une « épine irritative locale », à l'existence d'une fragilité constitutionnelle ou acquise de certains appareils, se manifestant surtout par une aptitude congestive.

En résumé, nous nous expliquons ces maladies d'intolérance de la façon suivante :

Chez des sujets prédisposés, sujets qui présentent une diathèse appelée depuis longtemps arthritisme, herpétisme, hépatisme, diathèse qui a été, comme nous venons de le voir, précisée depuis ces dernières années sous le nom de diathèse colloïdoclasique, l'ingestion de certaines substances ou l'action de certains agents, même physiques, produisent un des syndromes que nous aurons à étudier et qui apparaît sous une allure paroxystique : accès à début brusque, survenant en pleine santé, de durée variable, de quelques minutes à plusieurs heures, ou même de deux ou trois jours, à terminaison brusque également et ne laissant aucune lésion organique.

« Ces chocs se traduisent par des perturbations vaso-motrices soudaines, en général vaso-dilatatrices, plus rarement vaso-constrictives, soit généralisées, comme dans le grand choc anaphylactique expérimental, soit presque toujours localisées à un appareil. » (Jacquelin.)

Les maladies que nous avons en vue ont toutes cette évolution, par crises entrecoupées de rémissions plus ou moins complètes et plus ou moins longues. On observe fréquemment la coexistence de plusieurs d'entre elles, ou leur alternance, chez le même sujet.

Dans chacune d'elles nous retrouvons le même terrain d'insuffisance hépatique, les mêmes causes, c'est-à-dire les mêmes agents réactogènes.

Ces agents seront : eczématogènes, urticarigènes, asthmatogènes, etc., suivant les individus, suivant les circonstances.

Ils sont intéressants à connaître et à dépister, ils contribuent à mieux établir la parenté des affections qu'ils déclenchent, nous allons citer les plus connus :

II. REACTOGENES ET MALADIES D'INTOLERANCE

a) Réactogènes les plus connus

A. Internes. — *a) Aliments :* Poissons (thon, saumon, raie, maquereau, anchois) ;

Coquillages, surtout moules ;

Viande : porc, veau, lapin, poulet ;

Œufs, surtout le jaune ;

Lait de vache et de chèvre. Fromages salés et fermentés ;

Céréales (farine de blé, d'orge) ;

Légumes secs : lentilles, haricots ;

Légumes verts : endives, céleri, asperges, chou-fleur ;

Condiments : ail, oignon, cornichon ;

Epices : poivre, muscade, moutarde ;

Fruits : melon, prune, banane, fraise, framboise, noix, amande, concombre, truffe ;

Chocolat, cacao, kola, thé.

b) Médicaments : Aspirine, antipyrine, quinine, pyramidon, iodure, ipéca, salicylates, thymol, sels de mercure, de bismuth, d'arsenic, d'or, véronal, somnifères, opiacées, etc.

c) Certains foyers septiques (focal sepsis) — dentaires, auriculaires, appendiculaires, des organes génitaux, etc.

B. Externes. — *a)* Mécaniques : Frottements répétés, grattage des prurits ;

b) Physiques : Eczéma solaire, eczéma calorique urticaire par le chaud et le froid, etc.

c) Chimiques : Extrêmement nombreux, depuis les produits industriels ou médicamenteux jusqu'aux poussières et aux agents de nettoyage (eau de Javel, savon, etc.).

d) Végétaux et animaux : Pollen végétal, poils d'animaux, plumes et duvets, etc.

Certains agents réunissent probablement ces différentes causes :

Asthme provoqué par les fumées diverses de tabac,

(1) Nous signalons aux lecteurs que la question intéresse les beaux travaux d'Auguste Lumière : *La Renaissance de la Médecine Humorale*, 1935.

émanations d'auto, rhume des foins, eczémas professionnels (cimentiers, fourreurs, teinturiers, etc.).

C. MORAUX. — Emotions, soucis d'affaires, chagrins, etc.

b) Enumération des maladies d'intolérance

1° INTOLÉRANCES CUTANÉES : Le prurit paraît un des éléments constants de ces dermatoses qui comprennent :

Le *prurigo* — soit aigu ou strophulus de l'enfance ; soit le prurigo vulgaire de l'adulte ;

L'*eczéma* — qui est la plus commune des affections de la peau et représente le type de réaction individuelle, témoin de l'intolérance des téguments à des agents variés ;

L'*urticaire* — avec ses poussées récidivantes ou à répétition, rappelant souvent le véritable accident anaphylactique accompagné de malaise général et de troubles digestifs ;

L'*œdème de Quincke* — connu aussi sous le nom d'œdème angio-neurotique ou d'urticaire géante ;

La *dishydrose* — les *parakératoses psoriasiformes* et certaines *dermatoses polymorphes*.

2° INTOLÉRANCES RESPIRATOIRES : l'*asthme*, dont le professeur Bezançon a pu dire au Congrès du Mont-Dore, en 1932 : « Ce n'est pas seulement aux protéines, mais à l'effort, au froid, à l'émotion, aux influences barométriques les plus minimes que l'asthmatique est devenu sensible : c'est un instrument de précision d'une sensibilité exquise qui va traduire toutes les impressions périphériques ou centrales, de quelque nature qu'elles soient ».

Les *équivalents de l'asthme* :

Coryzas spasmodiques : soit périodique ou rhume des foins, soit apériodique survenant à n'importe quel moment et réalisant un tableau clinique identique ; *laryngo-trachéites* dites spasmodiques, *rhinites exsudatives*, *bronchites exsudatives*.

3° INTOLÉRANCES DIGESTIVES : *Dyspepsies gastro-intestinales*, paraissant très fréquentes, aiguës ou chroniques, s'accompagnant parfois d'urticaires cutanées et s'accompagnant de lésions de la muqueuse qui ont été vérifiées à la gastroscopie, et qui rappellent les lésions expérimentales constatées chez un animal anaphylactisé.

4° INTOLÉRANCES NERVEUSES : *Migraines*, revenant par crises périodiques plus ou moins rapprochées, et présentant parfois les caractères essentiels de la crise anaphylactique.

5° INTOLÉRANCES SÉRIQUES : Elles sont le type même de l'anaphylaxie. Elles se produisent à la faveur de lésions de la muqueuse intestinale ou lors de l'injection de sérums curatifs (accidents du sérum antidiphtérique, du sérum antitétanique, etc.).

6° INTOLÉRANCES MÉDICAMENTEUSES : Elles doivent être nettement différenciées des phénomènes d'intoxication, laquelle est imposée, subie et dont les effets sont disproportionnés à la dose et à l'intensité du poison ; alors que les réactions d'intolérance ne correspondent pas strictement à la dose ou à la nature de l'agent réactogène ; elles représentent un phénomène essentiellement vital du terrain individuel.

7° INTOLÉRANCES RÉNALES : Elles comprennent des accidents rénaux variés (douleurs rénales, anurie, albuminurie, azotémie, hémorragies même), qui présentent les caractères des troubles observés au cours des manifestations sériques.

8° INTOLÉRANCES A CERTAINS CORPS ÉLABORÉS PAR L'ORGANISME (acide urique, purines, xanthines, cholestérine, etc.). — GOUTTE : Le goutteux apparaît avant tout comme un sensibilisé et la goutte est une véritable maladie d'intolérance, bien que nous ne connaissions pas encore les conditions exactes de la perturbation des nombreux métabolismes qui est à la base de la pathogénie complexe de cette maladie.

III. THERAPEUTIQUE DES INTOLERANCES

Nous n'étudierons pas ici le traitement des accidents aigus d'intolérance : crise d'asthme, crise d'urticaire, crise d'œdème de Quincke, etc., traitement qui ne présente rien de particulier et qui est bien connu de tous. Nous décrirons seulement les traitements à instituer pendant la période de santé normale comprise entre les accès paroxystiques, traitements qui ont en vue de modifier la prédisposition du sujet, de combattre la diathèse colloïdoclasique, son instabilité humorale. En modifiant le terrain sensibilisé du sujet on le rend réfractaire à l'égard du réactogène nocif.

Cette thérapeutique de désensibilisation, à quelques variantes près se rapportant au traitement local ou symptomatique, est la même dans tous les cas d'intolérances : cutanées, nerveuses, pulmonaires, etc. Elle est à la fois curative et préventive. Nous ne citerons que les *méthodes qui nous ont donné des résultats positifs*. Elles peuvent se classer en trois catégories :

1° Méthodes dites générales, méthodes de choc ou méthodes de désensibilisation non spécifique : autohémothérapie, hyposulfites, peptonothérapie.

2° Méthodes de désensibilisation spécifique lorsque la sensibilisation à une substance déterminée est prouvée : peptonothérapie préparante, bactériothérapie spécifique.

3° Méthodes s'adressant à l'insuffisance hépato-biliaire et traitements adjuvants.

Cette classification est, à la vérité, arbitraire, les méthodes pouvant chevaucher : une même médication pouvant agir à la fois comme thérapeutique de choc et thérapeutique hépatique, tel l'hyposulfite de magnésium. Nous verrons d'ailleurs qu'il y a toujours intérêt à employer une thérapeutique polyvalente.

1° Méthodes de choc et de désensibilisation non spécifique. — Ces méthodes ont une action encore mal expliquée. S'agit-il d'une exaltation des leucocytes dont on connaît les fonctions capitales dans les maladies, s'agit-il de chocs hémoclasiques légers d'intensité plus ou moins progressive diminuant la sensibilité de l'organisme et l'accoutumant à subir sans dommage des chocs spontanés plus importants, s'agit-il en-

fin de propriétés germicides, de phénomènes antitoxigues et anti-infectieux ? Nous ne le savons pas.

En tout cas, ces procédés ont à leur actif des résultats thérapeutiques surprenants, et ils ont en outre l'avantage d'être sans danger.

A. *Désensibilisation par l'autohémothérapie.* — C'est une des méthodes les plus actives de désensibilisation.

Elle consiste à prélever une certaine quantité de sang à un malade par ponction veineuse et à la lui réinjecter sous la peau ou mieux dans les masses musculaires de la fesse.

La quantité de sang à injecter varie entre 5 et 20 centimètres cubes.

Le nombre des injections est variable, de 8 à 10 le plus souvent, à raison de une tous les deux ou trois jours. Il ne faut pas craindre souvent d'aller jusqu'à 20 injections.

Nous n'avons trouvé aucun avantage et plutôt des inconvénients à utiliser le sérum sanguin au lieu du sang complet.

B. *Désensibilisation par les hyposulfites.* — *L'hyposulfite de soude*, dont Paul Ravaut a proposé l'usage en janvier 1920 se prescrit soit en potion, soit en cachets, à la dose de 5 à 10 grammes par jour. Voici une formule de potion :

Hyposulfite de soude.........		25 grammes
Sirop de sucre....	*āā*	125 grammes
Eau distillée...........		

Une cuillerée à soupe avant chaque repas, de trois à douze jours consécutifs, suivant la tolérance digestive.

On le prescrit également en injection intraveineuse, en solution à 30 %. On utilise à cet effet des ampoules de formule suivante :

Hyposulfite de soude.........	3 grammes
Eau distillée................	10 grammes

Pour une ampoule stérilisée.

Débuter par une demi-ampoule. Injecter ensuite tous les deux jours une ampoule. Faire 10 à 20 et jusqu'à 30 injections consécutives.

L'hyposulfite de magnésium a été préconisé par A. Lumière dès 1920. Cet auteur a précisé les propriétés multiples de ce médicament qui en font le médicament humoral par excellence : « Il modifie la forme des précipités en les rendant inoffensifs, il confère en outre au corps qui le renferme un certain pouvoir dissolvant vis-à-vis des floculats sériques. L'ion magnésium entre en jeu, d'autre part, pour diminuer l'excitabilité nerveuse, en particulier celle du sympathique, et pour empêcher le dérèglement des fonctions qui en dépendent ».

L'injection intraveineuse du médicament intervient encore d'une manière toute différente dans la réalisation de la stabilisation humorale : en effet, lorsqu'on injecte dans une veine du pli du coude 10 cc. d'une solution à 10 % d'hyposulfite de magnésium, le malade éprouve aussitôt, l'injection étant à peine terminée, une violente sensation de chaleur, qui débute généralement au niveau de la cavité buccale et de la face, gagne ensuite les membres supérieurs, puis s'étend aux membres inférieurs en s'éteignant. Cette sensation est très passagère, elle ne dure guère qu'une minute et elle semble due à la vasodilatation brusque des vaisseaux périphériques. C'est à la faveur de ces phénomènes vasomoteurs que les mélanges de colloïdes s'effectuent, la variation de tension vasculaire occasionnant des courants osmotiques qui réunissent des liquides organiques habituellement séparés, faisant passer par exemple des humeurs interstitielles dans la circulation et entraînant de ce fait la destruction des matériaux les plus instables, le milieu humoral se trouvant en fin de compte stabilisé.

Quand la substance est administrée par voie gastrique le sel magnésien exerce encore son influence sur la fonction hépatique en la régularisant et en rétablissant l'équilibre humoral (A. Lumière). Nous considérons à la suite de très nombreuses observations personnelles, l'hyposulfite de magnésium pris par la voie buccale comme une des meilleures médications de l'insuffisance hépatique. L'hyposulfite de magnésium, en apportant au foie sous une forme convenable le soufre de remplacement, favorise sa fonction thiopexique et augmente son pouvoir antitoxique. Cette médication d'autre part est remarquable par sa parfaite innocuité.

On pourra associer l'autohémothérapie et l'hyposulfite ; l'emploi alternatif de ces deux méthodes a donné des résultats chez des malades qui avaient résisté à de nombreux autres traitements auparavant. Nous avons fait fréquemment, suivant en cela l'exemple d'Auguste Lumière, une injection intraveineuse d'hyposulfite de magnésium que nous poussons lentement et que nous arrêtons lorsque les phénomènes de chaleur provoqués deviennent pénibles. Nous aspirons alors dans la même seringue 10 à 20 cc. de sang qui se mélange à la partie non injectée de la solution et nous injectons alors le tout dans la fesse.

C. *Désensibilisation par la protéinothérapie.*— Cette méthode a pour but de provoquer une série de petits chocs destinés à créer un état humoral réfractaire au renouvellement des accidents d'intolérance. On peut la pratiquer :

a) En injections intradermiques de 2 à 3 gouttes d'une solution de peptone à 50 % (Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier). Le soluté est réparti en ampoules de verre neutre stérilisé à 110°, les injections intradermiques doivent être faites strictement dans le derme et non dans l'épiderme ou l'hypoderme (la boule caractéristique doit apparaître), au niveau de la région deltoïdienne ou mieux, chez les femmes, de la cuisse à cause de la possibilité d'une cicatrice pigmentée en cas d'injection trop superficielle. On injecte d'abord un dixième de cc., puis 2 dixièmes le deuxième jour ; suivant la réaction locale, on se maintient à cette dose ou à celle de 3 dixièmes que l'on ne dépassera pas. Le traitement comporte une vingtaine d'injections quotidiennes. Les résultats seraient meilleurs dans les intolérances respiratoires que dans les intolérances digestives.

b) Injections sous-cutanées ou même intramusculaires de 1, 2, 3 cc. d'une solution de peptone à 5 %.

c) Injections sous-cutanées de quelques centimètres cubes de lait stérilisé.

2° Méthodes de désensibilisation spécifique. (Lorsque la sensibilisation du malade à une substance déterminée est prouvée.)

Ces méthodes consistent à désensibiliser le sujet à un réactogène déterminé, elles reposent sur le principe expérimental de l'anaphylaxie.

Etant donné un animal qui a reçu une injection de sérum à dose déterminée 10 à 15 jours au préalable, si on lui injecte alors dans la veine une dose également déterminée de sérum on provoque un choc anaphylactique mortel. Mais si 2 à 3 heures avant cette injection à dose mortelle, on injecte sous la peau une dose infime de sérum (la millième partie de la dose mortelle), l'injection ultérieure dans la veine de la quantité déterminée de sérum reste inopérante. Le choc anaphylactique ne se produit pas.

A. *Peptonothérapie préparante.* — Ce principe de la vaccination antianaphylactique devenu clinique (méthode de Besredka) a été employé dans le traitement des intolérances. On le pratique :

a) Soit par la bouche, lorsqu'un malade est sensible à une substance absorbée par voie digestive, on lui fait ingérer une quantité minime de cette substance, une heure avant le repas dans lequel la substance incriminée doit entrer. On évite ainsi l'apparition des accidents (dermatoses, urticaires, etc.).

b) Soit par voie cutanée : en cuti ou intra-dermoréactions faites consécutivement. On fait un extrait des substances pour lesquelles le sujet est hypersensible et qu'il a d'ailleurs automatiquement supprimées de son régime. Cet extrait est dilué à des doses suffisantes pour que la cutiréaction pratiquée avec la dilution soit à peine positive. Une série de cutiréactions puis d'intradermoréactions est pratiquée. Cette méthode a donné entre les mains de certains auteurs (Surmont et Buttiaux) d'excellents résultats souvent après 2, 3 et 4 mois de traitement.

Lorsque les substances alimentaires provoquant les intolérances sont multiples ou mal déterminées (1) on a recours à des peptones polyvalentes (peptones de viande, de poisson, d'œufs, de lait, etc.). On les fait prendre à la dose de 0 gr. 50 de 1 heure 1/2 à 1/2 heure avant les repas de façon continue et pour des périodes de quinze jours. On obtient ainsi parfois une désensibilisation durable avec cette méthode simple et sans danger.

B. *Bactériothérapie spécifique.* — La vaccinothérapie antituberculeuse dans l'asthme d'origine tuberculeux, la vaccination par la voie buccale dans les accidents d'anaphylaxie digestive nettement dus à des protéines bactériennes, la vaccination bactérienne dans certains cas d'eczéma où un élément microbien est surajouté, constituent des éléments thérapeutiques indispensables dans les maladies d'intolérance.

(1) On a cherché à déterminer par des cuti-réactions la série des substances réactogènes chez les différents malades. Ces méthodes très courantes en Amérique le sont moins chez nous. Elles sont loin de donner des résultats satisfaisants. Pour notre part, nous avons maintes fois fait des recherches par cuti ou intradermoréactions pour certains aliments ou certaines substances accusées par les malades. Nous nous sommes fréquemment trouvés en présence de résultats paradoxaux. Il faut en chercher l'explication dans la formation d'albumines désintégrées qui, seules, pénètrent dans l'organisme pour y provoquer les accidents colloïclasiques et qui n'ont plus rien de comparable à la substance ingérée.

3° Méthodes s'adressant à l'insuffisance hépato-biliaire et traitements adjuvants. — Toute méthode de désensibilisation risque de rester inefficace si en même temps on ne modifie pas le terrain hépatique. Nous avons vu qu'il joue dans tous les syndromes d'intolérance le rôle principal. C'est en agissant sur lui qu'on a des chances, lorsque les fonctions digestives sont déficientes, de voir arrêter la pénétration dans le milieu humoral des aliments insuffisamment désintégrés. Le foie constitue en effet la véritable barrière et en définitive la dernière chargée d'arrêter les albumines issues de la digestion et qui sont à l'origine des accidents colloïdoclasiques.

A. *Traitement de l'insuffisance hépato-biliaire.* — Parmi les médications hépatiques, celle qui paraît la plus active est l'*opothérapie.* L'extrait hépatique préparé à basse température à partir de foie de veau frais constitue le meilleur stimulant de la cellule hépatique. Recommandé dès 1896 par Gilbert et Carnot, il a acquis ces dernières années une place importante dans la thérapeutique, et de nombreux travaux ont permis de préciser son action remarquable comme régulateur des diverses fonctions du foie. L'ingestion d'extrait hépatique à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. par jour pratiquée par périodes de 5 à 8 jours donne d'excellents résultats. On pourra l'alterner avec des préparations d'extrait biliaire ou des préparations phytothérapiques (boldo, combretum, artichaut).

Cette thérapeutique sera toujours associée au *régime* bien connu de l'hépatique. Les principes qui dominent ce régime sont très simples :

Supprimer les substances altérées et frelatées, riches en toxines : gibier, viandes faisandées, conserves, et toutes substances facilement altérables : coquillages, crustacés, aliments putrescibles, poissons pas très frais, fromages fermentés ; les mets indigestes : salades, crudités, sauces, aliments gras, champignons, chocolat, etc. ; les substances irritantes : épices, acides, crudités, alcools, café, thé, kola, coca.

On recommandera aux malades de toujours rechercher les aliments parfaitement frais.

« La *cure de Vichy* constitue le plus souvent le complément nécessaire de cette thérapeutique. Elle doit être doucement et prudemment instituée : parfois elle n'est pas supportée ou provoque une recrudescence passagère des malaises. Mais cette phase troublée franchie, elle procure toujours des résultats remarquables. » (Jacquelin.)

B. *Traitements adjuvants.* — En dehors de la thérapeutique hépatique, il existe des traitements adjuvants qui s'adressent :

1° Aux infections microbiennes parfois banales surtout intestinales et biliaires que l'on a rencontrées fréquemment chez les sujets présentant des phénomènes d'hypersensibilité à répétition ;

2° A certains dysfonctionnements endocriniens dont nous avons signalé plusieurs fois l'action dans la pathogénie des maladies d'intolérance.

1° *Lutter contre les infections.* — On évitera tout d'abord les phénomènes de stase dans l'organisme : stases gastriques avec hyposécrétion, hypochlorhydropepsie et dilatation hypotonique, stases intestinales avec constipation ou entérite (1).

Toutes ces stases donnent en effet naissance à des produits toxiques qui passent dans la circulation où ils favorisent les phénomènes de floculation humorale.

Nous pouvons dire que toutes les infections de quelque nature qu'elles soient (l'infection dentaire, la pyorrhée alvéolo-dentaire, les infections pharyngo-amygdaliennes, les infections intestinales et biliaires, les infections colibacillaires, etc.) peuvent favoriser la constitution dans l'organisme d'un état de sensibilisation et se trouvent à l'origine des manifestations colloïdoclasiques.

« Cette notion nouvelle a des conséquences pratiques importantes car elle permet d'expliquer et de pallier dans une certaine mesure les échecs des méthodes de désensibilisation. Elle nous conduit à ajouter une thérapeutique de désinfection dentaire, amygdalienne, intestinale et biliaire, à nos traitements maintenant classiques. » (Ch. Flandin.)

Aussi à notre avis est-il nécessaire d'instituer une thérapeutique antiseptique générale à côté des autres traitements.

(1) Ch. Richet fils a préconisé l'ingestion d'huile de paraffine à jeun et une heure avant les repas ; cette huile établit comme une sorte de revêtement protecteur, rendant la muqueuse intestinale moins perméable aux albumines.

L'hexamétylènetétramine à la dose quotidienne de 0,40 à 0,50 par périodes plus ou moins longues nous a toujours donné d'excellents résultats. L'hexaméthylènetétraminé est en effet un puissant antiseptique et bactéricide général. Mais elle ne s'élimine pas seulement par les voies biliaires et urinaires, dont elle est le meilleur antiseptique ; elle se retrouve partout dans l'organisme. Elle active la diurèse et provoque ainsi un accroissement de l'élimination azotée urique et chlorurée.

2° *Lutter contre les dysfonctionnements endocriniens.* — Il est bien évident que, lorsqu'à la suite d'une exploration systématique on se trouve en présence de troubles endocriniens nets auxquels on pourra attribuer l'aptitude colloïdoclasique, on instituera le traitement destiné à combattre ce syndrome d'insuffisance ou d'hyperfonctionnement glandulaire. En cas d'insuffisance, l'opothérapie de la glande elle-même donnera des résultats favorables pour le corps thyroïde et à un degré moindre pour l'ovaire, la surrénale ou l'hypophyse.

En cas d'hyperfonctionnement on pourra agir par l'irritation des glandes antagonistes (le groupe pancréas, glandes génitales, parathyroïdes, s'oppose au groupe thyroïde, hypophyse, surrénales).

IV. CONCLUSION

En résumé et comme conclusion, nous estimons que la thérapeutique des maladies d'intolérance ne peut être que polyvalente, étant donné la variété des cau-

ses qui président à la diathèse colloïdoclasique. Cependant, des considérations que nous venons de développer ainsi que de nos observations cliniques personnelles, nous pouvons ramener les éléments de cette thérapeutique à quatre indications.

Voici comment nous envisageons le *traitement général de la désensibilisation* dans les maladies d'intolérance :

1° Toutes les fois que ce sera possible, pratiquer une série de 10 à 12 séances d'autohémothérapie, de 10 à 20 cc. tous les 2 ou 3 jours, associées ou non avec les injections intraveineuses ou intramusculaires d'hyposulfite de magnésium.

2° En dehors de ces périodes, ou lorsque cette médication d'autohémothérapie ne sera pas possible, on prescrira les trois médicaments suivants :

Hyposulfite de magnésium ;
Extrait hépatique ;
Hexaméthylènetétramine,
par périodes de 5 à 8 jours.

En dehors de ce traitement :
Régime des hépatiques ;
Cure de Vichy quand elle sera possible ;
Et thérapeutique luttant contre le dysfonctionnement endocrinien, toutes les fois que ce dysfonctionnement fera partie du terrain hépatique qui est à la base même de toutes les intolérances.

PAVLOW[1]

Ivan Petrovitch Pavlow, qui vient, à 86 ans, de succomber à une brève maladie accidentelle, jouissait de la plus éminente situation morale parmi les Physiologistes du monde entier. Dans les Congrès internationaux, que ce doyen de notre science fréquentait assidûment, sa personne était l'objet de l'affectueux respect des aînés et de la sympathique curiosité des jeunes ; les travaux qu'il a poursuivis jusqu'à ces derniers jours avec une inlassable passion continuaient à susciter un vif intérêt ; ses travaux antérieurs sont classiques, quelques-uns depuis près d'un demi-siècle. Son premier travail, qui date de 1874, concerne l'innervation du pancréas. Dès son début, Pavlow entrait ainsi dans le sujet dont le développement devait occuper toute sa vie, car même les recherches qui ont le plus élargi sa gloire et qui lui ont conquis une notoriété de premier plan dans la psychologie physiologique sont une suite logique de l'étude des glandes digestives.

L'angle sous lequel, dès l'abord, il envisageait cette question est celui de la commande nerveuse, la détermination anatomique de nerfs sécréteurs, mais surtout, le mécanisme central qui, par l'intermédiaire de ces nerfs, déclenche la sécrétion au moment convenable pour la suite coordonnée des fonctions digestives, et bien plus, adapte à la nature de l'aliment la qualité de cette sécrétion, suc gastrique par exemple. Dès 1889, Pavlow démontrait qu'il s'agit d'un réflexe, dont l'origine n'est pas le contact de l'aliment et de l'estomac, comme il était naturel de le penser ; car si l'on ouvre au cou l'œsophage de façon à faire écouler au dehors, avant qu'ils n'arrivent à l'estomac, les aliments que le chien a mâchés et déglutis, ce *repas fictif* a les mêmes résultats pour la production du suc gastrique que le repas réel ; d'autre part la mastication d'une matière dépourvue de saveur est sans aucun effet. Ce sont donc les sensations gustatives qui sont déterminantes.

(1) Notice lue à l'Académie des sciences par M. Louis Lapicque.

Mais l'odeur, ou même seulement la vue d'aliments connus de l'animal comme savoureux suffisent à provoquer la sécrétion la plus propre à digérer ces aliments. Pavlow a donné à ce dernier phénomène le nom de *sécrétion psychique.*

Pour étudier avec continuité ces phénomènes, Pavlow imagina de diviser d'une façon permanente l'estomac en deux parties, l'une, la plus grande, refermée de façon à rétablir la continuité du tube digestif et à accomplir effectivement le rôle nutritif de l'organe, l'autre, la plus petite, entièrement séparée de la précédente comme cavité, mais ayant conservé son innervation et ses vaisseaux, et abouchée sur la peau du ventre par une fistule permanente. On peut ainsi, à tout moment, suivre qualitativement et quantitativement, sans mélange avec les aliments, la sécrétion gastrique de ce *petit estomac* soumis aux mêmes actions nerveuses que l'estomac normal.

Cette opération était une remarquable réussite chirurgicale, il y a plus de 40 ans, et Pavlow se fait gloire d'avoir le premier introduit dans les laboratoires de Physiologie les salles d'opération telles que les comporte la chirurgie humaine.

Les résultats du *petit estomac* appliqué à l'étude de la sécrétion psychique furent tels que Pavlow reporta tout son intérêt sur le mécanisme cérébral ainsi mis en cause. La sécrétion fut prise simplement comme signe ; pour raison de commodité, il revint alors à la sécrétion salivaire, qui présente la même obéissance nuancée aux représentations gustatives. Chez le chien, l'introduction d'eau acidulée dans la gueule fait sécréter une salive fluide ; la viande provoque l'apparition d'une salive visqueuse. Il s'agit évidemment d'un réflexe, que Pavlow appelle le *réflexe absolu.* Mais, si l'on répète un certain nombre de fois sur un même animal l'administration, soit d'acide, soit de viande, en accompagnant chaque fois cette intervention d'un bruit particulier, disons une sonnerie électrique pour l'acide, un coup de sifflet pour la viande, au bout de quelque temps le bruit seul provoquera la sécrétion correspondante ; la sonnerie fera apparaître la salive fluide du dégoût, le sifflet, la salive visqueuse de l'appétence. C'est ce que Pavlow appela le *réflexe conditionné,* notion qui reçut rapidement la faveur des physiologistes et des psychologues. Evidemment cela revient, théoriquement, à l'association des idées, chère à une philosophie antérieure à Pavlow et, pratiquement, à une technique traditionnelle du dressage. Pavlow insiste sur ce point que sa méthode ne fait appel à aucune assimilation avec les processus subjectifs de la psychologie humaine, et cette méthode a en tout cas l'avantage de se prêter à des mesures précises, indépendantes de la bonne volonté du sujet.

Par une opération très simple, le canal excréteur de la glande salivaire d'un côté est amené à déverser en permanence la sécrétion, non plus dans la bouche, mais à l'extérieur, sur la joue. Au moment de l'expérience, on mastique sur cet orifice artificiel un petit entonnoir par lequel on peut recueillir la salive, en compter les gouttes ou mesurer son volume. On obtient ainsi des données quantitatives d'une surprenante régularité.

Par exemple, après avoir établi le réflexe conditionné pour un certain signal associé à la présentation de la viande, on répète un certain nombre de fois l'essai, sans plus faire intervenir le réflexe absolu, sans *soutenir* l'association ; le nombre de gouttes décroît progressivement, et l'on peut suivre ainsi l'affaiblissement du processus nerveux inconnu qu'il s'agit d'étudier.

Celui-ci est cérébral ; il a son siège dans l'écorce grise des hémisphères, car si l'on détruit celle-ci, le réflexe conditionné disparaît et ne peut pas être rétabli. On est donc à même d'étudier les conditions de fonctionnement des sphères nerveuses supérieures. Le champ d'investigation ainsi ouvert est immense, et Pavlow, après l'avoir exploré

activement, avec de nombreux collaborateurs, pendant plus de 30 ans, est loin de l'avoir épuisé.

Pavlow avait eu comme maîtres, en dehors de ses professeurs russes, Heidenhain et Ludwig, auprès de qui il avait travaillé plusieurs années. Mais il proclamait aussi qu'il devait beaucoup à la lecture des « sublimes et immortelles leçons de Claude Bernard, ce modèle classique et inimitable ».

Il reçut le prix Nobel en 1904. En France, il était Correspondant de notre Académie, Membre associé de l'Académie de Médecine et Membre d'honneur de la Société de Biologie.

Sa carrière fut matériellement difficile : à ses débuts, il mena longtemps la vie rude de l'étudiant pauvre et ne reçut qu'à 42 ans une situation passable. La révolution russe lui valut d'abord de nouvelles misères. Mais, à la fin de sa vie, le gouvernement soviétique avait mis à sa disposition des ressources inouïes, du personnel par centaines et de l'argent par millions.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 MARS 1936)

Accidents nerveux de la chrysothérapie. Syndrome hyperdouloureux et parétique à topographie hémiplégique avec secousses fibrillaires et troubles psychiques. — MM. E. BERNARD et MORIN. Femme tuberculeuse 27 ans, reçoit des injections de crisalbine (4 gr.) : elle présente ensuite le syndrome suivant : 1° symptômes neurologiques consistant en troubles parétiques modérés, en tr. de la sensibilité (algies à topographie hémiplégique) ; fibrillations musculaires bilatérales ; 2° symptômes psychiques : agitation, insomnie, anxiété ; 3° manifestations muqueuses (stomatite douloureuse) et cutanées. Les auteurs font remarquer la ressemblance du syndrome avec la psychose polynévritique, la polynévrite arsenicale et la chorée fibrillaire de Morvan.

Ostéo-arthropathie pseudo-tabétique des deux pieds, symptôme révélateur d'une syringomyélie lombo-sacrée. — MM. BASCH et VIAL. Malade, 34 ans, présentant des déformations des deux pieds. Epaississement de la cheville, tuméfaction de la face dorsale avec aplatissement de la voûte plantaire. Grâce à l'association de troubles sympathiques (cyanose, hypersudation), d'anomalie des réflexes tendineux et de thermoanalgésie, on put diagnostiquer la syringomyélie lombo-sacrée. Affection rare.

Staphylococcémie grave. Injection d'anatoxine. Transfusions. Guérison. — MM. MERKLEN, WAITZ et PERNOT. Staphylococcémie consécutive à un panaris : 5 doses hémolytiques dans le sang. Etat général grave ; aggravation progressive ; vaccination par l'anatoxine S. de Ramon, associée à 6 transfusions. Résultat favorable malgré la survenue de nombreuses complications. Guérison ; l'anatoxine ayant été employée seule, avec association de transfusions qui ont permis d'attendre que fut installé l'état d'immunité.

Erysipélatoïde staphylococcique migrateur. — MM. TROISIER, BARIÉTY et BROCARD. Observation de staphylococcémie à détermination prédominante pulmonaire et cutanée. Apparition sur la peau de placards dermiques rouges, chauds, douloureux. Hémoculture donne un staphylocoque doré virulent. Cette observation est en faveur de l'étiologie staphylococcique de dermites érysipélateuses localisées ou erratiques.

Diabète bronzé avec infantilisme et insuffisance cardiaque. — MM. LABBÉ, BOULIN, UHRY et BOUR. Cas de diabète bronzé avec infantilisme intéressant par sa survenue chez une femme, ce qui est exceptionnel ; par son association avec une insuffisance cardiaque. Le diabète s'est installé d'abord, suivi un an après d'infantilisme régressif et d'insuffisance cardiaque.

Atélectasie pulmonaire dans le syndrome d'hémithorax sombre. — M. Et. BERNARD fait remarquer que l'atélectasie peut être associée à la sclérose pulmonaire ou pleuro-pulmonaire et favoriser la rétraction des parties atteintes, et la déviation des organes ; elle peut s'associer aux lésions compressives, cancer, kyste, abcès..., elle peut s'associer au collapsus thérapeutique pour précipiter l'affaissement du moignon pulmonaire.

Maladie de Simmond sans lésion histologique de l'hypophyse. — MM. DE GENNES, DELARUE et ROGÉ. Cas typique de maladie de Simmond : début de la maladie par des œdèmes énormes, puis abaissement du poids de 57 à 24 kilogs. Rien ne manqua ensuite comme signes : asthénie, hypotension, arrêt des règles, chute des dents, atrophie du maxillaire, hypoglycémie, intolérance à l'insuline, abaissement du métabolisme basal, troubles digestifs et troubles psychiques terminaux : hypophyse histologiquement intacte et lésions de la glande thyroïde, de la cortico-surrénale et des ovaires. Le professeur Labbé estime qu'il s'agit plutôt, en l'espèce, d'un syndrome que d'une maladie.

Un cas d'encéphalite de la scarlatine. — MM. MORNET et VEZIN (Blois). Un cas d'encéphalite survenue au cours de la scarlatine, en pleine desquamation, accompagnée de vomissements, de coma et de troubles de la mastication et de la déglutition. Malade traité par le sérum de convalescent. Guérison.

Néphropathie à la suite de l'anatoxine staphylococcique. — MM. TZANCK et KLOTZ. Néphropathie survenue 15 jours après un traitement de furonculose, par l'anatoxine staphylococcique : type de néphrite hydropigène avec albuminurie à 9 gr. 20 et urée sanguine à 0,25.

Vaccinothérapie antistaphylococcique par anatoxine. — MM. TZANCK, KLOTZ et NEGREANU établissent la distinction entre la vaccination préventive et la vaccinothérapie curative, celle-ci ayant une grande efficacité. Cette conception est admise par le professeur Debré.

Ostéomyélite du maxillaire supérieur chez un nourrisson traitée et guérie par l'anatoxine staphylococcique. — M. A. BLOCH. Nourrisson de sept mois atteinte de pseudo-sinusite maxillaire accompagnée d'un état général grave ayant simulé phlegmon de l'orbite, avec présence de staphylocoque doré dans le sang ; traitement par anatoxine staphylococcique. Guérison.

Chirurgie du pancréas, par P. BROCQ, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et G. MIGINIAC, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse. Un volume de 428 pages, avec 74 figures et une planche en couleurs. — Prix : 75 fr. — Paris, Masson et Cie.

Neurologie, par R. MONIER-VINARD, médecin de l'hôpital Ambroise-Paré. — Un volume de 222 pages avec 2 fig. (Collection des Initiations médicales). — Prix : 22 fr. — Masson et Cie.

Endocrinologie, par Noël FIESSINGER, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Necker. Un volume de 152 pages, avec 19 figures. (Collection des Initiations médicales.) — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES[1]

2. **Abcès rétro-péritonéaux.** — *Ce sont des phlegmons périnéphrétiques haut situés* et leur évolution est des plus insidieuses, le tableau clinique étant dominé par des signes d'infection grave.

Tardivement apparaît un empâtement douloureux de la région lombaire, mais l'évolution se fait plutôt vers la plèvre, à travers l'hiatus costo-lombaire, que vers la paroi.

3. *Abcès de l'arrière-cavité*, très douloureux en raison de l'irritation du plexus solaire.

4. *Abcès de la loge splénique.*

Formes étiologiques. — 1. *Origine gastro-duodénale.* — Il s'agit rarement d'un néoplasme, en règle d'un ulcus. L'abcès peut succéder, soit à une perforation en péritoine libre qui secondairement s'enkyste (perforation couverte), soit à une perforation en péritoine cloisonné, soit plus rarement au lâchage d'une suture opératoire.

2. *Origine appendiculaire.* — Il peut s'agir d'un abcès secondaire à une appendicite sous-hépatique, à une appendicite à distance, notamment rétro-cæcale (abcès par propagation), ou d'un abcès résiduel après intervention pour péritonite généralisée.

3. *Origine vésiculaire.* — C'est le phlegmon biliaire. Souvent persistance de fistules interminables et nécessité d'une cholécystectomie ultérieure.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic devrait être précoce, mais il est souvent très délicat et se présente de façon très différente selon le siège de l'abcès.

1. En cas d'abcès à évolution antérieure abdominale. — Tableau de suppuration profonde et perception d'une tuméfaction douloureuse, le diagnostic de péritonite enkystée est aisé.

Tout au plus pourrait-on discuter un abcès du foie, une cholécystite suppurée, un abcès ou un kyste suppuré du pancréas.

Ce qui importe est de poser précocement l'indication d'une intervention d'urgence.

2. En cas d'abcès à évolution postérieure. — C'est le diagnostic malaisé d'un phlegmon périnéphrétique et l'indication opératoire est la même.

3. En cas d'abcès à évolution supérieure thoracique. — Toutes les erreurs sont possibles. Le diagnostic se fera le plus souvent par étapes.

Etablir qu'il s'agit d'une suppuration profonde et non d'une septicémie, d'une fièvre typhoïde, d'une granulie, d'un paludisme, voire d'un cancer du foie à forme fébrile. En l'absence de tout signe de localisation l'existence d'une *leucocytose élevée* est un appoint majeur au diagnostic.

Préciser le siège sous-phrénique de cette collection. — Quelques signes se précisent à la base du thorax. Nous avons vu la difficulté d'écarter le diagnostic de *pleurésie purulente.*

L'examen radioscopique donnera des renseignements précieux. Un abcès pyo-gazeux est toujours aisément reconnu, un abcès banal donne des clichés d'interprétation douteuse en cas de réaction pleurale surajoutée. Souvent c'est à l'intervention seulement que le diagnostic pourra être affirmé.

Le siège sous-phrénique de la collection reconnu, encore faudrait-il éliminer les suppurations intra-hépatiques : abcès du foie, kyste hydatique suppuré, pyo-pneumokyste hydatique. En fait seul importe l'indication opératoire.

Quelle est l'origine de la collection ? Ses antécédents et son siège permettront de le présumer. Mais assez souvent l'étiologie reste incertaine, même après l'intervention.

TRAITEMENT

Toujours chirurgical, doit être aussi précoce que possible. Ouverture large, exploration soigneuse, évacuation complète et drainage au point déclive.

En règle, *anesthésie locale*, car malades fatigués. Si on doit recourir à l'anesthésie générale, on la réduira toujours au minimum.

Incision. — Le choix de la voie d'abord est régi par le siège de l'abcès. On se basera sur la radio, la ponction préopératoire, et, si celle-ci est négative, le point douloureux maximum.

1. *Abcès à évolution antérieure.* — Incision en pleine voussure, au point douloureux maximum, soit verticale médiane, soit sous-costale, en évitant d'ouvrir la grande cavité péritonéale.

2. *Abcès à évolution supérieure.* — Il faut : ouvrir largement ; éviter l'infection pleurale. *Soit incision transpleuro-diaphragmatique*, et il faut alors suturer hermétiquement le diaphragme aux muscles intercostaux ou à la peau avant de l'ouvrir ; *soit incision transdiaphragmatique extra-pleurale.*

Dans l'un et l'autre cas l'incision peut s'accompagner de résection costale qui donne du jour mais expose à une ostéite et une suppuration interminable. Mieux vaut l'incision en travers du 11e espace qui donne un drainage bien déclive et permet parfois de refouler la plèvre.

3. *Abcès à évolution postérieure.* — Incision verticale ou légèrement oblique au bord externe de la masse sacro-lombaire.

Exploration. — Elle doit être soigneuse, d'où la nécessité d'un jour suffisant, de façon à effondrer les cloisons et ouvrir tous les diverticules. *Mais ne pas s'attarder à rechercher la cause de l'abcès, ce qui serait une faute grave.*

Drainage. — Gros drain bien déclive entouré de mèches de gaze.

Soins post-opératoires. — Lutter contre l'infection (métaux colloïdaux, novar, sérum antigangréneux, autovaccin).

Soutenir le cœur et l'état général.

Résultats. — Même traité chirurgicalement, la mortalité atteint 30 à 35 p. 100. Mais, abandonné à lui-même, l'abcès est presque constamment mortel. L'indication opératoire est donc formelle et les résultats seront d'autant plus favorables que l'intervention aura été plus précoce.

On sera assez souvent amené à réintervenir à distance de l'abcès, pour traiter une fistule secondaire à l'intervention ou pour agir sur la cause même de la suppuration.

CHRISTIAN PIERRA.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 23, p. 398; n° 25, p. 438.

Les cœurs périphériques, par A. MOUGEOT. In-8 25×16,5, 148 pages, 21 figures, 1936. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 28. — SAMEDI 4 AVRIL 1936. 109e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Honorariat des hôpitaux. — M. Garnier est nommé médecin honoraire des hôpitaux. — M. Labey est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux. — M. Cathala est nommé accoucheur honoraire des hôpitaux. — M. Bourgeois est nommé oto-rhino-laryngologiste honoraire des hôpitaux. — M. Poulard est nommé ophtalmologiste honoraire des hôpitaux. — MM. Guibert et Darbois sont nommés électro radiologistes honoraires des hôpitaux.

— Concours de médecin des hôpitaux (admissibilité). — Sont déclarés admissibles :

MM. Perrault, 70,5; Michaux, 64; Rouquès, 63; Worms et Schwob, 61,5; Derot, 59,5; Mauric, 59; Fauvert, 58,5; Lereboullet, 59; Even et Bousser, 57 (*ex æquo* d'admissibilité).

— Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Séance du 17 mars. — Questions données :

Electrologie. — Electrodiagnostic des névrites périphériques et leur électrothérapie. — Radiodiagnostic dans les affections non traumatiques de la hanche. — Radiothérapie dans les leucémies.

Questions restées dans l'urne :

Electrologie. — Courants continus de basse tension, sources. Effets physiologiques, leur utilisation en médecine. — Courants de haute fréquence, sources, effets physiologiques, modalités d'utilisation.

Radiodiagnostic. — Images diverticulaires, gastro duodénales. — Localisation, migration, zones d'arrêt des corps étrangers du tube digestif.

Radiothérapie. — Radio et curiethérapie dans le cancer de la langue. — Radiothérapie dans les tumeurs du sein.

Classement des candidats par ordre de mérite :

Mmes Tedesco, 35; Baude et MM. Strouzer, 30; Peuteuil et Amiot, 28; Brunet, Frain et Lebouchard, 25.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 11 mai 1936, à 9 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h., du mercredi 15 avril au mercredi 22 avril 1936 inclusivement.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le vendredi 5 juin 1936, à 9 h., à l'administration centrale (salle des commissions), 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h., du lundi 11 mai au mardi 19 mai 1936 inclusivement, dimanches et fêtes exceptés.

— Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye et Champrosay. — *Epreuve écrite.* — Questions données : « Artère fémorale. — Signes et diagnostic de la maladie de Basedow. »

MM. Wolfromm, 24; Lajouanine et Delair, 20; Mlle Oganesoff, 23; M. Rometti, 22; Mlle Lécuyer, 18; MM. Campagne, 21; Kitmacher, 15; Biardeau et Albrecht, 22; Faingold, 16; Arnold, 20; Schermann, 18; Florès, 16; Mlle Helman, 23; MM. Barbier, 26; Chessebeuf, 21; Cuvereaux, 24.

Oral pour les candidats à Sainte-Périne :

Question donnée : « Pathologie sénile. Description clinique des accidents cardio-vasculaires de l'hypertension artérielle. »

MM. Biardeau, 13 ; Campagne, 18 ; Albrecht, 15 ; Barbier, 10 ; Mlle Helman, 13 ; MM. Chessebeuf, 10 ; Cuvereaux, 18 ; Rometti, 16.

Oral pour les candidats à l'asile d'Hendaye :

Question donnée : « Pathologie infantile. Signes et diagnostic des paralysies diphtériques. »

MM. Kitmacher, 6 ; Faingold, 4.

Oral pour les candidats à l'hospice de Brévannes et à l'hôpital-sanatorium Joffre à Champrosay :

Question donnée : « Pathologie interne. Signes et diagnostic de l'asthme. »

MM. Lajouanine, 16 ; Biardeau, 14 ; Mlle Oganesoff, 17 ; MM. Arnold et Albrecht, 13 ; Wolfromm, 15 ; Schermann, 13 ; Rometti, 14 ; Barbier, 12 ; Mlle Lécuyer, 13 ; MM. Chessebeuf, 12 ; Delair, 18.

Classement des candidats par ordre de mérite :

Pour Sainte-Périne et Chardon-Lagache :

MM. Cuvereaux, 24 + 18 = 42 ; Campagne, 21 + 18 = 39 ; Rometti, 22 + 16 = 38 ; Albrecht, 22 + 15 = 37 ; Mlle Helman, 23 + 13 = 36 ; MM. Barbier, 26 + 10 = 36 ; Biardeau, 22 + 13 = 35 ; Chessebeuf, 21 + 10 = 31.

Pour l'asile d'Hendaye :

MM. Kitmacher, 15 + 6 = 21 ; Faingold, 16 + 4 = 20.

Pour l'hospice de Brévannes et l'hôpital-sanatorium Joffre à Champrosay :

Mlle Oganesoff, 25 + 17 = 42 ; MM. Wolfromm, 24 + 15 = 39 ; Delair, 20 + 18 = 38 ; Barbier, 26 + 12 = 38 ; Lajouanine, 20 + 16 = 36 ; Biardeau et Rometti, 22 + 14 = 36 ; Albrecht, 22 + 13 = 35 ; Chessebeuf, 21 + 12 = 33 ; Arnold, 20 + 13 = 33 ; Mlle Lécuyer et M. Schermann, 18 + 13 = 31.

AGRÉGATION. — Jury de la section de médecine :

Paris : MM. Carnot, Sergent, Bezançon, Laignel-Lavastine, Gougerot et Debré.

Province : MM. Margarot (Montpellier), Pautrier (Strasbourg), Mattei (Marseille), Fabre et Paviot (Lyon), Carrière (Lille), Dupérié (Bordeaux), Tapie (Toulouse).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Mocquot, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er avril 1936, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris. (Dernier titulaire de la chaire : M. Proust.) Budget de l'Université.

Avis. — Les inscriptions pour le troisième trimestre de l'année scolaire 1935-1936 seront délivrées du lundi 20 avril au mercredi 6 mai 1936 inclus.

En application de la loi du 21 mars 1936, le droit trimestriel d'inscription est ramené à l'ancien tarif, soit *60* fr. au lieu de 120 fr. pour les étudiants postulant actuellement le diplôme d'Etat. Le montant total de l'inscription est donc ramené à *135* fr. au lieu de *195* fr. (droits trimestriels d'inscription : 60 fr. ; de bibliothèque : 15 fr., de travaux pratiques : 60 fr.).

MM. les étudiants inscrits en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine, titulaires des deux inscriptions afférentes au premier semestre de l'année scolaire 1935-1936, ne paieront que *75* fr. au lieu de *135* fr. pour chacune des deux inscriptions du deuxième semestre de la même année scolaire.

Le droit d'inscription en vue du diplôme d'Université (195 fr.) n'est pas modifié.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'or à titre posthume a été décernée à Mlle Edith Seiffert, interne des hôpitaux de Paris, décédée victime du devoir professionnel.

EXERCICE DE LA MÉDECINE EN ALGÉRIE. — Un décret paru au *Journal officiel* du 29 mars 1936 rend applicable à l'Algérie la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire.

LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — La Société des chirurgiens de Paris a fait le samedi 14 mars un voyage d'études à Lille.

La matinée a été consacrée à des séances opératoires du plus haut intérêt. En particulier M. le professeur Le Fort et M. le professeur agrégé Ingelrans pratiquèrent plusieurs interventions de chirurgie osseuse et présentèrent des malades opérés antérieurement par eux, avec de très beaux résultats ; M. le professeur Lambret fit plusieurs opérations sur le tube digestif, parmi lesquelles une suspension de l'estomac par son procédé. Il fit visiter l'ensemble de son intéressant service avec ses annexes : centre anticancéreux, laboratoire de chirurgie expérimentale, etc.

A 13 h., les chirurgiens lillois offrirent à leurs collègues parisiens un banquet sous la présidence de M. le professeur Dubois, doyen de la Faculté de Lille.

L'après-midi des visites eurent lieu à la nouvelle Cité hospitalière de Lille, en voie de construction, qui constituera une organisation unique en France et même en Europe, au nouveau sanatorium pour tuberculeux, à la nouvelle Clinique chirurgicale mutualiste qui présente tous les perfectionnements de la technique moderne ; et aussi, sous la conduite du Conservateur, à l'admirable musée de Lille.

A la fin de cette journée si instructive, et avant de quitter Lille, les chirurgiens de Paris offrirent un thé à leurs collègues lillois.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec peine la mort de Mme Octave Doin, veuve de l'ancien président du Cercle de la librairie. Nous prions son fils, le docteur Gaston Doin, éditeur, de recevoir l'expression de notre très affectueuse sympathie.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Danjard (d'Orgon), décédé accidentellement ; Emile Guigues (de Saint-Auban), décédé accidentellement ; Differdange (de Vincennes), Loison, ancien interne lauréat des hôpitaux de Lyon ; Edel, ancien interne lauréat des hôpitaux de Lyon. Nous adressons très affectueusement à son beau-père, le professeur Mouriquand, l'expression de notre bien profonde sympathie.


ANŒSTRUS
ŒSTRUS

REVUE GENERALE

LES BASES DE L'IMMUNO-TRANSFUSION

Par MM. G. JEANNENEY et P. CASTANET
(de Bordeaux).

Définition. — Parmi les méthodes thérapeutiques que nous opposons à l'infection, l'*immuno-transfusion* occupe une place de premier plan : elle réalise, théoriquement au moins, l'idéal de la sérothérapie spécifique et de la défense anti-infectieuse.

L'immuno-transfusion utilise en effet, le sang d'un *donneur préparé*, c'est-à-dire dont les *leucocytes* sont devenus aptes à la *défense* contre les éléments microbiens ennemis et dont les *réactions humorales* de défense ont été exaltées suivant des lois dérivées des découvertes de Pasteur et établies en particulier par les travaux de Wright et de Ramon. L'école française avec Tzanck a apporté une importante contribution à son étude.

Les indications de l'immuno-transfusion sont donc multiples et nous nous contenterons d'en citer seulement quelques-unes :

En *pathologie chirurgicale* l'immuno-transfusion a été utilisée dans toutes les infections graves : *infections puerpérales*, septicémies, septico-pyohémies de natures diverses (colibacilloses, staphylococcies, streptococcies) dans les affections purulentes (ostéo-myélites, abcès du poumon, pleurésies purulentes, mastoïdites, thrombo-phlébites), etc... On l'a utilisée également avant et après les interventions portant sur des foyers septiques.

En *pathologie médicale*, l'immuno-transfusion rend chaque jour des services dans les maladies infectieuses immunisantes : diphtérie, tétanos, typhoïde, fièvres éruptives, et même dans les maladies où on ne peut encore faire la preuve d'une immunité spécifique : pneumonie, streptococcies.

Historique. — Avant Wright la sérothérapie apportait un utile, mais incomplet secours dans bon nombre d'infections.

Sans doute quelques rares auteurs avaient-ils, un peu au hasard, utilisé la transfusion dans les infections graves en employant, tantôt du sang pur, tantôt du sang de donneur guéri de l'affection dont était atteint le receveur. Mais aucune doctrine précise ne régissait ces tentatives. Aussi bien les difficultés que présentait alors la réalisation d'une transfusion banale ajoutait-elle encore à ces incertitudes.

C'est à Wright que l'on doit la doctrine de préparer systématiquement un donneur en vue de venir au secours d'une infection à germes connus. Wright, bénéficiant des progrès réalisés dans la technique de la transfusion grâce à la découverte du sang citraté, a pensé que la transfusion du sang d'un donneur immunisé rendrait de plus grands services que la simple injection de sérum. Ses idées ne se sont d'ailleurs diffusées qu'avec lenteur et, en passant d'auteur en auteur, ont dû subir quelques déformations. Cependant le nom de Wright domine cette question jusqu'à ces dernières années et bon nombre des règles qu'il a découvertes constitueront toujours la base de cette thérapeutique.

On a utilisé dans les infections sérieuses la transfusion tantôt de sang ordinaire, tantôt de sang de convalescent, tantôt de sang immunisé.

Transfusion de sang ordinaire dans les infections. — Tzanck à qui l'on doit sur cette question tant de riches documents, et qui a organisé à l'hôpital Saint-Antoine un service modèle de transfusion de sang, a rapporté entre autres intéressantes observations une série de cas de guérison par la transfusion simple de *streptococcémies* à hémoculture positive. « Le cas est plus rare que pour les staphylococcies, dit-il, mais il n'est plus absolument exceptionnel. Ainsi cinq de nos observations favorables concernent des septicémies à streptocoque hémolytique avec endocardite, malheureusement cette évolution favorable est rarissime, et, le plus souvent, la transfusion sanguine est sans effet en pareil cas, comme dans la septicémie à streptocoque viridens. »

Flandin, C. Galiot, Boussert et André (1) rapportent l'observation d'une *septicémie double* à bacille d'Eberth et à streptocoque vérifiée par trois hémocultures successives réalisant un état très grave avec anémie aiguë, grosse rate et température élevée, guérie après des transfusions et vaccinations par lysats-vaccins antistreptococcique et antityphique.

Manoussakis (2) dans un travail (1935) sur le traitement des affections streptococciques graves du poumon et de la plèvre, fait état d'une observation où la *sérothérapie au sérum de Vincent, fut combinée à une transfusion banale* avec succès, ce qui semble créer une médication nouvelle pour l'avenir.

Sang de convalescent. — Diinn et Mac Clure publient en 1917 deux cas de fièvre typhoïde traitée par la transfusion de *sang de convalescent* avec des résultats excellents dans les deux cas (3).

Dans 12 cas de fièvre typhoïde, Weill ayant utilisé, tantôt du sang de convalescents, tantôt du sang de sujets vaccinés, tantôt de donneurs normaux, écrit avec réserve : « Je n'ai pas l'impression que les résultats obtenus avec le sang de sujets convalescents ou immunisés aient été tellement supérieurs. »

De même Hansch et Hartmann ont employé également du sang de donneurs appartenant à ces trois catégories (convalescents, vaccinés, normaux) sans constater une différence appréciable dans l'action des différents sangs utilisés.

Remarquons toutefois que ces trois auteurs n'ont en aucune façon suivi la technique soigneusement décrite par Wright, si bien qu'ils appellent *immuno-transfusion* des transfusions que Wright qualifierait de simples.

---

(1) Flandin, Galiot, Boussert et André. Septicémie mixte à streptocoque et à bacille d'Eberth, *Soc. méd. des Hôp.*, 10 mai 1935.

(2) Manoussakis. Le traitement des affections streptococciques graves du poumon et de la plèvre par le sérum de Vincent avec remarques sur la gravité spéciale des streptococcies en Grèce, *Presse Méd.*, 11 mai 1935, n° 38, page 755.

(3) D. Mac Clure et C.-R. Diinn. Transfusion of Blood. *Bul. John Hopkins Hospital*, 1917.

En 1929 Flandin et Tzanck pratiquant une transfusion de sang au cours d'une dothiénentérie compliquée d'hémorragie, en utilisant par hasard un donneur guéri de la fièvre typhoïde constatent une action favorable sur l'hémorragie et l'évolution de la maladie. A partir de ce moment Tzanck a pu réunir de nombreuses observations comparables.

Dans le typhus exanthématique, Carlos de la Pena rapporte vingt observations de formes graves au cours desquelles *la transfusion de sang de convalescents* a donné lieu à 19 courbes thermiques descendantes pour ainsi dire calquées les unes sur les autres (1).

Immuno-transfusion. — C'est en novembre 1919, au cours de la deuxième session de la Conférence chirurgicale interalliée, que Sir A. Wright exposa, en collaboration avec Léonard Collebrook, ses idées nouvelles sur l'immunisation thérapeutique et les plaies de guerre (2).

En 1923, ces mêmes auteurs complétèrent leurs idées dans le bulletin de l'Institut Pasteur (3) établissant les bases biologiques de *l'immuno-transfusion*, grâce aux recherches sur le pouvoir *hémo-bactéricide* sur l'influence de la vaccination in vitro et in vivo ; — la mesure du pouvoir hémo-bactéricide ; — l'importance de la phase négative (apophylactique de Wright); — l'importance de l'immunité collatérale et de l'immunité en général *non spécifique*.

Déjà, en 1919, Wright avait signalé l'observation d'un malade présentant une « infection streptococcique de plaie intéressant le sacrum et l'os iliaque, avec une température élevée et continue qui rendait son cas désespéré », et qui fut guéri grâce à une immuno-transfusion exécutée suivant sa technique.

A cette même conférence interalliée de 1919, Govaerts (4), Castellani, Veillon et Sacquépée signalent la guérison d'une septicémie staphylococcique, sans foyer métastatique, persistant après l'amputation.

« Nous avons injecté avec le Docteur Delrez, déclarent-ils, 40 cmc. de *sérum sanguin frais* provenant d'un blessé du crâne qui avait reçu auparavant huit injections d'un auto-vaccin antistaphylococcique. »

L. Colebrook et J. Storer, collaborateurs de Sir A. Wright, purent faire état dès 1923 d'une quinzaine d'observations avec des résultats très satisfaisants (5).

Oudard, Guichard, Le Bargo, en suivant strictement cette technique, sur cinq cas de streptococcies graves, comptent deux guérisons et deux améliorations.

Au cours des années 1930 et 1932 il ressort des observations réunies par Trémolières, Tzanck, Loeper, qu'un rôle plus spécialement anti-infectieux doit être accordé à l'immuno-transfusion.

Dans ces dernières années, les travaux se sont multipliés. De nombreux auteurs comme Lemaire, Soulié, Alizoudo-Martel, Rouillard, Audibert, Avanos, Raynaud, Lévy-Solal, Séjournet, Plantevin, Hébert, Rosenthal. De Sèze, ont employé avec succès l'immuno-transfusion dans les cas les plus divers.

Le Lorier, Tzanck et Jean Dalsace (1) présentent neuf observations d'*infection puerpérale grave*, traitées par l'immuno-transfusion. Les donneurs étaient préparés par MM. Gaubert et Gary, selon la *technique de Tzanck* rapportée à l'Académie de Médecine. « En premier lieu, disent-ils aux conclusions, un fait brutal domine, c'est la constatation de six cas de guérison d'infection puerpérale avec streptocoques dans le sang. » Ils soulignent :

— L'insuccès des transfusions de sang non immunisé ;

— L'inefficacité de l'immuno-transfusion là où l'hémoculture révèle la présence d'un germe (entérocoque), autre que celui qui a servi à vacciner le donneur ;

— L'apparition d'une infection grave à streptocoque chez une malade ayant subi trois transfusions de sang non immunisé après son accouchement ;

— Enfin le peu d'importance pour le succès de la quantité de sang transfusée (150 à 200 cmc, à chaque immuno-transfusion).

A cette occasion Lévy-Solal précise avoir traité par immuno-transfusion en 1923 une femme gravement infectée, accouchée par une sage-femme qui perdit simultanément quatre parturiantes de septicémie suraiguë ; seule la malade transfusée survécut. Les observations de ces auteurs semblent bien préciser le caractère d'une immunité vraie transmise par transfusion aux malades infectés.

Récemment, Desplas (2) signalait à la Société de Chirurgie l'action de *l'immuno-transfusion antistreptococcique :* Une piqûre septique de l'index entraîne en 24 heures une adénite axillaire intense. Malgré les vaccins et la septicémie, état général et local s'aggravent, une incision axillaire découvre autour des vaisseaux une cellulite diffuse nécrotique. Les jours suivants, malgré un traitement médical actif (septicémine, sérum anti-gangréneux), l'état s'aggrave. Des immuno-transfusions streptococciques quotidiennes pratiquées alors, amènent une guérison rapide.

Le Lorier et J. Dalsace (3) rapportent un cas chez qui l'injection préventive de 290 cmc. de sérum de Vincent n'a pu empêcher l'apparition d'une septicémie puerpérale à streptocoques qu'une seule « phylacto-transfusion » de 150 cmc. a pu guérir.

Une observation importante vient d'être produite par Monod et Kourilsky (4) à la Société de chirurgie

(1) Carlos de la Pena. La Immuno-transfusion en el tratamento del Tifo exantematico. *Thèse Mexico*, 1934.

(2) E. Wright, en collaboration avec L. Colebrook. Immunisation thérapeutique et Plaies de guerre, *Arch. de Méd. et Pharm. milit., t. LXXI*, nos 3, 4, 5, mars, avril, mai 1919.

(3) A.-E. Wright, L. Colebrook et J. Storer. Nouveaux principes d'immunisation appliquées à la thérapeutique vaccinante, *Ann. de l'Institut Pasteur*, février 1923.

(4) Govaerts. Immunisation thérapeutique et plaies de guerre, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, tome LXXI, nos 3, 4, 5, mars avril, mai 1919.

(5) L. Colebrook et J. Storer. On Immuno-transfusion, *Lancet*, 22 and 29 december 1923, p. 1341 et 1349.

(1) Le Lorier, Tzanck et J. Dalsace. Les immuno-transfusions dans l'infection puerpérale, *Soc. d'obst. et gyn.*, Paris, 3 nov. 1930, p. 612.

(2) Desplas. A propos de l'action thérapeutique de l'immuno-transfusion antistreptococcique, *Soc. Chir.*, 15 mai 1935.

(3) Le Lorier et J. Dalsace. Infection puerpérale après embryotomie survenue malgré des injections prophylactiques de sérum de Vincent. Prophylacto-transfusion. Guérison, *Soc. Méd. Hôp.*, 5 avril 1935.

(4) Monod et Kourilsky. Action salutaire de la broncho-aspiration d'urgence et des immuno-transfusions dans un cas particulièrement grave d'abcès du poumon traité par pneumorésection, compliqué d'obstruction trachéo-bronchique post-opératoire, puis de septicémie à streptocoque, *Soc. de chir.*, 1er mai 1935.

(1er mai 1935) : Une pneumectomie pour abcès putride du poumon déclanche une septicémie grave à streptocoque hémolytique. Pendant trois mois la septicémie évolue avec de nombreuses péripéties : finalement on pratique deux immuno-transfusions (100 cmc. et 150 cmc.). Vingt-quatre heures après la deuxième immuno-transfusion, apparaissent brusquement plusieurs collections suppurées dont le drainage amène la guérison définitive.

Dans les *maladies de la première enfance* l'immuno-transfusion a été appliquée par de nombreux auteurs avec succès. Tzanck, Huber et Mlle Abricossof, Vesin, Mlle Dreyfus-Sée, Franck Neff, Mlle Phelizot et Tassowatz, Rohmer (1) ont bien précisé les diverses indications de cette méthode chez les *nourrissons et dans la première enfance*.

De Andreis, dans sa Thèse (Montpellier, 1935) rapporte 53 observations d'enfants très *gravement malades* (broncho-pneumonies, septicémies) chez lesquels l'immuno-transfusion a été la thérapeutique salvatrice, après échec des médications courantes.

De Andreis insiste sur « la rapidité parfois frappante de la restauration anatomique du tissu pulmonaire après immuno-transfusion, qu'il n'a pour ainsi dire jamais vue se produire aussi promptement dans les broncho-pneumonies même moins graves traitées par les thérapeutiques courantes ».

La technique suivie par de Andreis est la suivante : Vaccination du donneur six heures avant la transfusion par un stock-vaccin polyvalent à pneumocoques et à pyogènes (Weill et Dufour ou Bruschettini). Aucune immunisation prolongée du donneur n'a été faite : ces immuno-transfusions sont donc en réalité, de simples transfusions « de défense ».

Aussi bien l'étude des cas publiés comme immuno-transfusion montre que sous ce terme, on a groupé toute une série de faits disparates, mais tous traduisant une action du sang préparé contre l'infection.

*
* *

Ainsi, dans l'immuno-transfusion, le sang transfusé serait doué de propriétés spécifiques et représenterait une arme particulièrement efficace contre telle ou telle infection.

Cependant Tzanck a insisté avec raison sur l'inexactitude de certains termes employés par Wright, en particulier sur le terme d'immunité à qui l'auteur anglais donne un sens beaucoup trop large. *Immuno-transfusion*, cela veut dire pour Wright transfusion apportant des éléments de défense spécifique et non spécifique. En réalité, il faut dire avec Tzanck : *Immuno-transfusion* dans les cas où la transfusion apporte des substances spécifiques contre tel ou tel microbe, et *Phylacto-transfusion* dans les cas où la transfusion apporte un sang dont la *valeur bactéricide* non spécifique a été considérablement augmentée.

Ces remarques montrent combien le chapitre de l'immuno-transfusion, malgré sa simplicité apparente, reste encore complexe du fait de la multiplicité des problèmes de la défense anti-microbienne banale et de l'immunité spécifique. Et il ajoute : « L'immuno-transfusion ne peut être comparée à aucun autre acte thérapeutique réalisé jusqu'à présent pour produire une immunité quelconque. Les propriétés du sang du donneur immunisé sont absolument différentes des réactions provoquées chez le cheval ou d'autres animaux de laboratoire, par des injections de toxines ou de corps microbiens. »

L'immuno-transfusion, comme d'ailleurs la transfusion simple, est avant tout « une greffe véritable, où l'élément globulaire se *greffe* dans le nouveau milieu où l'infusion le transplante ». Ashby, Wearn et Warren ont pu démontrer cette survie globulaire dans l'organisme neuf pendant une durée variable de 15 à 40 jours. Ce sont bien les *globules transfusés* eux-mêmes qui continuent leur vie et leurs *fonctions physiologiques*.

Quant au plasma injecté, il reste dans le torrent circulatoire, au contraire des sérums isotoniques.

Les travaux de Petterson et Salimbeni (Transfusion, Annales de l'Institut Pasteur, tome XIII) ont démontré que les *leucocytes* des animaux *immunisés* injectés à un animal normal, lui *confèrent l'immunité*.

Injecter une certaine dose de toxines à un cheval, le saigner, recueillir son sérum, l'injecter à un malade, représente une série d'opérations absolument différentes, de la *greffe* réalisée par transfusion des éléments sanguins.

Les bases physiologiques de ces deux opérations sont dissemblables les unes des autres.

L'immunité provoquée chez l'animal et transmissible par son seul sérum, ne peut être comparée à celle obtenue chez l'homme par l'immuno-transfusion.

En effet, Wright a montré que c'est le *globule blanc* qui représente l'élément essentiel de la défense, tandis que le sérum n'en constitue que l'élément accessoire.

Or, la sérothérapie n'utilise que l'élément accessoire : le sérum. En effet, comme le fait remarquer Auclaire (1), élève de Tzanck, jusqu'à présent l'élaboration du sérum a toujours été confiée à des animaux qui ont une formule leucocytaire différente de la nôtre, par conséquent des réactions de défense différentes des nôtres, et dont nous ne pouvons tirer au point de vue thérapeutique que des résultats souvent imparfaits.

L'immuno-transfusion représente en somme une véritable *greffe de globules blancs*, c'est-à-dire d'agents vraiment actifs dont les réactions phylactiques et épiphylactiques, étudiées par Wright, transmettent au donneur les qualités défensives nécessaires à la lutte contre l'infection sanguine.

(1) ROHMER et TASSOWATZ. L'immuno-transfusion dans les broncho-pneumonies du nourrisson, *Bul. Soc. Péd. Paris*, nov. 1934. — HOOKER. The treatment of staphylococcus septicaemia by transfusion of immune blood, *Ann. of surgery*, 1917. — HUBER et ABRICOSSOF. La transfusion du sang chez le jeune enfant, *Vie méd.*, 25 février 1933. — ABRICOSSOF (Lucie), *Th. de Paris* 1932. — VESIN et DREYFUS-SÉE. Indication de la transfusion chez le nourrisson, *Revue franç. de Péd.*, n° 1, 1931. — PHÉLIZOT et TASSOWATZ. Transfusion sanguine comme traitement des broncho-pneumonies graves dans la première enfance, *Revue franç. de Péd.*, n° 6, 1932. — TZANCK, JOUBERT et ABRICOSSOF. De l'immuno-transfusion chez l'enfant. *Paris méd.*, 23 juillet 1932.

(1) AUCLAIRE. Le traitement de la septicémie puerpérale par l'immuno-transfusion, *Th. de Paris*, 1919.

L'immuno-transfusion ne peut donc être comparée dans les divers modes de son action à une banale injection de sérum thérapeutique. Il importe donc avant tout, d'en préciser les bases biologiques.

Bases biologiques de l'immuno-transfusion. — L'immuno-transfusion apporte, en somme, à l'organisme infecté des *secours complexes* dont l'action peut ainsi se résumer : elle *guérit en immunisant*. Ces deux termes ne sont pas synonymes, et si guérir et immuniser marchent souvent de pair, les deux phénomènes, *immunité* et *défense*, peuvent exister l'un sans l'autre. Par exemple on sait qu'un sujet immunisé échappe à une maladie sans que la défense ait à intervenir. De même l'immunité acquise au cours de la défense dans une maladie (variole) lui survit souvent longtemps après la guérison. D'autre part certaines maladies guérissent sans laisser après elles d'immunité. Enfin, l'immunité peut apparaître alors que la maladie triomphe du malade : ainsi dans la fièvre typhoïde les réactions sériques traduisent l'immunité dès le dixième jour, même si le malade ne doit pas guérir. Cette distinction, sur laquelle Grasset, L. Bazy, Teissier, Reilly et Rivalier (1), Jeanneney (2), Tzanc (3) et bien d'autres ont insisté, a une indiscutable importance : L'IMMUNITÉ *n'est qu'un des aspects de la défense.*

C'est pourquoi, lorsqu'on vaccine un donneur, non seulement *on stimule ses moyens de défense spontanée*, mais encore on les oriente de façon à avoir dans le sang du donneur une modification à la fois *curatrice* et *immunisatrice*. La thérapeutique idéale est celle qui nous donne une guérison plus parfaite et plus rapide parce que *spécifique*. Distinguer *défense* et *immunité* n'était donc pas chose vaine, et nous allons voir que *l'on demande à l'immuno-transfusion l'entrée en jeu* de ces deux mécanismes au moins (4).

I. — Les réactions de défense spécifique d'immunité dans l'immuno-transfusion. — IMMUNITÉ PROVOQUÉE. — Bien avant Pasteur, les *immunités* spontanées et acquises étaient connues comme aussi les immunisations par maladies collatérales (vaccination jennérienne). Mais c'est à Pasteur et à l'Ecole Française que revient l'honneur d'avoir interprété ces phénomènes et d'en avoir amorcé l'analyse et la synthèse scientifiques. Ces recherches peuvent se résumer en cette notion, que la pénétration d'un organisme par des germes dont la virulence a été atténuée par le temps, le chauffage, les antiseptiques, etc., est susceptible de réveiller dans l'organisme des réactions d'immunité.

Après les élèves de Pasteur qui appliquèrent à l'homme la vaccinothérapie active, ces recherches furent un peu délaissées en France. Wright se fit, en Angleterre, l'ardent défenseur de ces méthodes. Dans une série de travaux il étudia, de 1902 à 1920, des procédés basés sur nos moyens de défense anti-microbienne ; il prépara ainsi ses auto-vaccins contre le staphylocoque, précisa les conditions de la vaccination antityphique et de ses recherches sur les streptocoques, les pneumocoques et le colibacille, aboutit à cette conclusion pleine de promesses que « le médecin de l'avenir serait un immunisateur ». Les Américains et les Italiens reprirent et développèrent ses idées. En France, Sabrazès, Chantemesse, Vincent, etc., en furent les protagonistes. La guerre et l'après-guerre devaient permettre de généraliser ces méthodes avec la vaccinothérapie locale (Besredka), la découverte de l'anatoxine (Ramon).

Ces notions historiques suffisent pour montrer comment la question est posée.

PRINCIPE DE LA MÉTHODE DE L'IMMUNISATION PROVOQUÉE. — Pour obtenir un état réfractaire au développement d'un germe donné, on se base sur la connaissance des immunités naturelles acquises ou expérimentales. En effet, « toute substance étrangère introduite dans l'organisme doit être assimilée ou annihilée et détruite » (Micheleau).

Elle peut être détruite *immédiatement* par un mécanisme de *défense* non spécifique, de véritable antixénisme ou au contraire annihilée par des éléments *spécifiques :* anticorps spécialement destinés à débarrasser l'organisme de tel ou de tel antigène.

L'antigène. — L'introduction de ces substances étrangères produirait donc l'apparition de substances organiques spécialisées dans la défense contre ces corps étrangers, ces antigènes. C'est ce que nous avons traduit par les lois suivantes qui résument les opinions classiques admises jusqu'à ces dernières années. Nous verrons par la suite qu'elles ne correspondent peut-être pas exactement à la vérité — ou du moins à notre manière de l'envisager aujourd'hui. Ces réserves faites, voici comment on expliquerait ces phénomènes :

a) *Loi de l'antigène : Tout antigène détermine l'apparition d'un anticorps spécifique.*

Cet antigène pouvant être microbe ou toxine, la loi s'exprimera dans chaque cas particulier :

Tout antigène microbien détermine l'apparition d'un anticorps spécifique ; toute toxine détermine l'apparition d'une antitoxine spécifique (que cette toxine soit active ou réduite à l'état d'anatoxine non dangereuse pour l'organisme) (Ramon).

b) *Loi de spécificité : Les anticorps sont spécifiquement adaptés aux antigènes.* Ainsi un sujet immunisé contre le bacille typhique ne l'est pas ou fort peu contre les para-typhiques et vice-versa.

Ce fait a son importance : on aura intérêt à immuniser le donneur, non seulement contre le genre microbien (staphylocoque par exemple), mais encore contre l'espèce (aureus, citreus, albus) et même la variété initialement en jeu chez le récepteur (furonculose, ostéomyélite).

Théoriquement donc, les vaccins préparés avec des germes mêmes du malade, les *auto-vaccins*, ont une valeur antigénique absolue. On comprend par contre pourquoi les stocks vaccins et les vaccins polyvalents

---

(1) TEISSIER, REILLY et RIVALIER. Mode d'action de la vaccinothérapie spécifique. *Ann. de Méd.*, février 1929.

(2) JEANNENEY. Idées directrices de la vaccinothérapie, *Marseille méd.*, mai 1926. — Principes généraux de la vaccinothérapie. In Vaccinothérapie en médecine et en chirurgie. 1 vol. Paris 1928.

(3) TZANCK. Immuno-transfusion et Phylacto-transfusion. *Soc. Méd. des Hôp.*, 24 juin 1932.

(4) ABRAMI et TZANCK. Transfusion sanguine dans les septicémies à streptocoques. *Paris méd.*, 1er août 1931.

dans lesquels, malgré le nombre global considérable de microbes, il n'entre que peu de germes identiques à ceux du malade, n'ont pas toujours une valeur immunisatrice considérable. On comprend enfin pourquoi un bon vaccin doit contenir peu de germes associés et être constitué par des microbes peu altérés (importance de l'excipient : sérum, huile).

Tous les microbes ont-ils une valeur antigénique spécifique ? On en a douté pour le strepto et le staphylocoque. Il semble qu'il n'y ait là qu'une question de technique, puisque dans ces dernières années Vincent d'une part, pour le streptocoque, Ramon et Nelis d'autre part, pour le staphylocoque, ont pu préparer des *sérums spécifiques* riches en antitoxines.

Ces auteurs constatent des résultats excellents chez de nombreux malades traités par l'anatoxine et soumis auparavant et sans résultat appréciable malgré leur durée à des traitements variés : vaccins microbiens, bactériophage, levure de bière, sulfate de cuivre, etc... (1).

En titrant le sérum de ces malades en vue de la recherche des unités anti-toxiques anti-staphylococciques, soit par la méthode intradermique chez un lapin neuf (Ramon), soit par méthode hémolytique (Nelis), ces auteurs ont constaté une augmentation allant de —0,25 unités anti-toxiques à +7 unités anti-toxiques (Ramon) et de —0,8 à +10 unités anti-toxiques (Nelis).

Ces auteurs signalent que la richesse en unités antitoxiques n'est pas fonction du nombre d'injections, mais de leur richesse en anatoxine non diluée.

Après la seconde injection, le nombre des unités anti-toxiques est déjà augmenté d'une façon notable : L'immunité s'acquiert d'une façon extrêmement rapide avec *l'anatoxine* staphylococcique.

« Ainsi, grâce aux découvertes et aux techniques de plus en plus perfectionnées des laboratoires qui permettent l'obtention d'antigènes — vaccins aisément contrôlables dans leur innocuité et dans leur efficacité, de nouvelles méthodes thérapeutiques se substituent peu à peu aux anciens procédés à la vérité plus ou moins empiriques et mettant en œuvre des produits de valeur incertaine et non vérifiable.

« A l'anatoxine diphtérique, à l'anatoxine tétanique, qui à l'heure actuelle ont fait leurs preuves dans la prévention de deux maladies infectieuses redoutables, s'ajoute maintenant l'anatoxine staphylococcique qui peut être utilisée avec succès, nos essais et nos résultats joints à ceux de P. Nelis le prouvent bien, dans le traitement spécifique de diverses affections dues au staphylocoque » (Ramon).

Le sang d'un donneur vacciné par l'anatoxine staphylococcique de Ramon-Nelis, permet donc de réaliser une transfusion d'un sang riche en unités antitoxiques : L'immunité staphylococcique peut désormais être transmise par transfusion.

D'ailleurs Ramon, Richou et Descazeaux (2) ont démontré que « l'antitoxine staphylococcique existe en plus ou moins grandes proportions dans le sérum de sujets appartenant à diverses espèces animales (singe, cheval, bœuf, mouton, chien, porc) et qui, en apparence du moins, n'étaient pas atteints d'affections staphylococciques au moment de la saignée d'épreuve. Chez l'homme, cette antitoxine paraît exister en quantité sensiblement plus abondante chez les individus atteints depuis plus ou moins longtemps d'affections externes dues au staphylocoque ; chez certaines espèces animales, par exemple chez le singe, le cheval, le porc, l'antitoxine staphylococcique peut atteindre un taux assez élevé.

« Ces résultats renforcent la thèse d'après laquelle les antitoxines décelées dans le sang de l'homme et des animaux normaux trouvent leur origine dans des infections spécifiques apparentes ou inapparentes. »

Enfin, Caroli et Roux (1) viennent de présenter l'observation d'une septicémie staphylococcique guérie par le sérum et l'anatoxine staphylococcique. Un enfant de 15 ans leur fut amené dans un état grave, atteint de septicémie staphylococcique avec deux ordres de manifestations, les unes d'ordre osseux (ostéomyélite du fémur gauche), les autres d'ordre articulaire (pseudo-rhumatisme infectieux des articulations sterno-claviculaire et méta-tarso phalangienne du deuxième orteil). Mauvais état général. Hémocultures positives, staphylocoques dorés en abondance. L'injection de deux doses de 50 cmc. de sérum antistaphylococcique (Ramon-Bonnet) et de 1 cmc. 1/2 d'anatoxine, selon les indications de Ramon et Bonnet, suffit pour aboutir à une sédation rapide des phénomènes infectieux — chute de la température, hémoculture négative, guérison du foyer ostéomyélitique du fémur gauche. Des observations du même ordre ont été publiées par ailleurs (2).

L'immunité antistaphylococcique existe donc réellement, et il semble bien que, jusqu'à présent, seule l'indigence des moyens de laboratoire employés, a été la véritable cause pouvant faire croire à la non-existence d'une immunité spécifique antistaphylococcique.

L'IMMUNITÉ ANTISTREPTOCOCCIQUE. — De nombreux travaux ont montré l'efficacité du sérum antistreptococcique de Vincent. Ces temps derniers, H. Vincent (3) a attiré l'attention de l'Académie des Sciences sur les résultats nouveaux donnés par la sérothérapie antistreptococcique. Il a présenté une série de 310 observations de septicémie et méningite cérébro-spinale comportant 252 guérisons et 58 décès, soit une proportion de 81,30 pour 100 de guérisons et 18,70 de décès. Vincent fit remarquer à cette occasion « qu'en présence d'une infection microbienne si fréquente et

(1) RAMON, BOCAGE, RICHOU, MERCIER. L'anatoxine staphylococcique et son emploi dans le traitement de certaines affections dues au staphylocoque, *Presse Méd.*, n° 57, 17 juillet 1935. — NELIS, La vaccinothérapie par l'anastaphylotoxine, *Presse Méd.*, n° 57, 17 juillet 1935.

(2) RAMON, RICHOU, DESCAZEAUX. Sur la présence d'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle chez l'homme et chez différentes espèces animales, *Soc. de Biol.*, 6 juillet 1935.

(1) CAROLI et ROUX. Septicémie staphylococcique guérie par le sérum et l'anatoxine staphylococcique, *Echos de la Médecine*, 1er décembre 1935, n° 23.

(2) R. DEBRÉ, P. LEY, L. CHALARD, H. BONNET, *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 5 juillet 1935.

(3) H. VINCENT. Remarques sur la streptococcémie avec exposé des nouveaux résultats donnés par la sérothérapie antistreptococcique dans cette infection du sang, *Ac. Sc.*, 21 oct. 1935. — H. VINCENT. Remarques sur la streptococcémie. *Echos de la Méd.*, n° 21, 1er nov. 1935. — H. VINCENT, *Bull. acad. Méd.*, III, n° 19, 22 mai 1934, p. 670, et Comptes rendus 199, 1934, p. 1550. — H. VINCENT. La péritonite puerpérale généralisée à streptocoques. Son traitement par la sérothérapie antistreptococcique, *Ac. Méd.*, 11 juin 1935.

si sévère qu'elle se classe parmi les facteurs les plus habituels de la morbidité et de la mortalité humaine, il n'est pas sans intérêt de faire ressortir qu'on est actuellement puissamment armé contre sa manifestation la plus dangereuse, la septicémie à streptocoques. Celle-ci comportait jusqu'à ces dernières années un pronostic effroyable, que la sérothérapie est venue améliorer (Etienne).

Les septicémies d'origine otitique et rhino-pharyngée ont bénéficié le plus de la sérothérapie, sans doute parce que appliquée plus précocement : 85,55 guérisons pour 100 malades. Enfin, les méningites d'origine otitique ou traumatique, ont donné 64,55 pour 100 de guérisons.

Vincent signale en outre que plusieurs donneurs de sang ayant été infectés au cours d'une transfusion à la seringue de Tzanck par le reflux du sang du malade septicémique dans leur propre veine, furent guéris par la sérothérapie.

***

Cependant la *valeur vaccinale* n'est pas toujours en raison directe de la spécificité. Ainsi les *maladies voisines* peuvent conférer une immunité polyvalente : le cowpox préserve de la variole et c'est la base de la vaccination jennérienne (*immunité collatérale*).

Ce qui explique les qualités de ces *vaccins voisins* adaptés à des habitats étrangers, c'est leur virulence atténuée, c'est aussi le fait qu'ils sont *vivants* et leur modus vivendi en *milieu vivant*, plus voisin du milieu humain que tout milieu de culture. Aussi avons-nous, dès 1920, pensé à préparer des auto-vaccins, soit avec des germes ayant poussé sur du sérum même du malade ou un mélange de ce sérum et de milieu artificiel, soit avec des germes prélevés sur l'animal après inoculation du *même organe* que celui du malade, puis atténués par mélange avec un sérum antitoxique spécifique.

c) *Loi de l'hypotoxicité : La valeur de l'antigène est dans certaines limites fonction de l'atténuation de la toxicité.* — Ce n'est pas en effet *la toxicité* qui fait l'immunité. Ehrlich avait cru pouvoir interpréter ces phénomènes par le schéma suivant : Dans l'antigène Ehrlich distingue deux groupes : un groupe toxophore et un groupe haptophore. Ce dernier, dénué de toxicité, se fixe seul sur les chaînes latérales et permet au groupe toxophore d'agir. Le groupe haptophore peut donc, à lui seul, susciter l'apparition d'anticorps qui se fixent à lui et l'immobilisent. C'était là l'explication de la préparation de certains *vaccins* dits *atoxiques*, dans lesquels les microbes tués, lavés, *débarrassés de leurs toxines* par différents procédés, représentent l'antigène groupe haptopore seul. Ce serait là encore une manière simpliste d'expliquer les *anatoxines* de Ramon dont l'importance en vaccinothérapie est primordiale.

En réalité, dans la préparation des anatoxines Ramon utilise la *réaction bactérienne* toxique à son maximum d'activité qu'il neutralise en la mettant en présence de formol. Et la réponse de l'organisme à ces sollicitations peut d'ailleurs être suractivée par l'adjonction de substances non spécifiques et dans lesquelles les groupes haptophores et toxophores d'Ehrlich ne jouent plus.

Dès 1924, Ramon (1), en ajoutant des substances non spécifiques, telles que le tapioca, aux antigènes, renforce leur action immunisante dans des proportions considérables.

En 1935, avec Lemétayer, Ramon (2) montre qu'une seule dose de 2 cmc. d'anatoxine tétanique enrobée dans la *lanoline*, injectée à des moutons et à des chevaux, suffit à leur conférer une *immunité spécifique* relativement forte. La préparation du sérum antitétanique est rendue ainsi plus rapide, plus commode, plus économique, et pour la vaccination antitétanique des animaux domestiques l'immunité conférée est plus solide et plus durable.

Ramon et Lemétayer insistent avec raison sur l'intérêt pratique et théorique de cette innovation qui permet de *réaliser d'emblée* chez les grands animaux *l'immunité anti-toxique*, au moyen d'une seule dose de toxine très active non altérée au préalable dans sa toxicité mais simplement enrobée dans un peu de matière grasse. Cette substance non spécifique permet à l'organisme d'annihiler la nocivité de la dose toxique, respecte son pouvoir antitoxique, et permet à l'organisme de produire une quantité bien plus considérable d'antitoxine.

Le 6 mai 1935, Ramon et Lemétayer (3) donnent des renseignements sur l'immunité obtenue chez les petits animaux de laboratoire (cobayes et lapins) en ajoutant aux anatoxines diphtériques ou tétaniques, d'autres substances telles que le tapioca, la cholestérine, la lanoline. *On peut réaliser chez le lapin l'immunité antitétanique*, au moyen *d'une seule dose de toxine tétanique* non modifiée, simplement enrobée de *lanoline*.

Le même procédé est applicable à l'immunisation au moyen d'autres toxines (ou anatoxines) microbiennes ou végétales.

Ramon (4), poursuivant ses recherches, montre que le mélange anatoxines ou toxines tétaniques + huile de vaseline, cholestérol, exerce plus que la lanoline un effet immunisant qui, dans ces expériences, se trouve multiplié des milliers de fois.

Trois chevaux reçoivent sous la peau 6 cmc. d'un mélange :

Anatoxine tétanique	3 cmc.
Huile de vaseline	3 cmc.
Cholestérol	0 gr,1

Renouvellement de l'injection 4 semaines après.

Saignée neuf jours après cette seconde injection, aux fins de dosage de l'antitoxine tétanique :

— Sérum de cheval N° 128 : 100 unités antitoxiques au cmc. ;

(1) Ramon. *Recueil de médecine vétérinaire*, 101, 1925, p. 227 et 348.

(2) Ramon, Lemétayer, Richou. *C. R. Soc. Biol.*, 115, 1934, p. 1027, et 116, 1924, p. 823. *Rev. d'immunologie*, 1, 1935, p. 199. — Ramon, Lemétayer. Sur une méthode de production rapide et intensive de l'immunité et de l'antitoxine tétanique chez les animaux. Son intérêt pratique et théorique, *Soc. de biol.*, 18 mai 1935.

(3) Ramon et Lemétayer. Sur le renforcement de l'action immunisante des toxines et antitoxines, *Ac. des Sc.*, 6 mai 1935.

(4) Ramon. De l'effet favorisant de certaines substances lipoïdiques sur l'action immunisante des antigènes, *Echos de la Médecine*, 15 octobre 1935.

— Sérum de cheval N° 129 : 100 unités antitoxiques au cmc. ;

— Sérum de cheval N° 131 : 30 unités antitoxiques au cmc.

A titre de comparaison, écrit Ramon, rappelons que le sérum d'un cheval qui reçoit à un mois d'intervalle deux injections de chacune 10 cmc. d'anatoxine seule, sans addition, acquiert une teneur en antitoxine spécifique qui ne dépasse guère 1/100e d'unité antitoxique par cmc.

Or le sérum de nos animaux vaccinés au moyen de deux doses de chacune 3 cmc. d'anatoxine préalablement incorporée dans un mélange d'huile et de cholestérol, titre en moyenne 75 *unités*, soit environ 7.600 fois plus ; la quantité totale d'antigène employée ici étant d'ailleurs moindre (6 cmc. au total au lieu de 20 cmc).

Ces faits nouveaux semblent établir que le pouvoir hémo-bactéricide, malgré la rapidité de son déclanchement, apparaît donc bien comme un phénomène se rattachant à l'immunité en général.

Ramon et Staub (1) appliquent ce même procédé à la vaccination charbonneuse. Il est possible de conférer au mouton une immunité anti-charbonneuse solide et durable, au moyen d'une dose unique de vaccin incorporé dans la lanoline.

Weinberg et Mlle Guillaumie (2) ont utilisé l'immunisation des animaux par des injections d'antigènes enrobés dans la lanoline pour la préparation du sérum antivibrionseptique.

« Au bout de trois injections leur cheval a produit un sérum anti-toxique titrant 300 unités, c'est-à-dire un sérum utilisable en pratique sérothérapique. Au bout de quatre injections le titre de ce sérum est monté à 800 unités, après la cinquième injection à 1.400 unités. Il est *absolument impossible* d'obtenir un sérum antitoxique de ce haut titre, en employant *les méthodes d'immunisation classique*. Ce qui est encore très intéressant, c'est que le sérum de *titre si élevé* est obtenu *après des injections de quantités relativement très petites d'antigènes.* »

Ramon (3) d'ailleurs insiste sur ce fait que jusqu'ici il était impossible d'injecter d'emblée à l'animal la toxine tétanique non modifiée, et qu'avant l'introduction de l'anatoxine dans les méthodes d'immunisation, il fallait de très *nombreuses injections de toxine modifiée* (par le liquide de Gram) et *un temps très long pour qu'un cheval pût supporter* 1 *cmc de toxine.*

L'immunité peut donc être acquise *rapidement d'une façon stable, durable et avec une intensité inconnue jusqu'à ce jour.*

(1) Ramon et Staub. *Acad. des Sc.*, 199, p. 985, 1934, et 201, p. 241, 1935. — Ramon. Sur la vaccination charbonneuse, *Echos de la Méd.*, 15 août 1935.

(2) Weinberg et Guillaumie. Préparation du sérum antivibrionseptique par le procédé d'enrobement dans la lanoline, *Soc. de Biologie*, 15 juin 1935.

(3) Ramon et Lemétayer. Sur le renforcement de l'action immunisante des toxines et des antitoxines, *Ec. Méd.*, 15 mai 1935.

L'apparition de l'immunité dans un organisme comporte expérimentalement deux phases :

La première comprend tous les faits décrits par Wright (période biophylactique de Tzanck) et la seconde ceux décrits par Ramon (période spécifique de Ramon), spécificité due aux anatoxines et à l'enrobage de ces anatoxines, par des substances non spécifiques correspondant aux phénomènes prévus par Wright.

Ces deux périodes, en réalité, se confondent étroitement.

L'*immuno-transfusion* doit donc mettre en œuvre ces deux formes de défense, d'où deux stades dans la technique de l'immuno-transfusion.

Dans le premier stade on recherchera une *immunité spécifique* en utilisant les anatoxines de Ramon.

Dans le second on obtiendra un rappel instantané, intense et de plus de durée possible de toutes ces *réactions* de défense quelque temps avant la transfusion.

Ces deux moments peuvent être surveillés exactement : le premier par le *dosage des unités antitoxiques* par la méthode des séro-floculations intradermiques chez le lapin neuf (période de Ramon) (1); le deuxième par la mesure du pouvoir hémo-bactéricide de Wright.

L'immuno-transfusion n'apparaît donc plus comme un acte thérapeutique incertain et empirique. Ses bases biologiques font de cette intervention un acte mesurable, permettant à chaque moment de la maladie de préciser ses indications, d'après les tests de laboratoire et de doser son efficacité.

En résumé, l'immuno-transfusion représente une greffe véritable de tissu sanguin *préparé* dont le *pouvoir non spécifique* de défense des leucocytes a été exalté, dont les propriétés d'immunité du sérum ont été *spécifiquement* exaltées contre tel ou tel germe.

(A suivre.)

(1) Ramon, Bonnet, Nelis, Richou, Thieffry. *C. R. Société Biologique*, séance du 23 juin 1935. — Nelis. *Revue d'immunologie*, 1935, n° 2, page 152. — Ramon, Bocage, Richou, Mercier. L'anatoxine staphylococcique, *Presse méd.*, 17 juillet 1935.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 MARS 1936)

Vaccination expérimentale contre le cancer. — MM. BESREDKA et GROSS, dans une note présentée par M. Gosset, exposent que les injections de sarcome et d'épithélioma dans la peau sont inoffensives et que, après résorption des tumeurs ainsi provoquées, les animaux deviennent réfractaires aux réinoculations. Cette immunité est spécifique et durable.

Sur la localisation de la vitamine A. dans les globules rouges du sang des vertébrés. — M. Philippe JOYET-LAVERGNE. M. d'Arsonval communique une note de M. Joyet-Lavergne montrant qu'un globule rouge du sang subit, au cours de sa vie, des variations de sa teneur en vitamine A et que ces variations sont en rapport avec l'évolution du chondriome du globule.

Vitamines A. et B. — Mme Lucie RADOIN et M. Roger NETTER apportent des faits prouvant qu'il existe une différence profonde entre le degré de nécessité de la vitamine A et le degré de nécessité de la vitamine B à l'époque où le jeune rat peut cesser de vivre aux dépens du lait maternel et dans le cours d'un régime très riche en sucre.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 31 MARS 1936)

Notice. — M. Antonin CLERC donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Th. Legry, membre titulaire récemment décédé.

Le déclenchement de quelques intoxications alimentaires. — M. LOEPER. Une substance alimentaire qui n'est pas toxique aujourd'hui pour un individu, peut le devenir demain. En exposant des faits de cet ordre, M. Loeper précise qu'il ne s'agit pas d'intoxication ou d'anaphylaxie alimentaire.

Dans des travaux précédents, l'auteur avait attribué ces intoxications à l'histamine, qui peut produire des accidents d'ordre gastrique, d'ordre intestinal, d'ordre hépatique ou enfin d'ordre tissulaire. La raison de ces accidents se trouve dans l'acidité de l'intestin ou des tissus.

On peut le démontrer par l'intradermoréaction à l'histidine qui donne par sa transformation en histamine une réaction plus ou moins forte chez les malades atteints d'acidose. Les individus à réserve alcaline normale n'ont pas de réaction.

Ces faits présentent un intérêt biologique, pathogénique et thérapeutique et montrent la nécessité d'alcaliniser les malades.

Rôle du silicium dans l'immunité contre la tuberculose pulmonaire. — MM. ROYO VILLANOVA et PARDO CANALIS (Note présentée par M. H. Vincent). — « Dans de précédentes communications, nous avons fait connaître les résultats que nous ont donnés les analyses chimiques du tissu pulmonaire, en vue de la recherche du silicium dans les cendres de cet organe. Ces études ont été faites d'une part sur les poumons des vaches, très réceptives pour l'infection tuberculeuse et, d'autre part, sur les poumons de chèvres et de moutons, animaux qui ne sont qu'exceptionnellement atteints par le bacille de Koch.

Or, tandis que chez les vaches, la quantité de silicium a été trouvée uniformément très faible dans les cendres pulmonaires, elle était au contraire très élevée dans celles de la chèvre et du mouton. Ces examens ont porté sur un très grand nombre d'animaux.

Nous les avons repris d'une part chez le spermophile, animal réfractaire à l'inoculation du bacille de Koch, quelle qu'en soit la porte d'entrée. L'acide silicique a été dosé dans les résidus calcinés de ces animaux dépouillés de leur peau. On a trouvé 0 gr. 012 % de SiO^2 chez un des spermophiles, 0 gr. 01719 chez un autre plus âgé. Chez un troisième, la quantité de SiO^2 a été de 0 gr. 008 % dans le poumon ; de 0 gr. 009 dans le pancréas et dans le foie ; de 0 gr. 02 dans l'estomac et l'intestin.

Par contre, chez 128 cobayes, animaux très tuberculinisables, il y avait une moyenne de 0 gr. 00197 % de SiO^2 dans le cadavre calciné sans la peau. La proportion de silice a été égale à zéro dans le poumon, l'estomac, le foie et les intestins ; à 0 gr. 0005 % dans le pancréas et à 0 g. 0006 dans le rein.

Ces recherches effectuées sur des animaux de réceptivité tuberculeuse si différente, confirment les faits que nous avons observés chez les animaux de grande taille : grande rareté du silicium chez ceux qui sont prédisposés à la tuberculose ; abondance chez ceux qui sont très peu réceptifs ou même réfractaires. »

A propos de la tuberculose apicale. Localisations tuberculeuses chez les animaux adultes de l'espèce bovine. — MM. L. PANISSET et E. JALABERT. Dans la tuberculose pulmonaire des sujets adultes de l'espèce bovine, il ne semble pas exister de prédisposition à la localisation apicale, comme en témoignent à la fois : la rareté (3 fois sur 30) de cette localisation à l'exclusion de toute autre altération pulmonaire tuberculeuse, et l'absence, plus fréquente (8 fois sur 30) de la localisation apicale, alors qu'il existe des altérations tuberculeuses en d'autres régions du parenchyme pulmonaire. Le plus souvent (19 fois sur 30), les lésions tuberculeuses sont irrégulièrement réparties dans le parenchyme pulmonaire.

Vacances de Pâques. — L'Académie ne tiendra pas séance le mardi de Pâques.

CHRONIQUE

LE MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE PEUT-IL DISPOSER DES COLLECTIONS DES FACULTÉS ?

Ces jours derniers, les quotidiens publiaient une incroyable information. Le ministre de l'Education nationale avait décidé, de sa propre autorité, de disposer de pièces de collection appartenant à la Faculté de Montpellier pour les offrir à un gouvernement étranger.

Voici quelques précisions sur ce curieux incident :

Par dépêche du 22 février 1936, le Ministre de l'Education nationale faisait connaître à M. le Recteur de l'Université de Montpellier qu'en vue de répondre à un désir exprimé par le gouvernement suédois, le gouvernement français avait décidé de déposséder la Faculté de Médecine de Montpellier, de 22 volumes manuscrits de la reine Christine de Suède (série H, 258-259). En échange, le gouvernement français serait crédité d'une somme d'environ 100.000 francs, dont les revenus pourraient être affectés à l'entretien d'un étudiant suédois qui pourrait fréquenter l'une quelconque des Facultés françaises.

Le Ministre donnait comme motif de sa décision aussi bien des raisons de haute convenance internationale que

l'argument, fondé sur une simple tradition que ne vient appuyer aucun commencement de preuve, que cette acquisition faite en 1804 par le professeur Prunelle, bibliothécaire de l'Ecole de Médecine, aurait été payée sur les fonds du Trésor public.

Le Conseil de la Faculté, consulté par son doyen auquel notification avait été faite le 4 mars par le recteur de la dépêche ministérielle N° 201 M, crut devoir formuler les observations ci-après :

« Sur le premier point, celui des « hautes convenances internationales », la cession envisagée paraît d'un précédent singulièrement dangereux. Il n'est pas de raison en effet, pour refuser demain au Saint-Siège, tout ou partie des inestimables richesses d'ordre liturgique de nos collections, tout aussi peu médicales que la correspondance de la Reine Christine ou, au gouvernement italien, les manuscrits du Tasse ; même si ce point de vue était défendable, la Faculté de médecine de Montpellier, doyenne des corps savants du monde et accoutumée depuis toujours aux égards des pouvoirs publics, ne saurait se prêter passivement à ce qu'elle considère comme un coup de force, puisqu'elle est mise en présence du fait accompli sans avoir été admise à s'opposer à ce qu'elle considère comme une spoliation ; au surplus et surtout, il importe peu de savoir par qui, quand et comment un manuscrit figure dans nos collections. Même s'il était établi, ce qui n'est pas le cas, que cette acquisition ait comme point de départ des fonds prélevés sur le Trésor public, il ne saurait être contesté que depuis 1804, les manuscrits de la Reine Christine de Suède font partie du patrimoine de la Faculté de Médecine de Montpellier. Non seulement « possession vaut titre », mais aussi le catalogue des bibliothèques publiques de France, édition de 1849, les classe sans discussion parmi nos richesses.

Le Conseil en est donc comptable pour l'avenir à ceux qui lui succéderont au même titre qu'il l'a reçu de ses prédécesseurs. Il ne saurait s'en dessaisir surtout alors qu'il n'a pas été appelé à en discuter librement les modalités, et que cette dépossession sans contre-partie, n'aboutirait qu'à bénéficier à des tiers. »

En résumé, le Conseil de la Faculté de Médecine de Montpellier, dans sa séance du 10 mars 1936, a élevé *à l'unanimité* la protestation la plus formelle contre la prétention du Ministre de l'Education Nationale, de le déposséder des manuscrits de la Reine Christine de Suède, et a chargé son doyen, en tant que besoin, de s'y opposer par toutes les voies de droit. La Faculté marque ainsi son intention non seulement de conserver son patrimoine, mais aussi d'empêcher la création d'un précédent redoutable qui mettrait en cause les principes de propriété, aussi respectables pour les personnes morales que pour les personnes privées.

Souhaitons que la protestation si digne et si forte de la Faculté de médecine de Montpellier soit entendue.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 21 avril. — Jury : MM. Chevassu, président ; Pierre Duval, Gatellier, Schwartz. — M. ESNAULT. Traitement par la plicature vésico-urétrale des formes graves de l'incontinence d'urine d'origine urétrale chez la femme. — M. MACHET. Etude du diagnostic radiologique des ulcères gastro-duodénaux perforés.

Mercredi 22 avril. — Jury : MM. Mathieu, président ; Tanon, Joannon, Troisier. — M. FERROY. Etude des spondylites staphylococciques et en particulier de leur forme subaiguë. — M. SOUBRANE. Paralysie du triceps sural séquelle de poliomyélite, son traitement par les transplantations tendineuses. — M. ANTOMARCHI. Le traitement obligatoire de la syphilis.

Jeudi 23 avril. — Jury : MM. Claude, président ; Guillain, Lereboullet, Gastinel. — M. MITTELMANN. Le parricide et son étiologie. — M. TAVENNEC. Hernie diaphragmatique de l'estomac chez l'enfant. — Mme ARTARIT. Œdème aigu du poumon chez le nourrisson au cours des infections pulmonaires.

Vendredi 24 avril. — Jury : MM. Harvier, président ; Lemierre, Loeper, Abrami. — M. DUDIER-HESSE. Foie et insuline. — Mme DUPONT. Etude des complications pulmonaires de la blennorragie. — M. PHILIPPE. Etude du mode d'action des vaccins en thérapeutique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

Les groupements médico-pharmaceutiques se sont entendus pour une action commune en vue des élections prochaines, action qui s'exercera en dehors de toute question politique. Un cahier de revendications sera présenté à l'acceptation formelle des candidats et les résultats des demandes seront communiqués aux membres de ces groupements.

Le Comité d'Action demande à tous de s'en inspirer pour leur vote, et en particulier aux médecins de n'envisager que les intérêts étroitement liés de la médecine et de la santé publique. (*Communiqué.*)

CONGRÈS

Congrès international de l'Insuffisance hépatique. — Comme suite à notre précédente communication, annonçant que le Congrès international de l'insuffisance hépatique aurait lieu à Vichy, du 16 au 18 septembre 1937, sous la présidence de M. le professeur Maurice Loeper, membre de l'Académie de Médecine, nous donnons ci-dessous la composition du Bureau :

Présidents d'honneur : prof. von Bergmann (Berlin), prof. Carnot (Paris), prof. Mariano Castex (Buenos-Aires), prof. Dustin (Bruxelles), prof. Walter Langdon Brown (Londres), prof. G. Marañon (Madrid), prof. Marchoux (Paris), prof. Orlowski (Varsovie), prof. Pende (Rome), prof. G. H. Whiple (Rochester, New-York).

Président : prof. Maurice Loeper (de Paris).

Vice-Présidents : prof. Cade (de Lyon), prof. Giraud (de Montpellier), prof. Merklen (de Strasbourg), prof. Olmer (de Marseille).

Secrétaire général : docteur J. Aimard.

Les travaux du Congrès seront répartis en deux sections :

Section de Médecine et de Biologie, présidée par le prof. Noël Fiessinger, professeur de Pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de Paris.

Section de Thérapeutique, présidée par le professeur Mauriac, doyen de la Faculté de Bordeaux.

Nous rappelons que le Congrès de l'insuffisance hépatique sera précédé du *Congrès international de gastro-entérologie*, qui se tiendra à Paris, les 13, 14 et 15 septembre 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 29. — MERCREDI 8 AVRIL 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE); **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (nomination). — Jury : M. le professeur Gougerot, MM. les docteurs Babonneix, Marchal, Hallé, Léchelle, M.-P. Weil, Jacquelin, Marquézy, Villaret, Darré, Basset.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le mardi 19 mai 1936, à 9 h du matin, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (salle des Commissions).

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, du jeudi 23 avril au lundi 4 mai 1936 inclusivement, de 14 h. à 17 h., dimanches et fêtes exceptés.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX (admissibilité). — *Epreuve pratique d'électrologie* (notation sur 15 maximum). — M. Frain, 11; Mme Baude, 13; MM. Peuteuil et Brunet, 6; Strouzer, 5; Amiot, 15; Mme Tedesco, 12; M. Lebouchard, 10.

Epreuve pratique de radiologie. — M. Frain, 14; Mme Tedesco, 13; M. Strouzer et Mme Baude, 10; MM. Peuteuil, 9; Brunet, 12; Amiot, 10; Lebouchard, 9.

Epreuve d'électrologie. — Question donnée (n° 2) : Montage, réglage et mise en marche d'un chariot faradique.

Questions restées dans l'urne : N° 1. Etant donnée une source de courant alternatif, redresser ce courant et brancher les appareils de mesure et d'utilisation permettant l'application du courant galvanique. — N° 3. Etablir un circuit galvano faradique avec les appareils mis à votre disposition.

Epreuve de radiologie. — Question donnée (n° 2) : Positions à donner à l'ampoule et au sujet pour radiographie de la hanche dans un cas de fracture du col du fémur, avec et sans Potter.

Questions restées dans l'urne : N° 1. Indiquer les vérifications à faire avant la mise en marche d'un ionomètre. Mesure du taux de pénétration à 5 centimètres avec un filtre de 2 millimètres d'aluminium, le générateur étant réglé d'avance. Faire les mesures en petite capacité et sur 10 divisions, ne démonter aucun appareil. — N° 3. Positions à donner pour radiographier la cinquième vertèbre lombaire, avec et sans Potter.

Classement des candidats par ordre de mérite :

Mmes Tedesco, 71; Baude, 62; MM. Amiot, 61; Frain, 60; Brunet et Peuteuil, 54 ; Strouzer, 52; Lebouchard, 50.

Liste des candidats déclarés admissibles :

Mmes Tedesco, 71 ; Baude, 62; MM. Amiot, 61 ; Frain, 60.

HÔPITAL CIVIL DE TUNIS. — Un concours sera ouvert, à la Faculté de médecine, à Paris, le lundi 8 juin 1936, à 9 h. du matin, pour un emploi de médecin des hôpitaux, à l'hôpital civil français, à Tunis.

La liste d'inscription sera close le 7 mai 1936.

HÔPITAL SADIKI. — Quatre places d'interne (une en chirurgie, une en ophtalmologie, une en radiographie, une en médecine générale) sont actuellement vacantes à l'hôpital Sadiki, à Tunis.

Les conditions générales sont les suivantes : nationalité française ou tunisienne, 20 inscriptions.

Le classement aura lieu sur titres.

Adresser les demandes à M. le directeur de l'hôpital Sadiki, à Tunis.

Avantages accordés : traitements, 1re année, 9.000 fr. ; 2e année, 10.000 fr. ; 3e et 4e années, 11.000 fr.

Une indemnité complémentaire annuelle de 2.000 fr. est allouée aux internes titulaires du diplôme de docteur en médecine d'une université française. Logement, chauffage, éclairage, blanchissage. Remboursement de la traversée.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Un décret, en date du 23 mars 1936, crée une chaire de pathologie médicale et et une chaire de cardiologie clinique à la Faculté de médecine de Paris, à compter du 1er octobre 1936.

En conséquence, le nombre des emplois de professeur des facultés de l'Université de Paris, rétribués sur le budget de l'Etat, est porté de 155 à 157. (*J. O.*, 1er avril 1936.)

GUERRE. — M. le pharmacien général Moreau, inspecteur des services pharmaceutiques de l'armée, est placé dans la 2e section (réserve) du Corps des pharmaciens généraux.

LÉGION D'HONNEUR. — MINISTÈRE DE L'AIR. — Est nommé daas l'ordre de la Légion d'honneur, à titre posthume :

Au grade de chevalier. — « M. Feuillade (Paul-Marie), docteur en médecine, pilote aviateur : Pilote aviateur animé d'une foi ardente et d'un haut sentiment du devoir. A trouvé la mort, le 6 octobre 1935, dans un accident d'aviation survenu au cours d'un meeting organisé à Esch-sur-Alzette, dans le grand-duché de Luxembourg. A été cité à l'ordre de la nation. »

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. le docteur Gravost (Charles), médecin communal à Khroubs (Constantine), pour maladie très grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

La médaille d'honneur des épidémies en argent a été décernée, à titre posthume, à Mlle Madeleine Feugnet, élève à l'école départementale d'accouchement de Cresse (Charente-Inférieure), décédée à la suite d'une infection générale contractée dans l'exercice de ses fonctions.

PRIX DE MÉDECINE NAVALE. — Le prix de médecine navale pour 1936 a été attribué à M. le médecin principal Paponnet pour son travail intitulé : *Supériorité de la culture (méthode de Lœwenstein) sur l'inoculation au cobaye pour le diagnostic précoce de l'infection tuberculeuse.*

Une mention très honorable est accordée :

A M. le pharmacien chimiste principal Thevenot pour son travail intitulé : *Traitement chimique des eaux d'alimentation des chaudières à bord des bâtiments possédant la surchauffe.*

Une mention honorable est accordée :

A M. le médecin en chef de 2e classe Gouriou et à M. le médecin principal Daoulas pour leur travail en collaboration sur : *L'hypoazotémie. Sa valeur symptomatique et pronostique importante dans l'insuffisance hépatique des éthyliques chroniques.*

A M. le médecin en chef de 2e classe Rouche pour son travail intitulé : *Deux années de lutte contre les moustiques au centre d'aviation de Rochefort.*

Enfin des remerciements sont adressés :

A M. le médecin de 1re classe Negrie pour son travail sur : *L'examen radiologique de la vésicule biliaire par les méthodes d'opacification.*

A M. le médecin de 1re classe Le Mehauté pour son travail intitulé : *Un hivernage au Groënland avec la mission française de l'Année polaire.*

A M. le médecin de 2e classe Le Gac pour son rapport médical de fin de croisière en Extrême-Orient des sous-marins *Le Glorieux* et *Le Héros.*

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, chirurgiens, dentistes, vétérinaires, invalides de guerre* (loi du 12 août 1933). — Vacances existent actuellement dans les différentes administrations :

Banque de France : Un poste de médecin spécialiste en neuro-psychiatrie.

Ministère des postes, télégraphes et téléphones : Deux postes de médecins de circonscription à Paris. — Un poste de médecin de circonscription à Bordeaux. — Un poste de médecin consultant, comité régional, à Limoges. — Un poste de médecin consultant, comité régional, à Rouen.

Ministère de l'air : Un poste de médecin (médecine générale), centre régional, Alger. — Un poste de médecin (médecine générale), école supérieure aéronautique, à Paris. — Un poste de médecin radiologue, centre principal du Bourget. — Un poste de médecin oto-rhino-laryngologiste, centre réduit, à Tunis. — Un poste de médecin ophtalmologiste, centre réduit, à Tunis. — Un poste de médecin (médecine générale), centre réduit, à Tunis.

Ministère de l'agriculture : Un poste de médecin abonnataire, dépôt d'étalons, à Saintes. — Un poste de médecin abonnataire, dépôt d'étalons, à Saint-Lô.

Gouvernement général de l'Algérie : Un poste de médecin de colonisation, à Alger. — Un poste de médecin assermenté des douanes, à Tlemcen. — Trois postes de vétérinaires. (*J. O.*, 31 mars 1936.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Philibert Philippon (de Neuilly-sur-Seine); Mme le docteur Marcelle Henry-Alcay, décédée victime d'un accident d'aviation.

RENSEIGNEMENTS

DOCTEUR INTERNE, de 25 à 30 ans, nationalité française, désireux préparer médicat des asiles et ayant déjà été affecté au titre d'interne dans un établissement d'aliénés, est demandé à l'asile de Dury-les-Amiens.

Traitement annuel, en espèces : 15.000 à 18 000 fr ; logement, chauffage, éclairage et divers avantages en nature.

Avant le 5 mai, dernier délai, adresser demande au directeur, avec indications : situation de famille, diplômes, titres et liste complète des références.

Mme veuve Kouindjy, 32, rue de Liége, à Paris, désire se défaire d'appareils de mécanothérapie de modèles récents.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE DES LOBITES TUBERCULEUSES CHEZ LES JEUNES ENFANTS

PAR MM.

J. GADRAT, Chef de laboratoire et J. LASSERRE, Chef de clinique

A la Faculté de Toulouse.

Depuis quelques années, l'étude des tuberculoses lobaires est devenue un problème phtisiologique d'actualité.

Considérées d'abord, à la suite des travaux de L. Bernard et Bethoux, comme une manifestation de la phtisie à tendance fibreuse, les lobites tuberculeuses ont vu leur cadre s'élargir progressivement : elles forment actuellement une entité radio-anatomo-clinique; elles réalisent une « forme de tuberculose broncho-alvéolaire à topographie lobaire ou pseudo-lobaire, à début brusque, mais à évolution relativement lente, aboutissant suivant les cas à la fonte caséeuse partielle ou à la sclérose » (Jean Tapie).

Les auteurs ont d'abord considéré la lobite comme une manifestation de tuberculose de réinfection : on insista même, pendant longtemps, sinon sur leur absence chez l'enfant, du moins sur leur extrême rareté à cet âge.

Les premiers, Armand-Delille et Lestocquoy réagirent contre cette notion et affirmèrent que les deux tiers des tuberculoses infantiles affectent une systématisation lobaire ; nous avons eu l'occasion de vérifier leur fréquence relative à la Clinique Médicale des Enfants de Toulouse.

Notre intention n'est pas de présenter une revue statistique des lobites de l'enfant, mais d'étudier quelques points particuliers à propos de quatre lobites de primo-infection observées chez de jeunes malades.

Observation I. — *Lobite moyenne droite chez un enfant de 15 mois.* — André S..., né le 15-12-32. Hospitalisé le 19-3-34. Décédé le 4-4-34.

A. H. : Père, bonne santé. Mère, tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse, ayant nécessité séjours sanatoria ; stabilisée durant grossesse ; très évolutive après accouchement ; morte huit jours avant son enfant. N'avait jamais fait de fausse-couche. B. W. négatif.

A. C. : Ni frère ni sœur.

A. P. : né à terme ; vacciné correctement au B. C. G., sans être séparé de sa mère qui l'a nourri quelques jours.

Poids naissance : 4 kg. Evolution normale jusqu'à 7 mois (poids 7 kg.). Depuis : asthénie, troubles digestifs dysentériformes.

Examen à l'entrée (15 mois) : Enfant pâle, chétif, déshydraté. Poids : 6 kg. 180. Température 37. Pouls : 115. Mouvements respiratoires : 20.

Signes digestifs : anorexie, vomissements, diarrhée cholériforme.

Manifestations respiratoires : dyspnée peu marquée, cyanose plus nette.

Exploration physique : hémithorax gauche : rien à signaler.

A droite, à la percussion : zone de matité avec exagération des vibrations provoquées par le cri.

Auscultation : râles sous-crépitants, en foyer très localisé ; retentissement du cri ; pas de souffle.

Rate et Foie : légèrement hypertrophiés, palpables et percutables.

C. R. : hyperpositive.

Première semaine : augmentation de poids (100 gr.).

Température : 38. Pouls : 140.

Vomissements et diarrhée persistent.

Poumon droit : le foyer se précise ; un souffle inspiratoire tubaire apparaît.

Seconde semaine : aggravation rapide état général. Poids: 5 kg. 700. Température : 40. Pouls 170. Dyspnée et cyanose s'exagèrent.

4 avril : Décès, en pleine déchéance physique.

Autopsie. — Ouverture thorax : adhérences pleurales assez lâches entre poumon et plèvre pariétale droite, prédominantes à la base et sur la languette antérieure. Adhérences des lobes droits entre eux.

Lobes supérieurs et inférieurs du poumon droit : indemnes.

Lobe moyen : largement infiltré dans sa totalité. Sur sa superficie, on voit, dans ses deux tiers antérieurs, de grosses taches blanchâtres. Sur une coupe, on distingue diverses zones pathologiques ; tiers postérieur : zone congestive, turgescente, de consistance assez ferme ; à la pression, sourd une sérosité sanglante non purulente.

Le reste du lobe, hépatisé aussi, est « truffé » de gros nodules caséeux de grosseur variable.

Partie antérieure du lobe : volumineuse zone caséeuse sous-pleurale, creusée en son centre d'une caverne à demi-remplie d'un caséum liquéfié.

Poumon gauche : indemne.

Médiastin : nombreux ganglions caséeux.

Cœur et péricarde : normaux.

L'ensemble des organes intra-thoraciques, retirés en bloc, pèse 250 gr.

Thymus : sain macroscopiquement ; poids : 5 gr.

Organes abdominaux : aucune lésion. Ganglions mésentériques : nettement caséeux.

Reins : 50 gr. chaque.

Rate : 45 gr., légèrement augmentée de volume. Aucune lésion tuberculeuse macroscopique.

Foie : 330 gr., hypertrophié.

Tube digestif et système nerveux central : rien à signaler.

En résumé : lobite tuberculeuse excavée, d'évolution aiguë.

Examen anatomo-pathologique. — *Poumons* : Examen des trois types de lésions du lobe moyen droit : caverne, nodules caséeux et zone congestive.

I. *Lésions péricavitaires.* Parois de la caverne : trois zones nettes, qui sont, allant de la cavité vers sa périphérie :

a) Région caséeuse, désintégrée, avec quelques noyaux en pycnose et de très rares fibres élastiques (orcéine acide).

b) Encerclant ce caséum : couche d'aspect granulomateux, œdématiée, lâche, faite d'une prolifération de cellules réticulées ; dans les mailles du réticulum : lymphocytes, mononucléaires, macrophages chargés de pigments.

A la limite de ces deux couches, très rares cellules géantes, autour desquelles se pressent quelques cellules lymphoïdes (ébauche de formation productive folliculaire).

c) Couche épaisse et bien limitée, emmurant les lésions précédentes, véritable coque conjonctivo-vasculaire, faite d'épais trousseaux fibreux enserrant de nombreux capillaires gorgés de sang.

A certains endroits, entre les faisceaux conjonctifs, infiltration de fibroblastes et lymphocytes.

A la périphérie : tissu pulmonaire qu'un processus d'alvéolite macrophagique intense rend à peine reconnaissable, sauf en de rares endroits ; cavités alvéolaires obstruées en presque totalité par une agglomération de volumineux ma-

crophages, d'hématies, de polynucléaires en assez grand nombre.

A l'extrême périphérie : pas de caséification, mais, à mesure qu'on se rapproche de la caverne, les macrophages deviennent hydropiques, vacuolaires ; leurs noyaux se condensent en amas hyperchromatiques.

Régions où processus d'alvéolite est moins massif : texture pulmonaire plus reconnaissable ; hyperplasie conjonctive des cloisons alvéolaires.

De place en place : îlots lymphocytaires et formations folliculaires ébauchées, formées d'une cellule géante entourée d'une dizaine de cellules épithélioïdes et de quelques cellules embryonnaires, à disposition juxta-vasculaire.

Dans toute la zone : congestion très intense des capillaires ; dans la partie la plus excentrique par rapport à la caverne : congestion plus intense avec des petits raptus hémorragiques.

Bronches : très lésées, obstruées par des amas de polynucléaires en pycnose et d'éléments mononucléés, englués dans un épais mucus. Epithélium : disparu par endroits, profondément désorganisé ; sa colorabilité est diminuée ; le protoplasma cellulaire est vacuolisé, la limite des cellules indistincte ; la tunique conjonctive est dissociée par une réaction inflammatoire péribronchique, déterminant par endroits une véritable effraction de la paroi.

II. *Lésions nodulaires :* Eparses, plages caséeuses séparées du reste du parenchyme par trois couches identiques aux trois zones péricavitaires.

Au contact de la couche conjonctivo-vasculaire : alvéoles en grande partie perméables, avec épithélium cubique très bien individualisé.

A distance : tissu d'identification délicate, étant donnée l'alvéolite massive qui bloque la plupart des cavités aériennes. Malgré cela : limites alvéolaires reconnaissables ; infiltrat alvéolaire formé de macrophages à noyau bien colorable et à protoplasma dégénéré, spongieux.

Quelques îlots lymphocytaires. Congestion vasculaire très marquée, s'accompagnant, par places, de petites hémorragies diffuses ; pas de vascularite.

Dans l'ensemble : lésions moins dégénératives que dans la zone péricavitaire.

III. *Zone congestive postérieure.* — Dès l'abord : congestion uniforme, vascularisation très accusée.

Zones les moins atteintes : quelques alvéoles avec épithélium cubique assez bien conservé, leur cavité étant occupée par deux ou trois cellules à poussière plongées dans une masse de fibrine coagulée.

Sur la presque totalité de la coupe : alvéoles pas reconnaissables, mais tissu dense formé d'éléments, mononucléaires pour la plupart, où dominent des histyocytes gonflés, certains renfermant des pigments.

Pigment très abondant, intra ou extra-cellulaire ; les colorations spéciales montrent qu'il ne s'agit pas de pigment ferrique (Ferrocyanure : thèse Diss, Strasbourg, 1929) mais mélanique (technique : Masson, page 701).

Bronches très lésées : épithélium cylindrique conservé par endroits ; endopéribronchite comme dans la zone précédente.

Cellules géantes de morphologie un peu spéciale, de dimensions un peu réduites, avec peu de noyaux ; pas d'organisation épithélioïde nette ; les cellules géantes sont isolées au milieu de la nappe cellulaire précédemment décrite. Pas d'hyperplasie conjonctive.

En résumé :

1° Lésions folliculaires typiques, non périvasculaires, associées à des

2° Lésions massives de bronchio-alvéolite caséeuse, avec ébauche d'enkystement fibreux des plages caséeuses excavées.

A la périphérie de la caverne, dans la zone granulomateuse, quelques B. K. extracellulaires : dans les régions d'alvéolite : B. K. et fines granulations acido-résistantes extracellulaires.

Ganglions trachéo-bronchiques. — Caséifiés en grande partie ; quelques cellules géantes autour du caséum. A la périphérie des lésions tuberculeuses : réaction macrophagique très importante formée de très volumineuses cellules réticulées, spongieuses, gonflées, hydropiques, entre lesquelles s'insinuent des éléments lymphocytaires.

Rares B. K., dans le voisinage des cellules géantes.

Foie. — Très lésé. Dégénérescence graisseuse diffuse à maximum périportal. A mesure que l'on se rapproche de la veine centro-lobulaire, les lésions sont moins accusées, le protoplasma cellulaire est colorable, mais vacuolaire. La capsule est épaissie. Donc : hépatite graisseuse dégénérative sans trace de spécificité. Pas de B. K.

Reins. — Lésions dégénératives de l'épithélium des tubes contournés, relativement peu accusées si l'on tient compte des altérations cadavériques. Léger œdème intertubulaire et congestion glomérulaire. Tubes droits intacts. Capsule rénale légèrement épaissie.

En résumé : néphrite parenchymateuse. Pas de B. K.

Cœur. — Pas de lésions. Pas de B. K.

Rate. — Faible grossissement : fibrose diffuse, avec importante augmentation de la tunique des vaisseaux.

Fort grossissement : congestion très marquée de la pulpe rouge ; hyperplasie des cellules réticulées : entre les mailles : nombreux éléments mononucléés.

Sur certaines coupes : nodules tuberculeux de structure habituelle, juxta-vasculaires, avec réaction scléreuse périphérique.

Corpuscules de Malpighi à limites peu précises étant donnée l'infiltration mononucléaire de la pulpe rouge. En plein centre d'un corpuscule : amas de cellules à type épithélioïde paraissant naître aux dépens de la tunique endothéliale d'un petit vaisseau, et répondant à une hyperplasie considérable du centre germinatif.

Régions sous-jacentes à la capsule : réaction à type épithélioïde avec ébauche de réaction giganto-cellulaire ; épaississement de la capsule.

Pigmentation diffuse analogue à celle du parenchyme pulmonaire. Pas de B. K.

Obs. II. — *Lobite moyenne droite chez un enfant de 16 mois.* — Jacqueline R..., hospitalisée le 20-3-35, décédée le 3-4-35.

A. H. : Père en bonne santé ; mère : éthylique, hospitalisée pour tumeur cérébrale.

A. C. : Quelques tuberculeux dans la famille.

A. P. : Enfant élevée dans de fort mauvaises conditions hygiéniques ; nourrie au sein par sa mère. Pas de maladies antérieures.

Examen à l'entrée :

Poids : 5 kg. 030 ; température : 37 ; pouls : 100. Signes de rachitisme et d'hypotrophie : grosse tête, bosses frontales très saillantes, fontanelle largement ouverte, micropolyadénopathie; dentition : 4 incisives médianes, 2 incisives latérales supérieures. Pas de troubles digestifs. Quelques râles de bronchite minimes, à droite.

Foie et rate : légèrement augmentés de volume.

Le 27 mars, la température s'élève brusquement (41°) et le pouls s'accélère.

Cyanose et dyspnée apparaissent. Les râles de bronchite persistent, mais un souffle assez rude naît dans la partie moyenne du poumon droit.

Autopsie. — Ouverture du thorax : pas d'adhérences, ni d'épanchement pleuraux.

Poumon gauche : (50 gr.), emphysème du bord anté-

rieur ; congestion diffuse de tout le parenchyme ; à la coupe, sérosité sanglante.

Poumon droit : (65 gr.), lobes supérieur et inférieur congestionnés ; lobe moyen transformé en une masse uniformément caséeuse, blanc jaunâtre, assez dure au toucher ; par places, les blocs caséeux sont séparés par du parenchyme relativement peu lésé ; les scissures sont libres.

En arrière du cœur, volumineux paquet de ganglions médiastinaux caséeux (40 gr.).

Thymus : d'aspect normal (15 gr.).

Cœur : 30 gr.

Cavité abdominale ; foie : volumineux et gras (290 gr.). Rate : congestionnée, sans lésions macroscopiques (35 gr.). Reins : normaux (25 gr. chacun). Mésentère : chapelet de ganglions volumineux et ramollis. Tube digestif et système nerveux paraissent normaux.

En résumé : lobite tuberculeuse, d'évolution aiguë.

Examen anatomo-pathologique. — Poumons. — Nodules caséeux plus ou moins volumineux : soit miliaires, soit vastes plages caséeuses entourées de macrophages et d'histiocytes.

Fort grossissement : coupes pratiquées dans les régions particulièrement atteintes montrent des lésions très caractéristiques.

Ilots de bronchio-pneumonie caséeuse ; certains, d'aspect miliaire, sont nettement péribronchiques. Nombreux îlots en voie de caséification centrale : « caverne histologique. »

Périphérie du caséum : vascularisation intense, capillaires gorgés de sang, véritable barrière de macrophages volumineux, entremêlés de quelques lymphocytes ; pas de délimitation conjonctive. Au contact du caséum : quelques cellules géantes complètes, mais très rares.

Indépendamment de ces lésions bien circonscrites, bien limitées : alvéolite diffuse cellulaire, non fibrineuse, avec de gros macrophages chargés de pigments ocres parfois en bloc, des éléments mononucléés distincts des lymphocytes, des cellules à poussière et de nombreuses hématies. Pigment pas libre, mais phagocyté par macrophages et cellules à poussière. Dans zone où l'alvéolite est assez minime pour permettre d'étudier la trame : congestion excessivement intense du tissu interstitiel, avec infiltration par quelques polynucléaires et éléments mononucléés ; parfois même, raptus hémorragiques.

Certaines zones caséeuses sont entourées d'un tissu granulomateux, œdématié, avec cellules réticulées proliférées, quelques histiocytes, éléments mononucléés qui paraissent être des histiocytes jeunes, nombreux lymphocytes et beaucoup de vaisseaux. En certains endroits, les histiocytes se fusionnent pour former une agglomération de cellules spumeuses, aréolaires.

Certaines plages caséeuses sont séparées par d'épaisses coulées lymphocytaires, d'autres sont entourées d'une esquisse de réaction fibroplastique, à point de départ nettement périvasculaire.

Bronches : bronchite massive et diffuse ; disparition de l'épithélium ; infiltration leucocytaire des différentes tuniques.

Vaisseaux : pas altérés, simplement congestionnés ; parfois, ils centrent un nodule lymphocytaire.

B. K. : rarissimes ; à la périphérie des nodules bronchio-pneumoniques.

Foie. — Très rares nodules miliaires, en partie caséifiés ; en plein centre de lobules, quelques nodules lymphoïdes. Travées hépatiques conservées ; pas d'hépatite à proprement parler. Pas de cellule géante. Pas de fibrose.

Espaces de Kiernan : pas de lésion des conduits ; infiltration lymphocytaire : sidérose et surcharge pigmentaire des macrophages péri-portaux.

Donc, tuberculose micronodulaire. Pas de B. K.

Rate. — Relativement peu lésée : très rares nodules caséeux, situés en pleine pulpe et entourés d'une couronne lymphocytaire. Rate très congestive. Légère surcharge pigmentaire. Pas de B. K.

Reins. — Légère congestion glomérulaire. Infiltration interstitielle par des lymphocytes. Pas de néphrite. Pas de B. K.

Obs. III. — *Lobite moyenne droite chez un enfant de 30 mois.* — François D... Né le 15-4-33. Hospitalisé le 16-10-35.

A. H. : Père et mère bonne santé. B. W. : négatif chez la mère, malgré un enfant mort-né.

A. C. : Une sœur de 9 ans 1/2, en bonne santé.

A. P. : Né à terme. Poids naissance : 3 kg. 300. Nourri au sein jusqu'à 6 mois. Une dent à 6 mois. Premier pas à 15 mois.

Vacciné correctement au B. C. G. dès sa naissance.

A 20 mois (janvier 35) : bronchite ; C. R. : négative ; rien à signaler à l'examen radiologique. En quelques jours, défervescence assez rapide de la température.

L'enfant quitte l'hôpital guéri, pesant : 11 kg. 250.

Quelques mois après, il est atteint de coqueluche avec sérieuse bronchite. Celle-là ne cessant pas, la mère ramène l'enfant le 16 octobre.

Examen à l'entrée :

Quelques stigmates de rachitisme : thorax déformé, gros ventre, chapelet costal, polyadénite.

Foie et rate : normaux.

Ectopie testiculaire gauche.

Hernie de la ligne blanche.

C. R. : fortement positive. B. W. et Kahn : négatives.

Réaction de Meinicke tuberculose : positive.

Appareil respiratoire : Quintes de toux coqueluchoïde assez rares. Pas de B. K. dans les vomissements provoqués. Cliniquement, seuls signes : râles ronflants et sibilants ; pas de symptômes de lésion en foyer.

Percussion et palpation : aucun renseignement probant.

Examen radiologique : Sommets clairs ; espace rétro-cardiaque indemne ; plage pulmonaire gauche : normale. A droite : périhilite et scissurite.

Evolution : Dans les jours suivants, les râles persistent; cependant l'état général s'améliore : le poids augmente assez régulièrement.

Le 29 novembre, une nouvelle radiographie montre, contre toute attente, l'augmentation en surface de la région scissuraire : il existe une lobite moyenne droite absolument caractéristique : Plage sombre, dense uniformément, occupant toute la partie moyenne du champ pulmonaire. Pas d'image de géode. Espace clair médiastinal respecté.

Un pneumothorax thérapeutique n'a pu être institué. Un traitement hygiénodiététique maintient cet enfant en bon état général, apyrétique.

Obs. IV. — *Lobite supérieure droite chez un enfant de 4 ans.* — Hélène D..., née le 14-6-31. Hospitalisée le 24-9-35.

A. H. : Grands parents et un oncle, vivant avec l'enfant, sont morts tuberculeux.

Les parents paraissent sains.

A. C. : En janvier 1935, un frère et une sœur sont morts tuberculeux.

A. P. : Peu de chose à signaler. Cette enfant a toujours été maigre et chétive.

Examen à l'entrée : (24-9-35) :

Appareil respiratoire : Inspection : thorax amaigri, non déformé.

Palpation : vibrations impossibles à rechercher.

Percussion : à gauche, rien à signaler. A droite : matité de toute la partie supérieure du thorax :

Auscultation :

A gauche : pas de modifications.

A droite : retentissement du cri au sommet du poumon, et, dans l'aisselle, rares bruits surajoutés.

Appareil circulatoire : normal.

Appareil digestif : langue légèrement saburrale. Foie un peu gros. Rate normale.

C. R. : négative. Intra-dermo-réaction (tuberculine au millième) : légèrement positive.

Meinicke tuberculose : négatif.

Examen radiologique : ombre dense et uniforme occupant tout le lobe supérieur droit. La plage pulmonaire gauche est indemne. Les sinus se mobilisent normalement. L'espace rétro-cardiaque est clair. Les mouvements de l'hémithorax droit sont diminués d'amplitude.

15 jours après : les signes se précisent : la matité est très marquée ; le murmure vésiculaire au sommet droit est presque aboli, tant en avant qu'en arrière.

Le 21 octobre : un examen des crachats, recueillis par tubage, avec et sans homogénéisation, ne montre pas de B. K.

Une deuxième intra-dermo-réaction est franchement positive.

Un pneumothorax est alors institué et la lobite est, quelques mois après, nettement collabée.

L'analyse des observations précédentes suggère quelques remarques d'ordre histologique, clinique et pathogénique.

Au point de vue *histologie pathologique*, d'abord, plusieurs détails méritent d'être précisés.

1. On sait qu'à l'origine L. Bernard et Bethoux considéraient la lobite comme une « bronchio-alvéolite tuberculeuse fibro-anthracosique chronique à topographie lobaire ». Il faut reconnaître que, dans les observations I et II, ce complexe anatomique est loin d'être strictement réalisé, sauf en ce qui concerne la limitation scissurale.

Nous trouvons ici, juxtaposées, des zones caséifiées et des zones splénisées, ces dernières caractérisées par l'exsudation alvéolaire d'éléments cytologiques divers : volumineux histiocytes gonflés, turgescents, renfermant parfois des pigments, cellules mononucléées, rares polynucléaires et nombreuses hématies, le tout baignant dans du liquide d'œdème et de la fibrine.

On peut, du reste, percevoir des aspects intermédiaires, permettant de saisir les principales étapes de la caséification sur place des exsudats alvéolaires : en ce cas, les macrophages se ballonnisent, leur noyau se ratatine au sein d'un protoplasma monstrueux, hydropique : les autres éléments leucocytaires se pycnosent et perdent la netteté de leurs contours protoplasmiques, cependant que les hématies sont lysées. On aboutit ainsi à une caséification d'abord intra-alvéolaire, puis totale, qui ne laissera subsister que quelques débris de fibres élastiques identifiables par l'orcéine.

Les zones caséifiées, en certains points miliaires, confluent ailleurs pour former des plages d'importance variable, à contours polycycliques. Par la suite, le centre de ces zones caséeuses se craquelle, se désintègre, s'élimine : une caverne se forme, d'abord histologique, puis macroscopique. Le processus d'excavation, de « perte de substance » (Ghon) nous paraît plus important qu'on ne l'a cru jusqu'ici.

2. Mais il existe aussi des cavernes proprement dites entourées d'une zone d'aspect granulomateux, œdématiée, circonscrite, elle-même, par une épaisse coque conjonctive. Cette fibrose péri-cavitaire, que certains considèrent comme rare, serait fréquente pour d'autres : elle était intense dans la première observation, franche dans la deuxième ; en plusieurs points, nous avons pu saisir nettement son point de départ périvasculaire.

Pour Hutinel et Tixier, les cavernes tuberculeuses des nourrissons hérédo-syphilitiques s'accompagneraient seules de fibrose ; « l'association de la syphilis avec la tuberculose modifie les réactions du parenchyme pulmonaire et facilite la production d'une sclérose pérituberculeuse ».

D'après Aine (thèse Paris, 1914), cette réaction fibreuse s'observerait chez presque tous les jeunes enfants, syphilitiques ou non. Barbier convient que dans les formes qui traînent pendant plusieurs mois, on peut voir s'ébaucher d'assez bonne heure un enkystement fibreux des lésions tuberculeuses, ulcérées ou pas.

Il nous paraît intéressant de souligner l'intensité du processus fibreux péricavitaire dans l'observation I, en l'absence de syphilis et malgré une évolution suraiguë. Nous retrouvons ici une des caractéristiques classiques des lobites, sur la genèse de laquelle nous sommes d'ailleurs peu fixés. Il n'est cependant pas douteux qu'il existe là un processus de défense, d'autant plus remarquable qu'il s'agit d'un organisme jeune, entièrement neuf vis-à-vis de l'infection tuberculeuse. Par certains côtés, la caverne de primo-infection lobaire chez l'enfant se rapproche de la caverne de réinfection de l'adulte.

3. Une troisième particularité histologique nous paraît digne d'être relevée : c'est l'intensité de l'infiltration pigmentaire en rapport étroit avec l'abondance des épanchements sanguins interstitiels ou intra-alvéolaires.

Dans le cas I, nous avons pu constater, par la technique de Masson, qu'il s'agissait de pigment mélanique ; dans l'observation 2, au contraire, il y avait prédominance de pigments ferriques, donnant la réaction du bleu de Prusse.

De toutes manières, qu'il s'agisse de mélanine ou de pigment ferrique, nous avons été frappés par la juxtaposition fréquente des pigments et des hématies plus ou moins désintégrées, voisinage qui porterait à reconnaître une origine hématique commune aux deux pigments. Nous touchons là à un problème fort complexe. On sait que Loeper, Decourt et Garcin, étudiant les déchets soufrés de l'hémolyse (*Presse Médicale*, 17-10-1928), ont montré que quatre produits prennent naissance dans la destruction globulaire : les dérivés du noyau pyrrolé de l'hémoglobine, les amino-acides et le soufre provenant de l'albumine, enfin le fer qui est un déchet métallique. De la mise en liberté de ces constituants, peuvent résulter plusieurs variétés de pigments :

- Pigments pyrrolés (p. biliaires) ;
- Pigments thio-aminés (g. mélanique) ;
- Pigments ferriques, non albumineux, simples dépôts métalliques.

On peut, d'après cela, admettre que, dans les foyers hémorragiques tuberculeux, peuvent naître les deux pigments, mélanique et ferrique : nous sommes dans l'ignorance absolue sur les causes qui président à l'élaboration de l'un plutôt que l'autre, car rien dans l'allure évolutive de la maladie ne sépare les deux observations. Il faut donc se résoudre à admettre l'influence imprécise du « terrain ».

4. En ce qui concerne la propagation des lésions, tout permet de penser que l'extension locale du processus caséeux se fait en tache d'huile, envahissant les vaisseaux, la trame et les conduits bronchiques. Nous avons pu voir plusieurs fois, après la destruction de la paroi bronchique, le contenu caséeux se déverser dans les alvéoles voisins : le processus serait donc, à la fois, intra et périlobulaire.

On voit en somme que histo-pathologiquement, les lobites de primo-infection offrent moins de spécificité qu'il leur en avait été primitivement assigné. C'est là une manière de voir conforme à celle de Sergent et Aris qui ont écrit : « Il n'existe pas de différence de nature entre les lésions de la pneumonie et de la broncho-pneumonie caséeuse et celles des lobites tuberculeuses. Il y a seulement une différence d'évolution, qui doit dépendre de facteurs multiples et mal connus. »

***

Au point de vue *clinique*, il est classique de dire que les lobites ont un début le plus souvent brutal, à peu près comme celui d'une broncho-pneumonie tuberculeuse ou d'une pneumopathie aiguë banale. L'observation 3 montre que la lésion lobaire peut se constituer lentement, avec un minimum de symptômes.

A la période d'état, les signes fonctionnels respiratoires sont assez banaux. Quelquefois, cependant, ils prennent un caractère de spécificité : Morquio et Cantonnet ont rapporté l'observation d'un enfant de 25 mois, présentant une infiltration tuberculeuse du poumon gauche, creusée d'une caverne et accompagnée d'hémoptysie ; par suite des adhérences, le pneumothorax fut impossible.

Généralement, le tableau clinique est dominé par la toux, plus rarement par la dyspnée.

L'intensité des signes généraux varie avec le degré d'évolutivité du syndrome. Dans les formes très sévères, la fièvre oscille et monte progressivement, cependant que la tachycardie s'accroît et que des signes particuliers apparaissent : Blechman, Azoulay et Ménard ont publié (Huitième Congrès des Pédiâtres de langue française, Paris, 1934) l'observation d'un nourrisson vacciné au B. C. G. et mort d'une lobite avec adénites suppurées.

Uffenheimer rapporte deux observations d'exanthèmes primitifs fébriles chez des jeunes enfants, l'un pseudo-morbilleux, l'autre simulant un érythème noueux ; dans les deux cas, il s'agissait d'une tuberculose lobaire : l'auteur rattache les éruptions aux toxines tuberculeuses et insiste sur leur valeur pour le diagnostic précoce de la tuberculose infantile.

Dans les formes moins sérieuses, la température est fréquemment normale, entrecoupée de quelques poussées à 38°. Les autres signes généraux sont réduits au minimum. L'hépato-splénomégalie est un signe de grande valeur. De plus, il faut insister sur l'importance de la recherche de la réaction cutanée à la tuberculine.

Les signes thoraciques sont ceux d'une condensation pneumonique banale : les râles n'ont cependant pas un timbre aussi humide et le souffle n'a pas toujours l'intensité du souffle tubaire des pneumococcies.

L'examen radiographique montre une plage plus ou moins homogène et strictement limitée par les scissures, avec, dans les cas graves, adénite trachéo-bronchique. Selon L. Bernard et Bethoux, chez l'adulte, la radiographie permet de distinguer trois types de lobites ; d'après l'ensemble des publications, chez l'enfant, il en est de même :

1° La lobite à plage homogène, uniformément sombre ;

2° La lobite à plage non homogène, avec aspect en mie de pain ou en nid d'abeille ;

3° La lobite à plage non homogène, creusée d'une vaste spélonque.

Ces deux dernières formes sont dues à l'excavation du bloc lobaire.

A ces caractéristiques d'ordre clinique, le laboratoire permet d'ajouter un élément sérologique d'un certain intérêt : nous avons constaté, en effet, dans l'observation III, une réaction de Meinicke-tuberculose positive, et l'on sait que, d'après Zech, ce sont surtout les formes de tuberculose à tendance fibreuse qui donnent des résultats positifs, alors que la réaction est souvent négative dans la granulie (*Zeitschrift für Tuberkulose*, T. 73, n° 1, 1935, page 16).

Quelle est donc l'évolution d'une lobite ? D'après J. Tapie, la lobite de l'adulte peut évoluer vers :

1° La régression spontanée par transformation fibreuse ;

2° La régression incomplète, avec fonte cavitaire partielle ;

3° La fonte cavitaire précoce et massive ;

4° L'extension des lésions aux lobes voisins ;

5° L'envahissement du poumon opposé.

Chez les jeunes enfants, il convient d'insister tout spécialement sur la formation des cavernes, très fréquentes dans l'évolution des lobites.

Comby estime, en effet, que « les cavernes pulmonaires, résultant de la fonte des tubercules et de leur évacuation dans les bronches, sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants qu'on ne l'a dit. Ce n'est pas seulement dans la seconde enfance qu'on les observe : on les trouve encore chez les enfants du premier âge ; au-dessous de deux ans, dans une forte proportion de cas. Sur 21 nourrissons phtisiques de trois mois à deux ans que j'ai autopsiés, dit Comby, j'ai trouvé sept fois des cavernes, c'est-à-dire une fois sur trois. »

Notre proportion est à peu près identique, puisque sur les quinze derniers petits enfants morts de tuberculose aiguë que nous avons observés, nous en avons trouvé six. Tout récemment, Vaja insistait encore sur la fréquence des excavations pulmonaires chez les jeunes.

D'une façon générale, on peut admettre que les cavernes des lobites des petits enfants sont toujours gra-

ves, car elles sont une manifestation d'une primo-infection à forme sérieuse.

Il est important de préciser l'origine exacte de la caverne : il s'agit simplement de l'élimination d'une plage de bronchio-alvéolite désintégrée, sans que l'on puisse invoquer ici, comme pour les lésions de primo-infection, un véritable phénomène de Koch.

Cliniquement, les symptômes des cavernes sont rarement perçus ; très souvent, le diagnostic en est impossible, les signes pathognomoniques faisant défaut.

Les signes fonctionnels ne présentent aucune spécificité : les hémoptysies sont exceptionnelles : Cadet de Gassicourt en a rapporté une observation, par ulcération d'une branche importante de l'artère pulmonaire. L'anévrysme de Rasmussen est une rareté chez l'enfant.

Les signes généraux n'offrent aucune particularité : parfois, on note de l'apyrexie ; l'absence de température est un caractère commun à bon nombre de tuberculoses infantiles.

Les signes physiques fournis par la palpation et la percussion sont en rapport avec les lésions parenchymateuses entourant la caverne.

L'auscultation donne quelquefois des renseignements plus précis. Si, d'après Burnand, la moitié des cavernes tuberculeuses sont muettes à l'auscultation, chez l'adulte, ce chiffre nous semble, chez l'enfant, bien plus élevé encore.

Les souffles et les râles caverneux, cavernuleux et amphoriques sont très rares. Plus souvent, la présence et la persistance des râles humides, localisés en bouquets, peu variables dans leur timbre, immuables dans leur siège, peuvent faire penser à la désintégration d'une plage caséeuse (Obs. I). Il faut cependant bien savoir que, même dans les cavernes importantes, l'auscultation peut être déficiente. De ce fait, l'examen radiographique acquiert une importance primordiale : sur le film, on voit des ombres annulaires, plus ou moins délimitées, plus ou moins volumineuses ; parfois, on trouve, au milieu d'une zone dense de bronchio-alvéolite, des plages homogènes.

Les cavernes des lobites tuberculeuses sont donc, chez le jeune enfant, d'un diagnostic très délicat : il faut, pour les reconnaître, se baser sur un faisceau de symptômes de présomption, mais non de certitude.

Cela n'est pas particulier aux cavernes survenant au cours de l'évolution des lobites : en effet, d'une étude très complète sur les cavernes dans les premières années de la vie, Eckstein (Ueber Kavernen in den ersten Lebensjahren. *Zeitschrift für Tuberkulose*, 1927, fasc. 2) conclut à la difficulté de leur diagnostic ; il en oppose trois types principaux :

1. Cavernes multiples, mais petites, et sans réaction fibreuse : le diagnostic clinique en est impossible.

2. Grosses cavernes isolées, avec induration périphérique : type très rare chez les jeunes enfants.

3. Grosses cavernes destructives, sans réaction périphérique fibreuse, à développement très rapide.

Telle est l'évolution générale des lobites tuberculeuses chez les jeunes enfants ; c'est elle surtout qui fait le diagnostic avec les pneumonies caséeuses, dont la fréquence nous paraît exagérée. Nous n'insisterons pas sur les diverses modalités cliniques qu'elles peuvent revêtir : ce sont uniquement des variantes assez secondaires, allant des plus bruyantes (obs. I) aux plus latentes (obs. III).

***

Parmi les problèmes pathogéniques que pose l'étude des tuberculoses lobaires chez le petit enfant, un surtout doit être élucidé : c'est celui de la voie d'infection.

Il faut, en cela, être bien persuadé qu'il n'existe aucun rapport entre la voie d'infection et le type anatomique des lésions : on ne peut donc se baser sur l'étude histologique des observations pour admettre tel ou tel mode de tuberculisation. Cette notion n'était pas admise autrefois ; mais les idées des phtisiologues ont bien évolué depuis vingt ans : l'exemple des granulies en fait foi.

Nous ne voulons pas, à propos des lobites tuberculeuses, reprendre toute la pathogénie de la tuberculose et citer les théories qui essaient d'expliquer la tuberculisation du poumon. Il faut bien se garder d'appliquer à toutes les lobites la même théorie. Peut-être la voie vasculaire est-elle responsable de certaines de ces tuberculoses ? Il n'en est pas moins vrai que la voie aérienne paraît plus vraisemblable. Une tuberculose de primo-infection à systématisation d'emblée lobaire a de grandes chances d'être aérogène. On doit, cependant, faire une restriction et souligner le rôle des lymphatiques : certaines lésions s'étendent en tache d'huile, dans tout un lobe, par l'intermédiaire de l'alvéolite tuberculeuse, associée à une lymphangite de même nature.

En tout cas, la lobite tuberculeuse des jeunes enfants, telle que nos observations permettent de l'envisager, doit être considérée comme une tuberculose de primo-infection ; en somme, elle représente le degré extrême d'un chancre d'inoculation géant : c'est un chancre lobaire. Sans doute, est-ce là que réside la différence fondamentale entre les tuberculoses lobaires de l'enfant et celles de l'adulte. C'est cela qui peut expliquer tous ses caractères : son évolution et ses aspects anatomo-cliniques seront régis par les grandes lois de la primo-infection.

***

De ces remarques anatomo-cliniques, quelques conséquences pratiques sont à retenir.

Il existe, au cours du jeune âge, deux grands groupes de lobites de primo-infection :

a) Dans la moitié des cas environ, il s'agit de formes rapidement caséifiantes et excavantes, d'évolution aiguë, mortelle, au-dessus des ressources de la thérapeutique. (Obs. I et II.)

b) Les formes subaiguës ou chroniques, paraissant plus fibreuses (Obs. III et IV), peuvent, comme toutes les lésions de primo-infection, évoluer plus ou moins vite. Certaines sont bien influencées par un traitement hygiénodiététique et le pneumothorax, lorsqu'il est possible (Obs. IV) : Blechmann, Kindberg et Azoulay ont cité une lobite excavée chez un enfant de six mois,

améliorée par le pneumothorax et les injections d'huile éthérée.

Souvent, d'ailleurs, il est très délicat, au début de l'évolution d'une lobite, de savoir auquel de ces deux groupes l'on a à faire : ce n'est guère que l'évolution qui permet la distinction. La sérologie, procédé d'avenir, permettra peut-être de fixer dans une certaine mesure le type de lésion devant lequel on se trouve.

L'entité lobite mérite donc d'être franchement individualisée chez l'enfant, tant par ses caractères histologiques de tuberculose fibro-caséeuse, que par leur traduction radio-clinique.

BIBLIOGRAPHIE

ARIS. Contribution à l'étude des tuberculoses lobaires. *Th. Paris*, 1924.

ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY. Sur quelques aspects radioscopiques et anatomiques de la lobite tuberculeuse de l'enfant. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 9 déc. 1927 ; — *La tuberculose pulmonaire et les maladies de l'appareil respiratoire de l'enfant et de l'adolescent*. Legrand, 1934.

BETHOUX. La lobite supérieure droite. *Th. Paris*, 1924.

GUILLOUX. Traitement par la collapsothérapie des lobites tuberculeuses de l'enfant. *Th. Paris*, 1928.

LASSERRE. De la tuberculose aiguë au cours du premier âge. *Th. Toulouse*, 1935.

PROUZET. Les lobites tuberculeuses. *Th. Toulouse*, 1927.

SERGENT et OURY. La lobite moyenne droite. *Presse Méd.*, 3 mars 1926.

TAPIE (J.). Les lobites tuberculeuses. *Tolouse Méd.*, 1er déc. 1927.

VAJA. Les cavernes tuberculeuses chez l'enfant. *Gaz. des Hôp.*, 30 sept. 1935.

VERRIER. De la pneumonie caséeuse du nourrisson. *Th. Lyon*, 1934.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1936)

On entend d'abord les allocutions de MM. Fredet, président sortant, et de M. Rouvillois, président pour l'année 1936.

Septicémie à staphylocoque après avortement provoqué. — M. H. MONDOR communique une observation particulièrement intéressante de staphylococcémie post-abortive terminée par la mort malgré la thérapeutique la plus active.

A propos des luxations récidivantes de la mâchoire. — M. MAUCLAIRE rappelle la technique qu'il a préconisée dans la thèse de Gouthard.

Hématome intra-cérébral. — M. BIERENT (Valenciennes) communique une observation que rapporte M. Moulonguet, et qui s'est terminée par la guérison complète.

Ostéolyse essentielle de la main gauche. — MM. DUPAS, BADELON et DAYDE envoient une observation très complète d'ostéolyse survenue à la suite d'une simple fracture du troisième métacarpien, que rapporte M. Mouchet. Le rapporteur avoue ne pas avoir d'explication pathogénique à donner pour ce cas.

M. CHEVRIER a observé un cas un peu analogue.

Azotémie et hypochlorémie chez les prostatiques. — M. FEY rapporte un travail de MM. Arbassier Lestra et Massot, qui montrent le rôle de l'hyperpolypeptidémie dans « l'empoisonnement urineux » et les avantages de la médication chlorurée dans la phase préopératoire.

M. CHEVASSU, à propos de cette discussion, défend la prostatectomie en un temps.

Septicémie à staphylocoque guérie par l'anatoxine. — MM. SOUPAULT et BERNARDINI versent aux débats une observation de staphylococcémie consécutive à un foyer d'ostéite tarsienne, et terminée par la guérison après thérapeutique exclusive à l'anatoxine.

M. CAPETTE a obtenu dans deux cas de bons résultats par l'anatoxine.

150 observations d'abcès du foie. — MM. HUARD et MEYER MAY apportent les conclusions de leur grande expérience. Les auteurs montrent d'abord la fausseté du « dogme de l'amibiase », puis envisagent les abcès du point de vue clinique et radiologique ; ils terminent en fournissant le chiffre de leur mortalité : 35 décès sur 150 abcès, et en montrant que le traitement émétinique est à lui seul totalement insuffisant, d'autant qu'un certain nombre d'abcès ne sont pas d'origine amibienne.

Rôle du système nerveux neuro-végétatif dans les opérations chirurgicales. — M. HUSTIN (Bruxelles) s'est attaché à étudier le système sympathique par la mesure de la température cutanée ; il a pu mettre en évidence trois périodes post-opératoires : la première de vaso-constriction périphérique, la seconde de vaso-dilatation, la troisième de retour à la normale.

Essai expérimental sur la pathogénie de certaines complications post-opératoires. — MM. DUVAL et BINET ont recherché les effets produits par l'injection de peptone à des chiens, sur l'appareil pulmonaire. Ils ont constaté des lésions allant de l'infarctus à l'atélectasie complète, et, très prudemment, estiment qu'à côté de complications infectieuses et emboliques, il en existe qui sont d'ordre anaphylactique.

M. GRÉGOIRE approuve entièrement les conclusions de MM. Duval et Binet et estime que toutes les substances susceptibles de troubler le système neuro-végétatif peuvent créer un infarctus et les polypeptides au premier chef.

M. BAZY rappelle qu'il est possible de prévoir l'état d'allergie d'un individu par l'intradermo-réaction.

CONFÉRENCE

UNE CONFÉRENCE DES VOIX LATINES

« Sous le signe de Lyautey »
Médecine et médecins au Maroc

Par le docteur J. COLOMBANI,
Directeur général honoraire de la Santé publique au Maroc.

Sous les auspices de l'UMFIA et sous la présidence de M. Lucien Saint, ancien résident général au Maroc, en présence des généraux Gouraud et Huré et d'une très nombreuse et brillante assistance, M. Colombani a parlé du rôle du médecin français au Maroc, depuis l'époque de notre première occupation jusqu'à aujourd'hui.

Après un tabeau impressionnant de l'anarchie sanitaire du vieux Maroc, le conférencier montre à quelle rude besogne furent soumis dès 1908 nos médecins militaires du corps d'occupation, et combien fut déjà efficace leur double action de défense prophylactique et d'assistance médicale

indigène. On ne saurait trop rendre hommage à ces premiers pionniers de notre pénétration pacifique, qui marquèrent souvent d'une tombe leur dévouement à la cause française.

L'établissement du Protectorat va permettre l'organisation d'un service d'Hygiène publique, d'abord subordonné à la Direction militaire, puis indépendant comme direction civile autonome. Mais malgré cette séparation administrative, une collaboration aussi étroite qu'amicale n'en subsiste pas moins entre les corps de santé civil et militaire, dans les conditions que précise dès les premiers jours la belle formule du Grand Animateur : « Il n'y a pas au Ma-« roc une médecine militaire et une médecine civile, mais « simplement des médecins, que la besogne seule distin-« gue, et non une étiquette. »

Cette liaison constante s'affirme toujours sur le terrain de l'assistance médicale (médecins militaires des confins) et de la prophylaxie générale (lutte contre les épidémies).

Le docteur Colombani rappelle ensuite que le principe posé par le grand Gallieni à la base de toute expansion coloniale fut appliqué au Maroc par un homme d'action, lui-même synthèse vivante dont le Tonkin, Madagascar et le Sud-Oranais avaient exalté l'esprit créateur, en lui offrant de multiples champs d'activité.

D'où la puissante influence de Lyautey sur l'organisation sanitaire marocaine, caractérisée par une constante alliance de la volonté et du sentiment, de l'esprit et du cœur.

C'est par le Groupe sanitaire mobile (« le Dispensaire en marche » de Lyautey)) que nous avons pu atteindre ce double but : mettre l'indigène en confiance et le gagner à nos méthodes prophylactiques, autant dans l'intérêt de notre politique pacificatrice que dans celui de la protection sanitaire du pays.

Le conférencier fait l'historique complet de l'évolution de cet organisme, remarquable école d'énergie à laquelle le Maréchal a toujours porté un puissant intérêt. Il souligne aussi l'importance de la collaboration du médecin à l'action de l'officier du service des Affaires indigènes, qui compte un personnel d'élite, très averti de la psychologie de l'autochtone, et dont les remarquables succès d'influence politique ont bien souvent assuré la victoire sans effusion de sang.

La lecture d'un rapport de tournée en tribus dissidentes éclaire de façon saisissante l'importance du médecin dans cette collaboration dont Lyautey a caractérisé la valeur par la citation aujourd'hui classique : « Il n'est pas de fait « plus solidement établi que l'efficacité du rôle du méde-« cin comme agent de pénétration, d'attirance et de paci-« fication. »

Mais, qu'il soit chef de groupe mobile ou de région, directeur d'infirmerie, de dispensaire ou d'hôpital, le médecin, dont la valeur professionnelle doit être « a priori » indiscutable, doit s'affirmer surtout par sa *force personnelle de rayonnement*, mélange complexe et harmonieux d'altruisme supérieur, de volonté sans défaillance, d'activité optimiste, de libre expansion de la personnalité et aussi d'esprit de sacrifice.

Quoique soucieux d'un anonymat sévère (les hommes passent (seul compte le résultat), le docteur Colombani ne peut cependant laisser dans l'ombre les noms déjà légendaires d'un Chatinières, le héros du Sous ; d'un Cristiani, l'apôtre de Fès ; d'un Bouveret, le grand « Si Bou Laya » du Sud, et de la « Toubiba » vénérée de Marrakech, la doctoresse Legey.

Les quelques faits pathétiques rapportés à ce moment, en toute simplicité, par le conférencier, nous transportent dans une atmosphère de beauté morale aussi pure que réconfortante.

Par son émotion, non dissimulée, l'assistance apporte un hommage d'unanime admiration à ces grands serviteurs de la France, dont le rôle est assez mal connu d'un public dont l'éducation coloniale est encore si peu poussée...

Les années ont passé, la pacification est maintenant presque complète. Mais le rôle du médecin reste encore de première importance, non seulement au Maroc, mais dans toutes nos possessions, pour *cet établissement* du contact entre coloniseurs et colonisés, comme l'a si bien exprimé le colonial Georges Hardy.

Mais un tel concours de bonnes volontés, un tel agencement de coopérations spirituelles n'est concevable que par la création d'une âme commune, illuminée par le génie d'un Chef.

Cette âme, dominatrice de toutes les activités marocaines, Lyautey sut l'animer chez ses médecins, non seulement par une action de commandement direct ou indirect, mais par une action de présence personnelle et surtout par ce *magnétisme* dont tous ceux qui approchèrent le Grand Africain éprouvèrent la puissante emprise, de ce magnétisme générateur de dévouements passionnés à l'homme et à son œuvre.

Et le docteur Colombani, arrivé au terme de sa conférence, va nous donner le secret de la réussite de l'organisation médicale marocaine, citée souvent en France et à l'étranger comme un modèle du genre. Une admirable citation du Maréchal, évocatrice elle-même d'une réponse pathétique du philosophe hindou Tagore, lui permet de révéler ce secret : des collaborateurs *généreux*, *aimants* et *convaincus*, formant autour de leur chef la bonne équipe, l'*équipe* chère à Lyautey, cet agrégat de volontés résolues, d'intelligences agissantes, de cœurs ardents tendus au delà des satisfactions ou des soucis de la vie quotidienne vers un but unique : Faire aimer la France.

Le docteur Colombani nous montra aussi qu'une hiérarchie est nécessaire à la vie, qu'il y a certes des libertés indispensables, mais aussi une grandeur à Servir, une joie à Obéir, toutes les fois que celui qui commande sert lui-même une noble cause.

LIVRES NOUVEAUX

L'impuissance sexuelle chez l'homme. Etiologie, diagnostic, traitement (1), par M. Palazzoli, ancien assistant de la Clinique urologique de l'hôpital Necker. Préface du professeur Legueu.

Ce livre est écrit par un urologiste qui s'est attaché à l'observation d'un nombre important de malades ; on y trouvera pour la première fois dans un livre français la description de l'examen pratique du malade et ses conséquences thérapeutiques dans toutes les formes d'impuissance.

La première partie rassemble des notions sur la physiologie du rapport sexuel, nécessaires à la compréhension de la pathologie sexuelle.

La seconde partie comprend l'étude de l'impuissance prise en général, de ses formes et du diagnostic. L'auteur ramène l'étude de ces problèmes aux cas les plus habituels de la pratique journalière.

Dans la troisième partie est décrit le traitement : d'abord énumération des moyens thérapeutiques, puis indication pour chaque variété étiologique, de la méthode qu'il conviendra d'adopter. L'auteur a insisté particulièrement sur le traitement psychique.

« Ce livre, écrit le professeur Legueu dans sa préface, comporte une valeur pratique de tout intérêt : partout la théorie s'abaisse devant la réalité. Des exemples cliniques

(1) In-8 de 284 pages. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

judicieusement choisis et libérés de tout ce qui pourrait servir la curiosité sans satisfaire la science, montrent sous une forme frappante les graves répercussions de l'impuissance et les bénéfices d'un traitement judicieux...

« Depuis longtemps préparé et remanié dans la gestation d'une profonde réflexion, ce livre éclairera les médecins et les urologistes : aux uns et aux autres il offre des éléments de diagnostic, des règles de thérapeutique. »

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU CALCANÉUM

Mises à part, les fractures tubérositaires, fractures extra-articulaires rares et relativement bénignes, toutes les fractures du calcanéum sont *graves* et *intra-articulaires*. Leur évolution spontanée est ordinairement mauvaise, leurs séquelles importantes, d'où la *nécessité habituelle d'une réduction précoce orthopédique ou sanglante.* (Les lésions anatomiques et les indications thérapeutiques de ces fractures ont été précisées par le rapport de Paitre et Boppe au dernier Congrès de chirurgie.)

Etiologie. — Fracture fréquente, car le calcanéum est un os spongieux et friable, surtout rencontrée chez l'adulte âgé, parfois bilatérale.

C'est en règle une fracture de cause indirecte par *chute sur les talons d'un lieu élevé.*

Deux grandes variétés anatomiques et cliniques :

Les fractures du corps du calcanéum, les plus graves, les plus fréquentes ;

Les fractures parcellaires extra-thalamiques.

FRACTURES DU CORPS DU CALCANÉUM

Anatomie pathologique. — Elles lèsent presque constamment **le thalamus** ou lit de l'astragale (facette postéro-externe du calcanéum) qui s'enfonce dans le corps spongieux de l'os.

Classiquement trois degrés :

1. *Parfois simple fissure* sous-thalamique sans enfoncement notable ;

2. **Le plus souvent enfoncement du thalamus avec fissuration en tous sens et aplatissement du calcanéum.**

Les traits fracturaires sont multiples, incomplets, confus, orientés sagittalement ou en diagonale, la rupture sagittale de l'os constituant la notion dominante de ces fractures. Fréquemment un trait de refend réalise une fracture en soufflet de la grosse tubérosité.

L'enfoncement se traduit par : un dénivellement de la lame compacte du thalamus, un tassement trabéculaire, des fissures irradiées du foyer d'écrasement aux faces de l'os. Le dénivellement peut être *total*, intéressant l'ensemble du plateau, ou *partiel*, limité à son versant externe ou à un fragment thalamique intermédiaire à deux traits sagitaux. L'enfoncement se fait horizontalement ou verticalement : dans l'enfoncement horizontal, la lame compacte garde son orientation et est suivie dans son dénivellement par l'astragale ; dans l'enfoncement vertical, elle bascule en bas et en avant, l'astragale restant en place, d'où gros diastasis sous-astragalien.

Les désordres articulaires varient selon le type et l'importance de l'enfoncement. Le diastasis sous-astragalien est particulièrement marqué dans l'enfoncement vertical. A l'opposé, la dislocation astragalo-scaphoïdienne, secondaire à la bascule astragalienne, est plutôt le fait des enfoncements horizontaux. Enfin l'articulation calcanéo-cuboïdienne, rarement disloquée, est assez souvent atteinte par une fissure sagittale.

Au total : déséquilibre de la voûte plantaire, valgus, dislocation articulaire : on conçoit la nécessité d'une réduction.

3. *Rarement éclatement complet* de l'os.

Plus rarement enfin il s'agit de *fractures juxta-thalamiques* caractérisées par des traits transversaux juxta-articulaires, rarement isolés, souvent associés à de discrètes lésions d'enfoncement sous-thalamique.

Clinique. — Le cas habituel : FRACTURE SOUS-THALAMIQUE DU 2e DEGRÉ.

Blessé ayant fait une chute sur la plante des pieds ; douleurs vives, marche impossible.

Examen : le blessé à genoux sur son lit, les deux pieds dépassant le bord, on se place derrière lui et examine comparativement les deux côtés.

Des signes négatifs éliminent une lésion de la cheville : les malléoles sont intactes, indolores, non déformées. Le bi-malléolaire est normal. La tibio-tarsienne est libre et indolente.

Un ensemble de signes localise les lésions au calcanéum :

Gonflement localisé ou prédominant à l'arrière-pied, surtout marqué en dehors, comblant les gouttières sous et rétro-malléolaires, effaçant le relief du tendon d'Achille.

Talon aplati et épaissi, malléoles abaissées de un demi ou 1 centimètre et la jambe semble enfoncée dans l'arrière-pied, *léger degré de pied plat valgus* que traduirait l'empreinte plantaire.

Ecchymoses plantaires précoces respectant la région d'appui, tendant à gagner les espaces inter-digitaux (ecchymoses en languettes de Mondor).

Au palper : *calcanéum élargi transversalement, douloureux* surtout en dehors sous la malléole externe où les signes sont au maximum. En avant saillie douloureuse de la tête astragalienne.

Les mouvements de flexion et extension sont possibles et indolents, alors que les mouvements siégeant dans la sous-astragalienne sont limités et douloureux (abduction, adduction, rotation).

Radio. Clichés bilatéraux comparatifs sous trois incidences fondamentales (*profil, verticale dorso-plantaire rétro-tibiale, verticale pré-tibiale*) et au besoin sous des incidences complémentaires obliques. Ces clichés montrent l'intégrité des malléoles et de la tibio-tarsienne et permettent d'apprécier le degré exact des lésions calcanéennes, mais on doit tenir compte pour leur lecture de l'incidence des rayons.

Le cliché dorsal montre seul nettement les fissures sagittales ou en diagonale, l'élargissement tranversal de l'os, l'éclatement de la corticale externe, l'enfoncement thalamique plus marqué en dehors où la corticale est plus faible, les lésions possibles de la petite apophyse, et, en cas de fracture tubérositaire associée, les déplacements latéraux du fragment.

Le cliché ventral montre l'aboutissement sur la grande apophyse des traits sagittaux.

Le cliché de profil montre les fissures obliques, l'intégrité de la corticale inférieure, l'état des travées osseuses, le degré d'enfoncement et l'orientation du thalamus : dans l'enfoncement vertical gros diastasis sous-astragalien, dans l'enfoncement horizontal au contraire, l'astragale suit le calcanéum, d'où gros diastasis astragalo-scaphoïdien. Enfin l'*angle thalamique de Böhler*, normalement de 29°-30°, est nul ou inversé dans les fractures du thalamus.

(*A suivre.*)

CHRISTIAN PIERRA.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 30. — SAMEDI 11 AVRIL 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

EXPOSITION RÉTROSPECTIVE DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ (1602-1935) au musée de l'Assistance publique, 47, quai de la Tournelle. — L'hôpital de la Charité a fermé ses portes en avril 1935.

L'administration de l'Assistance publique a recueilli les objets d'art et les documents se rattachant à la vie de cet hôpital.

Elle a reconstitué notamment, dans une salle du musée, l'ancienne salle de garde des internes en médecine de l'hôpital, décorée en 1859 par Gustave Doré, Harpignies, Achard, Stéphane Baron, Droz, Hippolyte Fauvel, Feyen, Flahaut, Foulongue, Français, Gassies, Edmond Guet, J.-L. Hamon, Nazon, Vernier, et en 1892 par Bellery-Desfontaines, Olivié-Bon, Quatre et Isaac Hatis.

En exposant ces souvenirs, l'administration de l'Assistance publique a voulu évoquer la mémoire des grands praticiens qui ont illustré dans cet hôpital la médecine française, et perpétuer le nom d'un établissement dont l'histoire a été étroitement liée, pendant près de trois siècles, à celle de Paris.

Exposition ouverte de 10 à 12 h. et de 13 à 17 h. Entrée : 2 fr.; gratuite le dimanche.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — Deux concours, l'un pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie, l'autre pour l'emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, s'ouvriront, le lundi 19 octobre 1936, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

— TOURS. — M. le professeur Huc est nommé professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours, en remplacement de M. le professeur Tillaye, décédé.

M. Aron, professeur suppléant, est chargé du cours de physiologie, en remplacement de M. le professeur Huc, nommé professeur de clinique chirurgicale.

M. R. Lieffring est nommé, après concours, stomatologiste suppléant de l'hôpital général.

— Un concours s'ouvrira le 15 juin, à l'hôpital général de Tours, pour la nomination d'un chirurgien adjoint. — Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de l'hôpital et consulter les affiches.

GUERRE. — COMITÉ CONSULTATIF DE SANTÉ. — Sont nommés, pour l'année 1936 :

Membre titulaire : M. le médecin général Paitre, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, déjà membre consultant, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Sacquépée, placé dans la 2e section du cadre des officiers généraux.

Membre consultant militaire : M. le médecin lieutenant-colonel Fribourg-Blanc, professeur agrégé du Val-de-Grâce, de l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé, en remplacement de M. le médecin général Paitre, nommé membre titulaire.

SANATORIUMS PUBLICS. — Ont été nommés :

M. le docteur Etienne, médecin adjoint au sanatorium public de la Bucaille, à Aincourt (Seine-et-Oise).

M. le docteur Thomson, médecin adjoint au sanatorium public de Plougonven (Finistère).

Mlle le docteur Mercier, médecin adjoint au sanatorium public du camp d'Helfaut (Pas-de-Calais).

Mlle le docteur de Loeschnigg, médecin adjoint au sanatorium public de Felleries-Liessies (Nord).

Mlle le docteur Eschauzier, médecin adjoint au sanatorium public de Saint-Jean-d'en-Haut (Puy-de-Dôme).

M. le docteur Mayer, médecin adjoint au sanatorium public du département du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

M. le docteur Vigier, médecin adjoint au sanatorium public de la Meynardie (Dordogne).

MÉDAILLE DU DOCTEUR G. MILIAN. — Les amis, les collègues et les élèves du docteur G. Milian ont formé le projet de lui offrir une médaille avant son départ de l'hôpital Saint-Louis qui aura lieu à la fin de cette année.

Les souscriptions peuvent être adressées dès maintenant à M. Georges Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe), compte chèques postaux, Paris 202, médaille du docteur G. Milian.

Toute souscription d'une somme minimum de 100 fr. donnera droit à un exemplaire de la médaille.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — *Bourses familiales du Corps médical.* — Fondation de M. le docteur ROUSSEL. — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 fr. ont été créées par le docteur Roussel, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe), pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1936.

LES MÉDECINS AMIS DES VINS DE FRANCE. — L'assemblée générale des médecins amis des vins de France aura lieu le mercredi 6 mai, à 20 h., à la Rôtisserie périgourdine, place Saint-Michel, sous la présidence du professeur Portmann, sénateur de la Gironde. Elle sera suivie d'un dîner (prix : 50 fr.; tenue de ville).

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Chassaing de Bosredon, 131, boulevard Malesherbes, Paris.

CHRONIQUE

LES ASSISES FRANCO-ITALIENNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

La semaine dernière a eu lieu à Nice la réunion franco-italienne des assises de médecine générale. Nous rendrons compte dans quelques jours des travaux de cette importante réunion consacrée aux résultats éloignés des appendicites chroniques opérées.

Nous devons, sans attendre, dire quelle fut son importance dans les circonstances actuelles.

Six cent trente congressistes, dont deux cent cinquante italiens, ont pris part à cette manifestation d'amitié franco-italienne. Autour du maire de Nice, M. Jean Médecin, et des animateurs des assises, nos amis Godlewski et d'Oelsnitz, on remarquait les professeurs Carnot et Cunéo, F. Bezançon, Mauriac, Imbert, Castaigne, Olmer, Minet, MM. Charles Fiessinger, de Martel, Richet ; du côté italien, les professeurs Zoïa, Maïocchi, Gasparini, Quanelli, Mario Donati, Rietti...

A la séance d'ouverture, après le discours du maire de Nice, le professeur Fernand Bezançon, au nom de l'Académie de médecine, salua nos confrères italiens et les assura que « malgré les difficultés de l'heure, voyant autour d'eux tant d'initiative heureuse, tant de droiture, tant d'honnêteté, leurs amis de France sont avec eux dans la bonne comme dans la mauvaise fortune ».

Au déjeuner qui suivit, deux importants discours furent prononcés par le sénateur Borletti, président du Comité Italia-Francia et par M. Louis Madelin, de l'Académie française, président du comité France-Italie.

M. Borletti dit notamment sa confiance dans les sentiments du peuple français.

M. Louis Madelin, en lui répondant, fit l'éloge de la culture romaine qui a protégé l'Europe naissante contre la barbarie, de l'esprit latin qui seul peut lutter contre la mentalité saxonne et la mentalité slave. Il est nécessaire, dit-il, que la latinité retrouve toute sa force, que les nations héritières de Rome reprennent leur rôle et pour cela, il faut d'abord l'union absolue de la France et de l'Italie qu'aucune querelle politique ne doit diviser. Une guerre entre ces deux nations serait une guerre civile et représenterait la chute du monde entier dans les ténèbres. « Nos mains, dit-il, quand elles paraissent désunies, cherchent la hampe du même drapeau et si d'autres nations cherchent à troubler notre entente, toujours nos mains se retrouveront à l'heure du danger. » Ces deux discours furent accueillis par des applaudissements enthousiastes.

A l'issue de la réunion des assises, les deux télégrammes suivants ont été adressés au chef du gouvernement italien, et au Président du Conseil français.

Voici le texte de ces télégrammes :

A S. Exc. Benito Mussolini,

La section médicale du comité France-Italie, constatant le magnifique enthousiasme franco-italien des assises médicales de Nice, souhaite, devant l'expression des sentiments de cette importante élite intellectuelle, l'abolition des obstacles artificiels entre les deux pays et l'assure de sa respectueuse admiration.

Professeur CUNÉO, Docteur MARTINY.

A Monsieur Albert Sarraut,

La section médicale du comité France-Italie, constatant la magnifique enthousiasme franco-italien des assises médicales de Nice patronnées par elle, souhaite, devant l'expression des sentiments de cette importante élite intellectuelle, la cessation des obstacles actuels entre les deux pays et assure le gouvernement de son respectueux dévouement.

Professeur CUNÉO, Docteur MARTINY.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL.D PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

REVUE GENERALE

LES BASES DE L'IMMUNO-TRANSFUSION [1]

Par MM. G. JEANNENEY et P. CASTANET
(de Bordeaux).

II. **Immunité non spécifique dans l'immuno-transfusion** (Wright) **ou phylacto-transfusion** (Tzanck). — Les travaux de Wright ont permis de réaliser de grands progrès dans l'étude des *phénomènes de défense* de l'organisme contre les germes. Nous y insisterons donc car ils sont à la *base de l'immuno-transfusion*.

Wright dénomme foyer *ec-phylactique* tout centre de colonies bactériennes vivantes s'établissant dans l'organisme.

Cette colonie s'établira grâce à plusieurs moyens : par la diffusion des toxines qui repousseront les leucocytes si les germes sont suffisamment virulents, ou bien en absorbant des substances bactériotropiques du sang liquide, et probablement en soutirant au fluide sanguin sa *puissance digestive* et en la transformant en un milieu de culture favorable.

D'autre part, Wright constate que *presque tous les microbes peuvent se développer dans le sang si le pouvoir antitryptique de celui-ci est réduit* ; par contre, quelques rares espèces microbiennes, les staphylocoques et les streptocoques en particulier, peuvent se développer dans le sang inaltéré ou même dans le sang dont le pouvoir antitryptique est augmenté. Wright dénomme les premiers les « séro-saprophytes » et les seconds les « séro-phytes ».

Mais, dans la plupart des cas, un fait a une *énorme importance* dans la lutte contre l'infection, c'est *l'augmentation du pouvoir antitryptique du sang*, phénomène physio-chimique non spécifique. Cette augmentation du pouvoir antitryptique du sang paraît être le résultat de la destruction des éléments microbiens par *les leucocytes* et leurs sécrétions. Et cette destruction à distance, Wright l'appelle « destruction télergique ».

Dès 1919 l'auteur anglais mesure d'une façon expérimentale *l'action des leucocytes* et de leurs sécrétions, et arrive aux conclusions suivantes : Tout infecté, en général, doit présenter une *augmentation du pouvoir antitryptique* de son sang. Cette propriété est le fait d'une *réaction* non seulement des *leucocytes* se trouvant dans la plaie, mais de *tous les leucocytes de l'organisme*.

Or cette propriété — augmentation du pouvoir antitryptique et par conséquent du pouvoir bactéricide — qui appartient aux leucocytes, est une *réaction banale* vis-à-vis de n'importe quelle infection. Elle n'a *rien de spécifique*, Wright a pu s'en rendre compte expérimentalement : « En réponse aux inoculations du vaccin staphylococcique, le sérum et la lymphe du lapin acquièrent un *pouvoir bactéricide* à la fois pour le staphylocoque et pour le streptocoque » (Wright).

Dans les *infections septiques* les plus *diverses*, le sérum acquiert le pouvoir de tuer *tous* les organismes sérophytiques, sous l'influence d'excitations non spécifiques.

Ainsi est soulevée par Wright « *la question de l'immunisation non spécifique* ».

Sous l'influence de la vaccination in vivo, le pouvoir antitryptique du sang est augmenté.

Or la vaccination in vitro détermine les mêmes résultats.

Grâce à ces notions Wright va pouvoir mesurer in vitro le *pouvoir hémo-bactéricide du sang* et in vivo en vérifier l'exactitude.

Toute la question de l'immuno-transfusion repose, pour Wright, sur ces données.

L'*augmentation du pouvoir antitryptique* du sang permettant à l'organisme de lutter contre tous les sérophytes, n'est donc pas une propriété spécifique appartenant à un vaccin spécifique ; mais n'importe quel vaccin détermine une augmentation de ce pouvoir antitryptique.

Les leucocytes d'un donneur transmettront ainsi à un infecté, comme l'a montré Salembini, le pouvoir *de se défendre* contre une infection sérophyte, en exaltant les leucocytes du malade, en vue du renforcement du pouvoir antitryptique du sang du receveur. *L'immuno-transfusion* va permettre de greffer à un organisme infecté des *cellules saines*, vivantes, susceptibles d'exercer une action bactéricide continue : au contraire l'injection d'un sérum immunisé n'apporte à l'organisme infecté que l'effet *bactéricide transitoire* des produits humoraux d'un organisme sain mais différent.

Des moyens de réaliser l'augmentation du pouvoir antitryptique. De la vaccination. Importance de la région saine et d'un organisme sain

On peut admettre avec Wright que, pendant la période d'incubation d'une maladie infectieuse, le microbe se développe d'abord dans une région limitée, d'où, à la période d'état, il envahira tout l'organisme. D'autre part, lorsque l'organisme guérit, c'est que *la défense part d'une région restée encore saine*, qui réagira à l'attaque, soit spontanément, soit sous l'influence d'un vaccin. Si le vaccin est injecté trop tard, il est inactif. Si au contraire, comme dans la rage, il est appliqué alors qu'il existe des régions indemnes, il pourra y développer une réaction de défense salvatrice.

L'idée qu'une région de l'organisme non encore infectée, et par conséquent inactive, peut, sous *l'influence d'un vaccin*, être amenée à porter secours aux régions infectées, domine le traitement des infections par les vaccins. Comme l'exprime fort nettement Wright : « L'immunisation thérapeutique sera théoriquement admissible tant qu'il restera dans le corps une partie qui ne donne pas sa réaction maxima à l'immunisation. Et le programme de l'inoculation thérapeutique consisterait naturellement à exploiter dans l'intérêt des parties infectées du corps, les réactions immunisantes des régions non infectées ».

L'immuno-transfusion découle directement de cette idée.

Mais *à une région restée saine d'un organisme infecté*, activée par un vaccin, *on substitue un organisme étranger en totalité sain*, activé par un vaccin, et dont

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 28, p. 485.

on utilisera le sang pour porter secours à un organisme en totalité infecté et par suite incapable de réagir.

Définition des réactions phylactiques et épiphylactiques

Sous l'influence d'une dose vaccinale convenable ou bien d'une certaine dose de microbes vivants en circulation dans le sang d'un malade, deux réactions vont se produire :

La première, la *réaction phylactique* résulte d'une *action phagocytaire*, et se déclanche sous l'influence des *ensemencements microbiens* à faibles doses et des septicémies légères sub-infectieuses.

La seconde, la *réaction épiphylactique* provient des éléments bactéricides *libérés par les leucocytes* quand ces derniers ont été *excités par l'antigène*, et se produit dans les *cas d'ensemencements bactériens plus abondants* et d'infections sanguines plus graves.

Toutefois ces réactions ne pourront agir efficacement que dans la mesure où l'organisme permettra le transport jusqu'aux régions infectées de ces éléments exaltés pour la défense. Cette possibilité d'utiliser ces systèmes de défense, Wright la dénomme la *kataphylaxie*. Une suppuration importante, un refroidissement complet du corps, comme dans l'expérience de Pasteur, etc..., sont autant d'éléments qui paralyseront l'effet kataphylactique et empêcheront les deux réactions de produire leurs effets.

La réaction phylactique

Cette réaction n'est pas une vue de l'esprit : on peut la mettre en évidence grâce à la *méthode des cellules-lames ;* Wright est arrivé expérimentalement à *mesurer le pouvoir bactéricide du sang in vitro*. Cette méthode qui demande une technique précise et exige beaucoup de temps n'a de ce fait guère été utilisée que par Wright.

On ensemence une certaine quantité de sang, un centicube par exemple — avec une quantité déterminée de microbes vivants, — puis en distribuant ce sang dans de petites cellules spécialement faites pour permettre aux colonies microbiennes de se développer dans ce sang ensemencé, on numère le nombre de colonies qui poussent après un séjour à l'étude dans chaque cellule-lame. En totalisant tous les résultats obtenus, on arrive à un chiffre qui, par comparaison, permettra d'établir si le nombre des colonies développées est supérieur ou inférieur au nombre de microbes ensemencés.

Si *le nombre de colonies est inférieur* au nombre de microbes ensemencés — le pouvoir du sang — *le pouvoir hémobactéricide* — est *positif*. Si le *nombre de colonies est supérieur* au nombre de microbes ensemencés, le *pouvoir hémo-bactéricide* est *négatif*.

En opérant de cette manière, Wright est arrivé à apprécier exactement le mécanisme de la réaction phylactique.

Il constate d'abord qu'il existe deux doses extrêmes qui ne provoquent aucune réaction : ce sont les *doses maxima* et *minima*. Ainsi les doses faibles d'environ 30 à 40 microbes par cmc. ou au contraire des doses énormes de 25.000 microbes par cmc., ne provoquent aucune réaction phylactique. Un sang ensemencé avec 33 microbes par cmc ne peut en tuer un seul ; par contre ensemencé avec 10.000 par cmc., il en tue 2.000.

Certains sangs ensemencés avec 10.000 ou 20.000 microbes ne laissent plus que 1 à 2 % de survivants.

Toutefois, ces *variations* dépendent de chaque individu, et le *pouvoir hémo-bactéricide du sang varie suivant chaque sujet.*

Mais dès à présent, ces premières précisions apportées par Wright éclairent le mécanisme des septicémies :

Trois cas peuvent se produire :

a) Des infections, telle que l'endocardite maligne à streptocoque viridens, présentent, pendant un long espace de temps, *très peu de microbes dans le sang :* il en résulte que, dans ces cas, la réaction phylactique n'entre jamais en jeu, laissant l'organisme s'intoxiquer lentement et gravement sous l'influence des sécrétions bactériennes ;

b) Des infections *intenses dès le début*, mais non massives, se terminant rapidement par la guérison, telle la pneumonie. Le mécanisme phylactique, convenablement sollicité, fonctionne tardivement mais avec succès.

Dans le cas de mort, l'infection massive du début a paralysé, par suite de son importance, tout le système phylactique en entier ;

c) Le troisième type d'infection est représenté, soit par une fièvre hectique régulière telle qu'on en voit dans la phtisie et les suppurations fermées, soit par la fièvre à grandes oscillations qui accompagne les frissons de la septicémie streptococcique intensive. Dans ce cas, nous pouvons supposer que chaque fois que le nombre de microbes en circulation se trouve en quantité suffisante, le mécanisme de la *défense phylactique* entre en jeu avec un résultat momentanément satisfaisant.

La mesure du pouvoir hémo-bactéricide du sang du malade permet ainsi d'apprécier la valeur des forces de défense existantes, et de préciser leur variation sous l'influence de l'immuno-transfusion.

La réaction épiphylactique

Grâce à la méthode des « cellules d'émigration », Wright a pu démontrer que les leucocytes fournissent les substances opsoniques et bactéricides qui apparaissent lorsqu'une réaction épiphylactique est provoquée dans le sang.

Pour réaliser cette expérience, on commence par isoler des leucocytes : ceux-ci émigrent d'eux-mêmes dans le sang à condition que le sang soit placé à une température convenable et que les leucocytes puissent se rassembler sur une surface solide ; telle que le fond d'une « *cellule d'émigration* » faite dans un bloc de paraffine.

On remplit celle-ci jusqu'au débordement avec le sang recueilli directement du doigt. On les apporte ensuite dans une étuve humide pendant une demi-heure à trois quarts d'heure, puis le caillot est ensuite enlevé par lavage avec une solution saline physiologique.

Une cellule d'émigration dont le fond est recouvert de leucocytes qui ont émigré, est qualifiée de « cellule tapissée » (carpeted). Les cellules non tapissées (milined) désignent les cellules témoins dont le fond ou les bords sont nets. Les « cellules » ainsi préparées puis remplies de sérum recevront des microbes.

Parmi de nombreux exemples, Wright démontre les faits suivants : un sérum ensemencé avec 1.200 staphylocoques par cmc placé dans une cellule *non tapissée* pendant cinq secondes, fournit 30 *colonies*.

Un sérum ensemencé avec 1.200 staphylocoques par cmc. placé dans une *cellule tapissée* pendant *cinq secondes*, fournit 14 *colonies*.

Avec un ensemencement de 7.500 staphylocoques par cmc., on constate une destruction de 50 % ;

Avec un ensemencement de 3.600, une destruction de 77 % ;

Avec un ensemencement de 1.800, une destruction de 30 % ;

Avec un ensemencement de 800, une destruction de 27 %.

Les lois qui gouvernent la réponse épiphylactique sont donc les mêmes pour les leucocytes isolés que pour le sang entier. De plus, les chiffres précédents le prouvent, ces lois sont identiques à celles qui *déclanchent la réponse phylactique.*

« Au lieu d'obtenir avec des ensemencements croissants une réduction du pouvoir bactéricide, nous *obtenons avec des doses croissantes* (jusqu'à certaines limites) une *action bactéricide de plus en plus marquée.* »

De l'importance de la dose vaccinale

Il résulte de ces constatations que la *dose de microbes agressifs* ou de *microbes injectés à titre thérapeutique* a une importance primordiale : *elle ne doit être ni trop faible ni trop forte* (1).

En ce qui concerne les inoculations thérapeutiques, il est important de se souvenir que la dose réellement agissante (produisant l'effet épiphylactique) sera dans tous les cas la dose d'antigène introduite sous forme de vaccin, augmentée de celle que fournissent les microbes infectants.

Dans le cas de *vaccination chez un infecté*, la dose injectée de microbes morts devra donc être inversement proportionnelle au nombre des germes infectants. Elle sera faible chez les grands infectés. Elle pourrait être inutile ou même nuisible chez un septicémique présentant à l'hémoculture une quantité massive de colonies.

Par contre, en présence d'une hémoculture à petit nombre de colonies la dose vaccinale, pour être utile, ne devra pas être négligeable, et même pourra être augmentée dans une certaine proportion.

Dans les *vaccinations prophylactiques* nous pouvons employer, déclare Wright, une dose de vaccin considérable, car ici l'élément vaccinal actif apporté de l'extérieur ne s'additionnera pas avec un élément venu de l'intérieur (tel est le cas pour le donneur dans l'immuno-transfusion) mais toujours en suivant les variations du pouvoir hémo-bactéricide de ce sujet.

Pratiquement donc il faut savoir établir *des doses de vaccin* capables de susciter la réaction phylactique.

L'importance de la dose vaccinale est capitale. On ne peut parler d'une dose *absolue ;* celle-ci doit être relative à la quantité de microbes que le malade a dans son sang. Il ne faut donc pas faire cette vaccination au hasard.

De la vaccination in vitro

Pour exalter ces mécanismes de défense — phylactiques et épiphylactiques, — la *vaccination représente* donc un moyen de choix.

Wright a pu déterminer *in vitro* cette action immunisante et la mesurer.

On dépose dans le sang défibriné à examiner, une suspension dosée de staphylocoques morts. On conserve ce sang vacciné à la température du laboratoire pendant trois quarts d'heure, puis des dilutions successives de staphylocoques vivants sont ensemencées, le volume de la suspension de staphylocoques étant toujours de 2 mmc. 5 pour 50 mmc. de sang.

Or « tous les sangs vaccinés tuent sur toute la ligne plus de microbes que les sangs non vaccinés, les meilleurs résultats dans un cas particulier étant obtenus avec un sang vacciné à l'aide de 6.000 staphylocoques vivants, ce sang tuait 2.500 staphylocoques alors que le sang non vacciné en tuait 300 dans les mêmes conditions ».

De plus, grâce à la méthode de transplantation (explanting), l'auteur anglais a pu préciser à *quel moment le pouvoir hémobactéricide apparaît.*

« Sur la totalité des microbes tués par le sang, la plus grande proportion, les deux tiers environ, sont tués *instantanément* lorsqu'on provoque une réaction épiphylactique.

Cet effet bactéricide *instantané* ne peut être dû à la phagocytose, puisque les microbes sont tués instantanément à une température où la phagocytose commence seulement à se produire après un intervalle très appréciable.

Les substances bactéricides trouvées dans les sangs vaccinés sont dérivées des leucocytes. Les leucocytes peuvent, sous l'influence d'une dose vaccinante de mcirobes, dégager instantanément dans les liquides sanguins environnants leurs substances bactéricides.

Un sang ensemencé, par exemple avec 33 staphylos vivants par 2 mmc 5 de sang, tue 7 staphylocoques instantanément, 13 après 30 minutes, 6 après 60 minutes, 10 après 120 minutes ».

Ceci est intéressant puisqu'en cas d'urgence on peut prendre du sang, y ajouter du vaccin et l'injecter ensuite : on pourra ainsi réaliser avec du sang conservé *in vitro* une phylacto-transfusion sans avoir eu à préparer un donneur.

Importance de ces lois pour la conduite à tenir dans le traitement des septicémies. — La recherche du pouvoir hémobactéricide du malade est capitale. Elle indiquera si le malade est ou n'est pas en état de donner une réaction épiphylactique. S'il s'en trouve capable, cette recherche déterminera la dose exacte à injecter pour avoir la réaction optimum. Dans le cas où *aucune réaction* ne peut se produire, la *mesure du pouvoir hémobactéricide indiquera le fléchissement de l'organisme et posera l'indication urgente de l'immuno-transfusion.*

Après chaque transfusion immunisante, le relèvement de ce pouvoir précisera l'amélioration obtenue et posera l'indication de nouvelles transfusions en cas d'abaissement du pouvoir hémobactéricide.

Cette *mesure des réactions phylactiques et épiphylactiques* représente un des tests les plus importants pour la conduite à tenir durant le traitement d'un septicémique.

Ces recherches ont permis à Wright de signaler après chaque injection vaccinale, une *phase négative* ou apophylactique pendant laquelle fléchit le pouvoir hémobactéricide du vacciné et dont l'importance est capitale.

Lorsque la dose de microbes injectée a été, ou trop forte ou trop faible, ou même normale, il existe pendant un certain temps une diminution du pouvoir hémobactéricide qui, par la suite, se relèvera d'autant plus que la dose injectée était plus proche de la dose optimum.

(1) Les réactions phylactiques se déclanchent entre deux doses — maxima ou minima — au-dessus et au-dessous desquelles l'organisme ne réagira pas parce que sidéré ou sollicité insuffisamment.

De la non-spécificité des réactions décrites par Wright

Ces différentes réactions découvertes par Wright sont-elles spécifiques ? L'auteur anglais, bien que foncièrement Pastorien, dès 1919 conclut par le doute : « Que l'immunisation soit toujours strictement spécifique est comme un article de foi. Il est regardé comme un axiome que les infections microbiennes ne peuvent être combattues que par l'emploi de vaccins homologues, et que l'on doit dans tous les cas, avant d'employer un vaccin thérapeutiquement, s'assurer que le malade héberge les microbes correspondants » (Wright).

En réalité des exemples nombreux démontrent la *non-spécificité des réactions vaccinales.* Wright les énumère :

En 1889 la Commission Indienne de la Peste constatait que des inoculations antipesteuses avaient guéri l'eczéma, la blennorragie et d'autres infections variées. Cette même commission signalait que l'inoculation anti-typhique rendait les malades beaucoup moins susceptibles au paludisme.

On sait encore que certaines maladies sont évitées grâce à des inoculations de maladies voisines (vaccination jennerienne), que des malades sont guéris par des vaccins ne correspondant en rien aux infections qu'ils présentent et que d'autres sont améliorés par des stocks vaccins, après avoir été traités sans résultat à l'aide d'auto-vaccins.

Aussi, dès 1919, alors que les idées de *spécificité* étaient indiscutées, Wright adopte-t-il le principe nouveau « que le *meilleur vaccin* à employer sera toujours celui qui, à l'essai, donnera la meilleure réaction immunisante à l'égard du microbe que nous nous proposons de combattre ».

Partant de cette idée, Wright précise (C. R. Académie des Sciences, 1919) que « lorsque une réaction épiphylactique est provoquée par l'adjonction de vaccin au sang, le *sérum devient bactéricide* ou mieux, suivant le cas, voit son pouvoir bactéricide augmenté non seulement pour l'espèce microbienne qui a fourni le vaccin, *mais encore pour beaucoup de microbes différents.* Il semble donc que les *substances anti-bactériennes produites dans le sang sont polytropiques* et ceci s'applique aussi aux substances opsoniques qui y sont élaborées ».

Ce phénomène peut être appelé avec Wright « *l'immunité collatérale* », c'est-à-dire, en réalité, augmentation *non spécifique* des *phénomènes de défense.*

De nombreuses applications pratiques découlent de ces données : nous ne retiendrons que celle-ci : *l'adjonction à un vaccin* spécifique ou non provoquant de faibles réponses immunisantes, *d'autres vaccins* (appartenant à des espèces les plus diverses), *permet d'augmenter* dans des proportions très sensibles la *valeur de la réponse immunisante.*

***

Les phénomènes décrits par Wright ne sont pas spécifiques, — *apparaissent presque instantanément, disparaissent très vite.*

Les données précédemment exposées permettent de prévoir que d'autres substances que des antigènes microbiens pourraient bien être capables de déclancher des réactions de défense. Wright l'avait prévu lorsqu'il écrivait : « Quand nous comprenons que des substances anti-bactériennes non spécifiques peuvent être mises en liberté par les leucocytes sous l'influence d'un antigène quelconque, il n'y a pas loin à supposer qu'une action vaccinante efficace peut être apportée *aux leucocytes par des agents* CHIMIQUES *autres que les* ANTIGÈNES MICROBIENS ».

Et Wright de citer l'action de l'émétine qui n'ayant pas d'effet directement nocif pour l'amoeba histolytica, peut cependant débarrasser l'intestin de cette infection. De même dans les cas de syphilis compliqués de graves infections streptococciques et staphylococciques, le salvarsan peut débarrasser très vite l'organisme de ces dernières, Douglas et Colebrook ont établi que le sang de ces malades devient bactéricide pendant quelques heures pour le streptocoque et le staphylocoque après des injections de salvarsan et de néo-salvarsan.

De nombreux faits nouveaux sont venus renforcer les affirmations de Wright concernant la possibilité de faire apparaître une *immunité sans substances spécifiques* et avec une rapidité absolument inconnue jusqu'à ce jour.

Substances immunisantes nouvelles provoquant une augmentation marquée de l'immunité ou présentant mieux un caractère spécifique

En accord avec les affirmations de Wright, Walbum et Morch (1) de l'Institut sérothérapique de l'Etat danois, ont signalé, en 1923, l'importance de l'administration de sels métalliques n'ayant rien à voir avec des vaccins, dans l'immunisation et en particulier dans la production de l'antitoxine diphtérique.

Ils arrivent aux conclusions suivantes :

a) L'injection intraveineuse de *chlorure de manganèse* ainsi que de *chlorure de cobalt*, pendant l'immunisation, augmente d'une façon considérable le pouvoir antitoxique du sérum chez les chèvres immunisées contre la toxine diphtérique.

b) L'injection intra-veineuse de chlorure de manganèse et aussi de chlorure de cobalt à des chevaux immunisés contre la diphtérie pendant la période de chute de l'antitoxine et en dehors de toute injection de toxine, amène une augmentation très marquée de la production de cette anti-toxine. Cette augmentation suit immédiatement l'injection de sel métallique, mais elle n'atteint son apogée qu'après une heure environ. Il y a donc une différence fondamentale entre l'effet d'une injection de toxine et d'un sel métallique, car, tandis que la première est souvent accompagnée d'une chute dans la courbe d'anti-toxine (première phase négative), la seconde paraît avoir un effet tout à fait opposé.

c) L'injection de chlorure de manganèse à des chevaux immunisés contre la diphtérie, et cela à des périodes variables, provoque une augmentation très sensible de la teneur en unités anti-toxiques.

---

(1) WALBUM et MORCH. L'importance des sels métalliques dans l'immunisation et en particulier dans la production de l'antitoxine diphtérique et de l'Agglutinine pour le B. coli. Institut sérothérapique de l'Etat danois. Directeur Th. Machen, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, tome XXXVII, page 396.

De plus, ces auteurs font remarquer qu'il y a dans la plupart des cas « une certaine relation entre l'effet produit et le nombre d'atomes du métal injecté, soit qu'il y ait proportionnalité directe, soit qu'il y ait proportionnalité inverse, suivant le groupe auquel appartient le métal considéré. Ces notions, disent-ils, peuvent conduire à des données nouvelles sur l'immunité. Et l'on peut se demander si l'emploi de « catalyseurs » dans le traitement des maladies infectieuses n'aurait pas une très grosse importance.

Cette remarque est très importante au point de vue théorique : elle montre le rôle des phénomènes physico-chimiques dans les réactions de défense contre l'infection.

Un nouveau corps, le *rubiazol*, dérivé azoïque de la chrysoïdine (Mietzsch) doué d'un très faible pouvoir antiseptique sur les cultures microbiennes elles-mêmes, possède par contre une action préventive et curative d'une extraordinaire intensité chez les animaux infectés expérimentalement par le streptocoque et — à un degré moindre — par le staphylocoque. Des travaux en cours permettent d'espérer que d'autres germes sont sensibles à l'action de cet agent chimiothérapique, — le pneumocoque par exemple.

En clinique, des guérisons intéressantes de streptococcies ont été rapportées par Léon Tixier et Ack (1), Marquezy, Isaac Bleckmann, Guillemot, Hue, etc...

Ainsi des corps chimiques, aux structures les plus diverses, prennent une part importante à la production de l'immunité et les résultats obtenus renforcent considérablement la valeur des affirmations de Wright, concernant l'apparition de l'immunité non spécifique. Aussi bien Levaditi et Vassurau constatent que le dérivé azoïque agit en exagérant la phagocytose (2).

L'action du rubiazol serait d'ailleurs assez complexe.

Les germes appartenant au groupe des streptocoques et des pneumocoques réussissent à se développer dans l'organisme, d'après Boudet, en s'enveloppant d'une capsule qui les protège aussi contre les phagocytes et leurs sécrétions, en un mot contre le pouvoir hémobactéricide.

D'après Levaditi et Waissmann (3), cette encapsulation défensive « se trouverait à la base du mécanisme d'action des dérivés azoïques, dans le domaine du streptocoque.

Si l'on introduit des streptocoques dans la cavité péritonéale d'une souris, on constate un afflux considérable de leucocytes. Les germes se défendent en cherchant dans l'organisme des éléments nécessaires à cette encapsulation. Le rubiazol et ses congénères empêchent dans l'organisme l'encapsulation du coccus en chaînettes, le *rendent vulnérable* et le transforment de la sorte, en une proie facile pour le phagocyte ».

Toutefois, Levaditi et Waissmann insistent bien sur le fait suivant : « Le sort définitif de la thérapeutique par les composés azoïques dépendra du potentiel défensif de l'organisme même, la stérilisation totale ne sera obtenue que si le potentiel de résistance du malade et l'action acapsulogénétique du médicament réunis se trouvent portés au maximum ».

(1) TIXIER et ACK. Trois cas de pleurésie purulente à streptocoques guéries par le ribiazol, *Soc. Péd.*, 15 oct. 1935.

(2) LEVADITI et VASSURAU. Action curative et préventive du rubiazol dans l'infection streptococcique expérimentale, *Ac. des Sc.*, 6 mai 1935.

(3) LEVADITI et WAISSMANN. Action curative et préventive du chlorhydrate de 4' sulfamido 2,4-diaminobenzène et de quelques dérivés similaires dans la streptococcie expérimentale, *Presse méd.*, n° 103, 25 déc. 1935.

En résumé, les composés azoïques agissant sur le micro-organisme lui-même, le privant d'une réaction de défense permettront ainsi au pouvoir hémobactéricide de Wright d'entrer totalement en action.

La virulence d'une race de streptocoques n'est pas le seul élément à considérer, mais le nombre des éléments pathogènes (Levaditi) et *la puissance des réactions phylactiques et épiphylactiques* seront les données essentielles sur lesquelles reposera le problème de l'activité des produits azoïques.

La mesure du pouvoir hémobactéricide de Wright permettra donc de préciser l'emploi des dérivés azoïques et d'en vérifier l'activité au cours de la maladie.

Des recherches nouvelles sur l'apparition presque instantanée d'une immunisation spécifique durable et d'une remarquable intensité confirment la valeur de l'apparition instantanée du pouvoir hémobactéricide de Wright.

Certains faits concernant la *rapidité de l'apparition de l'immunité* chez certains donneurs ont été signalés par Tzanck : « Au cours d'une immuno-transfusion pratiquée chez une malade atteinte de septicémie puerpérale, avec streptocoque hémolytique isolé dans le sang, le technicien, par erreur de manœuvre, refoule quelques centimètres cubes de sang de la malade dans la veine de la donneuse. Presque immédiatement celle-ci présente un frisson, sa température s'élève à 40°, mais ces phénomènes inquiétants s'amendent rapidement.

« Il nous a été donné d'utiliser cette donneuse dans un cas de septicémie grave à streptocoque hémolytique, et nous avons obtenu un résultat presque foudroyant ; la température, en plateau à 40° depuis plusieurs jours, s'est abaissée immédiatement à la normale et la malade a guéri. »

Cette rapidité dans l'apparition du pouvoir hémobactéricide vient confirmer les constatations de Wright.

De nombreux faits donnent une remarquable confirmation expérimentale aux conceptions de Wright concernant la rapidité de l'apparition des réactions défensives, même sous l'influence de substances *n'ayant aucun des caractères spécifiques des antigènes microbiens.*

*
* *

La complexité des phénomènes de défense et d'immunité explique les hésitations de l'interprétation et la conduite de l'immuno-transfusion.

Il semble possible, cependant, d'expliquer ces phénomènes en les plaçant dans un cadre plus général et de considérer ces phénomènes biologiques d'antixénisme, comme des réactions physio-chimiques plus ou moins intenses et plus ou moins spécifiques.

En effet, quand on étudie les phénomènes de défense, on s'aperçoit qu'ils peuvent varier avec toute une série de facteurs physio-chimiques qui n'ont rien à faire, en apparence, avec la spécificité.

Ainsi, des phénomènes physiques tels que la rapidité d'absorption de l'antigène, sa solubilité, la gros-

seur des grains le composant, interviennent dans l'intensité de la réponse phylactique. De même des phénomènes chimiques tels que l'administration de substances diverses n'ayant parfois rien de biologique, renforcent l'immunité.

Nous allons passer rapidement ces faits en revue et chercherons à en tirer des conclusions.

1° *L'intensité des réactions de défense (phénomène biologique) est en raison directe de la rapidité d'absorption (phénomène physique) d'un antigène.* — Ainsi les toxines administrées par voie intra-veineuse agissent plus vite que celles administrées sous la peau. Besredka a montré que la voie respiratoire est également une excellente voie d'absorption: « Le pouvoir d'absorption de la muqueuse respiratoire à l'égard des sérums thérapeutiques étant considérable, des lapins et des cobayes, qui reçoivent des sérums spécifiques par la trachée, sont rapidement immunisés et peuvent supporter dans la suite des doses 30, 50 fois mortelles de toxine diphtérique et tétanique. »

Des constatations analogues ont été faites par Pfeminger qui a montré qu'au point de vue rapidité de l'apparition et de l'intensité des anticorps, l'injection intra-trachéale ne le cède en rien à l'injection intraveineuse ; elle paraît même supérieure à cette dernière.

La voie intra-trachéale se révèle supérieure à la voie intra-péritonéale pour la préparation du sérum anticholérique.

Comme corollaire, le pouvoir protecteur du sérum anti-cholérique s'est montré bien supérieur en injection intra-trachéale, qu'en injection péritonéale.

Ainsi donc, les régions diverses d'un même organisme peuvent produire une immunité variable et la *valeur de celle-ci sera d'autant plus grande qu'elle s'obtiendra plus rapidement.*

La rapidité d'absorption des antigènes, propriété physico-chimique, permettra d'obtenir une valeur immunisante plus grande des anticorps, propriété biologique.

2° *L'intensité des réactions de défense (phénomène biologique) est en raison directe de la solubilité de l'antigène (phénomène physique).* — Wright avait montré que ce ne sont pas les microbes vivants ou morts qui agissent exclusivement comme antigènes, mais bien les éléments solubles qui en dérivent.

De la *solubilité* de ces éléments dépend l'*activité des vaccins.* C'est ainsi qu'on ne peut comparer entre eux des microbes typhiques morts, au point de vue efficacité, si l'on ne tient pas compte de la température à laquelle ils ont été tués.

Ceux qui ont été tués à 56° se dissolvent rapidement dans le sérum et, dans une plus faible proportion, dans les milieux aqueux. D'autres, qui ont été chauffés vers 72°, sont comparativement insolubles et fournissent un vaccin qui est moins efficace.

3° *L'intensité des réactions de défense (phénomène biologique) est fonction de la grosseur des grains (phénomène physique) qui constituent l'antigène.* — Lumière et Mlle Sounery ont démontré l'efficacité des injections intra-veineuses de particules de carbone, les unes à grains relativement gros, les autres à grains relativement fins, au cours des maladies infectieuses :

Le taux des polynucélaires est plus que doublé ; l'hyperleucocytose porte principalement sur les polynucléaires et, à un moindre degré, sur les monocytes.

« Ces formules sont analogues à celles que l'on enregistre dans les infections d'ordre focal, c'est-à-dire dans lesquelles l'organisme réagit efficacement contre les infections ; elles expliquent donc, tout au moins du point de la leucocytose et de la leucogénie, le mécanisme de l'effet thérapeutique favorable des suspensions de carbone. » (Lumière.) Cet effet thérapeutique n'est autre que l'exaltation du pouvoir hémobactéricide de Wright.

En résumé, la grosseur des particules de charbon, propriété physico-chimique, permet d'obtenir une hyperleucocytose, phénomène biologique, et l'on peut se demander si les réactions phylactiques et épiphylactiques de Wright ne sont pas déclenchées en partie sous l'influence du même mécanisme concernant la grosseur des éléments microbiens composant les suspensions injectées.

4° *L'intensité des réactions de défense (phénomène biologique) est fonction du mélange de l'antigène avec d'autres substances-vaccins ou substances chimiques (phénomène chimique).*

Ramon a montré que, pour produire chez l'animal une forte réaction de défense, il suffisait de mélanger à l'anatoxine une substance étrangère telle que alun, chlorure de calcium, tapioca, lanoline, jaune d'œuf, cholestérol — substances inutilisables chez l'homme à cause de la violence des réactions qu'elles déterminent ; de même si l'on a ajouté à l'anatoxine un vaccin quelconque (T A B par exemple, ou B C G vivant). « L'accroissement de la production d'anti-toxine provoqué par l'association à l'anatoxine de tuberculine est vraisemblablement dû aux matériaux non spécifiques de la tuberculine : glycérine, peptone, substances diverses, etc..., qui agissent ici d'une façon sans doute comparable au tapioca. » (Ramon.)

Il devient dès lors très délicat de *défendre la spécificité* de l'antitoxine en général.

Ramon d'ailleurs reconnaît « que la supériorité de l'immunité antitoxique, résultat de l'injection du mélange d'anatoxine et d'un antigène microbien (vaccins associés) apparaît sous la dépendance étroite des phénomènes locaux cellulaires et humoraux que provoque le mélange des antigènes au point d'injection et qui sont exagérés précisément du fait de la présence, dans ce mélange, de l'antigène microbien ».

La méthode des vaccinations associées est utilisée dans l'armée ; elle est simple, bien plus efficace et polyvalente : en utilisant deux injections du mélange d'anatoxine diphtérique (15 unités) et de vaccin T A B, on obtient 100 p. 100 de vaccinés.

« La méthode des vaccinations associées apparaît à la lumière des résultats acquis comme un perfectionnement certain des méthodes d'immunisation. Elle permet de réaliser deux ou plusieurs immunisations en une seule série d'opérations, et cela, dans les meilleures conditions.

« C'est la méthode prophylactique de l'avenir. » (Ramon.)

En résumé, des phénomènes *physiques ou chimiques* ont une importance directe sur l'apparition de réac-

tions que nous considérons comme biologiques et qui, en réalité, peuvent être comparées elles-mêmes à des phénomènes physico-chimiques, tels que ceux que l'on observe lorsqu'on met en présence des colloïdes divers.

Lorsque deux colloïdes se précipitent l'un l'autre, la précipitation n'est complète que pour certaines proportions précises des deux colloïdes. Elle est incomplète si l'on s'éloigne de ces proportions et ne se produit plus du tout si l'on s'en écarte trop ; si l'on figure ces proportions sur une courbe, on pourra y décrire une zone optima de précipitation. Ainsi le tableau suivant, relatif aux mélanges en proportions variables de deux matières colorantes colloïdales de signe opposé, l'azobleu et le rouge neutre, rend compte de ces zones de précipitation. On mélange des volumes égaux de deux solutions dont l'une, l'azobleu, conserve une concentration constante de 0,02 p. 100, tandis que l'autre est apportée avec une concentration variable allant de 0,2 à 0,00125 p. 100. Le signe + indique qu'un précipité se forme, et le signe — qu'il ne se forme pas ; la troisième colonne donne l'aspect du mélange après qu'il a déposé pendant 24 heures :

Rouge neutre. Concentration variable.	Azobleu. Concentration constante.		Précipité.	Aspect.
0,02	0,2		+	rouge
0,0125	0,02	zone de pré-	++	rouge
0,0100	0,02	cipi-	+++	rouge pâle
0,0083	0,02	tation	++	incolore
0,0066	0,02		+	violet pâle
0,0055	0,02		—	violet
0,0025	0,02		—	violet
0,00125	0,02		—	bleu

La précipitation croît du rouge au rouge pâle, puis décroît du rouge pâle au violet pâle et cesse à partir du violet.

Les zones de précipitation minima sont à rouge (concentration 0,2) pour les deux colloïdes, et violet pâle ; la zone maxima de précipitation est à rouge pâle.

On peut se rendre compte de la structure physico-chimique profondément différente de ces différents mélanges en se rapportant à leurs couleurs, et cependant ce sont les mêmes éléments.

Par contre, comme corollaire à ces *zones de précipitation*, il existe des *zones de protection*, dans les limites desquelles aucune précipitation ne se produit.

C'est ainsi qu'un même volume d'argent colloïdal additionné d'une quantité variable d'amidon, coagule dans les conditions suivantes sous l'action d'une solution à 5 p. 1.000 de nitrate de magnésie.

Argent colloïdal. Volume constant.	Gouttes d'amidon protégeant le colloïde.	Solution à 5 p. 1.000 de nitrate de magnésie attaquant le colloïde.
Volume constant .	0,3 goutte	3 gouttes provoquant la coagulation
Volume constant .	1 goutte	6 gouttes provoquant la coagulation
Volume constant .	3 gouttes	9 gouttes provoquant la coagulation
Volume constant .	5 gouttes	12 gouttes provoquant la coagulation

etc., etc.

Les gouttes d'amidon protègent l'argent colloïdal, suivant une courbe qui passe par une maxima et deux minima, comme pour les zones de précipitation.

En comparant ces faits aux phénomènes biologiques de l'immunité, on peut se représenter ainsi les phénomènes : les gouttes d'amidon représenteraient l'anticorps, la solution de nitrate de magnésie l'antigène ou le poison microbien. Enfin le volume constant d'argent colloïdal, *l'élément cellulaire*.

Cet élément cellulaire sera d'autant plus protégé qu'il pourra sécréter un colloïde protecteur agissant au maximum de son effet, c'est-à-dire au *maximum de la zone de protection* des colloïdes envisagés.

L'immunité consistera à faire apparaître au sein des éléments cellulaires et des liquides humoraux des *colloïdes protecteurs* agissant au maximum de leur zone de protection.

L'immunité se trouve ainsi ramenée à un phénomène purement physico-chimique.

Cet effet de protection est déjà sensible avec des quantités extraordinairement petites de colloïdes protecteurs ; c'est ainsi que, d'après Zsigmondy, une quantité de gélatine ne dépassant par 0 mg. 005 dans 10 cmc., soit 0 gr. 5 par litre, suffit à protéger un hydrasol contre l'action coagulante du chlorure de sodium.

Il y a d'abord de très grandes différences à ce point de vue entre un colloïde et un autre ; pour protéger de la même manière un hydrasol d'air, il faut, d'après le même auteur (Duclaux) :

Gélatine, caséine, de 0 mg. 005 à 0 mg. 1 ;
Albumine, gomme arabique, 0,1 à 10 gr.;
Dextrine, amidon, 10 gr. à 500 gr.

Ainsi la gélatine, la caséine, l'albumine, la gomme arabique, la dextrine, l'amidon représentent pour les colloïdes n'appartenant pas à un organisme vivant des éléments tels que le tapioca, l'alun, le chlorure de calcium, la lanoline, le cholestérol, l'huile d'olive (1) qui font apparaître chez le cheval, organisme vivant, sur des colloïdes vivants, plus rapidement et d'une façon plus intensive, la « *zone de protection* » à son maximum déjà sensiblement amorcée par l'injection de toxines virulentes ou d'anatoxine de Ramon.

La spécificité est ainsi ramenée à l'*explication physico-chimique d'une courbe maxima de zone de protection*.

Bien mieux, partant de ces idées, Zsigmondy a proposé cette méthode pour, dans certains cas, servir à l'identification d'un colloïde (Nombre d'or de Zsigmondy) (Duclaux).

Un colloïde (Hydrasol d'or) serait déterminé par son comportement vis-à-vis de la zone de protection d'un corps tel que la gélatine, la caséine, l'albumine, etc., etc...

Cette méthode d'identification peut être rapprochée de celle permettant le dosage des unités anti-toxiques du germe et des anatoxines, méthode qui est d'ailleurs en accord avec les idées de Lumière sur les colloïdes.

En résumé, l'immunité consisterait à faire apparaître un colloïde protecteur *agissant dans sa zone de protection*.

La spécificité est provoquée par l'action d'un colloïde protecteur agissant *au maximum de sa courbe de zone de protection*.

Les substances les plus diverses peuvent faire apparaître cette zone maxima de protection.

Toute la question soulevée par Wright et par Tzanck de l'immunisation non spécifique, trouve ainsi son explication, confirmée d'ailleurs par les travaux de Ramon sur les vaccinations associées.

(1) Ce qui est en accord avec l'activité des lipo-vaccins de Le Moignic.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 7 AVRIL 1936)

Notices. — On entend la lecture de deux notices nécrologiques : l'une sur M. Charles NICOLLE, par M. Mesnil, la seconde sur M. LOBSTEIN, par M. Goris.

Trente ans de la vie d'un Foyer de l'Œuvre Grancher. — M. François HOUSSAY (de Pont-Levoy) (Note présentée par M. MARFAN). « Pour sauver la race, il faut préserver la graine ». La formule lapidaire de Pasteur a porté ses fruits.

L'application qu'en fit Grancher au sauvetage de l'enfance le prouve. Le bilan suivant, celui d'un des Foyers de la préservation de l'enfance contre la tuberculose, donne une idée de la marche générale et le résultat acquis depuis 30 ans.

Créé en 1906, ce Foyer a compté jusqu'en octobre 1935, 358 enfants qui ont fait l'objet de 108 convois. Ces enfants ont été confiés à 156 nourrices, femmes de cultivateurs pour la plupart. 118 d'entre elles demeurent en pleine campagne, 38 offrent un placement semi-rural, une surveillance constante élimine les éléments douteux et laisse un choix excellent de 120.

Provenant de Paris et de la banlieue, ces enfants sont recrutés dans les hôpitaux, par les dispensaires et l'Office d'hygiène sociale, le fonds des bourses. Numériquement,



EUPHORYL
DERMATOSES PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES CUTANEES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA" 18, Av^ue DAUMESNIL. P
Euphoryl infantile
(GRANULÉ SOLUBLE)
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillerée à café par année d'âge.
LABORATOIRES "ANA" 18, Av. DAUMESNIL. PARIS
ANA
18, Av^ue DAUMESNIL. PARIS. XIIe
Hirudinase
(DRAGÉES)
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA
COEFFICIENT DE FIXATION du Salicylate ANA sur la fibre cardiaque : 170 %
Salicylate de Na
Salicylate ANA
150
100
50
0
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
SALICYLATE DE SODIUM en combinaison CALCO-MAGNÉSIENNE THIOSULFATÉE
32 gr. SALICYLATE de NA SURACTIVÉ 15 fr.
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
AMPOULES (INTRAVEINEUSES)
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HÉPATIQUES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe

les garçons sont plus nombreux (206 contre 152). De même les enfants légitimes (248 contre 140). L'examen physique montre des enfants plutôt débiles, 165 sont de premier choix, 124 sont douteux, 68 insuffisants. Les filles sont inférieures aux garçons. En moins de six mois, tous regagnent la normale. Certains même dépassent le barême de Marfan, grâce à un entraînement méthodique de culture physique qui permet d'acquérir le coefficient nécessaire de robusticité. La morbidité a été faible, la mortalité presque nulle.

L'état psychique se rapproche plus de la normale (intelligence, travail, application, valeur morale). Les garçons sont inversement inférieurs aux filles. Les enfants fort en retard ont fait de sensibles progrès en peu de mois, en s'adaptant à la vie nouvelle qu'ils ne veulent pas quitter. On arrive au chiffre de 343 anormaux, 11 seulement sont des déficients.

Comment nos enfants sortent du Foyer ? 252 ont été rappelés par leurs parents, dont 38 à l'âge de 13 ans, 4 sont mutés dans d'autres Foyers, 17 exclus pour faits délictueux ou faute des parents contre le règlement. 2 sont décédés (0,55 %). 46 garçons, 25 filles, ont été placés dans la culture ; 13 ont fait leur service militaire, 3 filles se sont mariées dans le pays.

Le résultat social se fait par comparaison. Que seraient devenus en 30 ans de Paris ces enfants de tuberculeux, futurs déchets sociaux, guettés par la misère ou la mort. Qu'en serait-il resté ? Pour 140 de nos pupilles, le séjour a été plus que suffisant, pour améliorer l'état général. Les 277 autres (77,37 %) ont vécu à la campagne de 2 à 13 ans. 71 d'entre eux (25,69 %) ont pour la plupart prolongé ce séjour jusqu'à la majorité, devenant ainsi de véritables campagnards, 27 se sont mariés dans la région, dont 4 revenus de Paris après leur service militaire. D'autres encore les ont imités.

Ces pupilles ont pleinement atteint le but de Grancher en continuant la tradition terrienne.

Comme le voulut Pasteur, comme l'a réalisé Grancher, la graine est sauve.

La fièvre des fondeurs. — M. F. Heim de Balsac. Sur un groupe d'ingénieurs, occupés pour la première fois à des exercices pratiques de soudobrasure au laiton (métaux préparés électrolytiquement, c'est-à-dire chimiquement pur), on a pu reproduire, expérimentalement, sous sa forme atténuée, le syndrome dénommé fièvre des fondeurs.

Le facteur pathogène ne peut être : ni des impuretés du métal : plomb, arsenic, ni le travail devant le feu de la radiation excessive, ni le surmenage.

L'oxyde de zinc, à l'état particulaire, constituant un aérosol, hautement dispersé, pénètre profondément dans l'arbre aérien. La prophylaxie radicale du trouble professionnel peut être réalisée par une technologie rationnelle : diminution au maximum de l'émission des vapeurs de zinc, captation à la source même d'émission des particules d'oxyde.

Quelques considérations sur la vaccination préventive contre les brucelloses en excipient gras et l'hygiène publique. — MM. Velu et Zottener.

La fermentation panaire. — Dans la dernière séance (31 mars), l'Académie a voté les conclusions de M. Marchoux sur la fermentation panaire. (Voir *Gaz. des Hôp.*, Nº 18, 1936, p. 300.)

En voici le texte :

1° La fermentation panaire doit être, comme toutes les fermentations, conduite avec le maximum de pureté ;

2° Cette pureté n'est pas assurée par l'emploi des levains ;

3° Les levures pressées, fournies par les bonnes usines, n'introduisent dans la pâte que le seul ferment favorable à une bonne panification ;

4° Quel que soit le milieu qui sert à les obtenir : produits de saccarification des grains par le malt ou les acides, résidus de sucreries désignées sous le nom de mélasses, les levures exigent, pour la constitution de nouvelles cellules, la satisfaction de leurs besoins en azote et en phosphore ;

5° La nature du milieu dans lequel elles se multiplient abondamment n'influe pas sur la valeur des levures de boulangerie, compte tenu de la pureté de la fabrication ;

6° Il n'existe pas de méthode permettant actuellement de distinguer une levure de mélasse d'une levure de grains.

Vacances de Pâques. — Il n'y aura pas de séance le mardi 14 avril.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

A Messieurs les Doyens des Facultés et Directeurs d'Ecoles,
A Messieurs les Présidents d'Associations Scientifiques Médicales.

Le Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux français a été saisi de vives et nombreuses protestations à la suite de la parution répétée, dans des journaux de vulgarisation médicale destinés au grand public, d'articles scientifiques ou d'allure scientifique, mais paraissant pour nombre d'entre eux constituer une réclame personnelle sévèrement jugée par le Corps médical.

Si les collaborateurs de ces périodiques largement illustrés se contentaient de donner les conseils toujours utiles de prophylaxie ou d'hygiène, nul ne songerait à y trouver à redire.

Mais les études portant sur une maladie, avec indication de traitement, publication des courbes de température, etc., destinées à un public avide certes des choses médicales mais incapable de faire les discriminations qui s'imposent en pareil cas, sont de nature à troubler gravement les rapports de malade à médecin, laissant supposer au premier que les soins donnés n'ont pas été normaux si la méthode thérapeutique ou vaccinale décrite dans son journal n'a pas été employée pour son cas.

De plus, nous nous permettons, avec toute la déférence et le respect que nous portons à nos Maîtres, de signaler qu'une prudence très grande doit s'imposer pour une collaboration de cet ordre, lorsqu'on a l'honneur de présider à la formation scientifique et morale des étudiants et d'être, en maintes circonstances, les conseils écoutés des médecins praticiens. Il est à peine besoin d'indiquer, en effet, que si la défense de la dignité attachée à certaines situations élevées appartient d'abord aux titulaires mêmes de ces situations, le Corps médical tout entier a un intérêt certain, lui aussi, à ce que cette dignité reste toujours inattaquable, en France aussi bien qu'à l'étranger.

Et c'est pourquoi le Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux français, justement ému des faits qui lui ont été apportés, demande respectueusement à tous les Maîtres de nos Facultés et des Hôpitaux de vouloir bien s'employer à ce que pareilles publications ne puissent s'autoriser de la collaboration de ceux qui sont chargés de former les générations médicales.

Le Secrétaire général, Docteur P. Cibrie — *Le Président :* Professeur Chalier.

(Communiqué.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


BACTÉRIOTHÉRAPIE LACTIQUE
MAXIMUM D'ACTIVITÉ
PRATIQUE AU MAXIMUM
KOUMYL
Gouttes de bacilles lactiques vivants
Conservation pratiquement illimitée
Traitement peu onéreux
KOUMYL
LABORATOIRES DEHAUSSY 66. R. NATIONALE - LILLE

N° 31. — MERCREDI 15 AVRIL 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.

Etudiants : **25** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.

Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Un concours pour la nomination à cinq emplois d'internes en médecine et la désignation d'internes provisoires à l'hospice départemental Paul-Brousse, à l'Institut du cancer et à la Maison de retraite de Villejuif s'ouvrira le 22 juin 1936.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 3e bureau (annexe Lobeau, escalier A, 2e étage, porte n° 227), dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du 24 avril au 8 mai 1936 inclus.

ASILES PUBLICS AUTONOMES D'ALIÉNÉS. — Ont été nommés :

M. le docteur Stoer, reçu au concours de médecin des asiles en 1935, médecin chef de service de 6e classe à l'asile public autonome d'aliénés de Bassens (Savoie).

Mlle le docteur Derombies, reçue au concours en 1935, médecin chef de service de 6e classe à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne).

M. le docteur Toye, reçu au concours en 1935, médecin chef de service de 6e classe à l'asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord).

BUREAUX MUNICIPAUX D'HYGIÈNE. — Les postes de directeurs des bureaux municipaux d'hygiène de Fontenay-sous-Bois et Aubervilliers sont déclarés vacants. (*J. O.*, 9 avril 1936.)

GUERRE. (Troupes coloniales.) — Le concours prévu par l'article 3 (§ 8) de la loi du 4 janvier 1929 et les décrets du 14 septembre 1929 et du 6 avril 1930, pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes coloniales, ne sera pas ouvert en 1936.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME. — L'assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme s'est tenue le lundi 30 mars 1936.

Une réunion clinique a eu lieu le matin, à la Salpêtrière, dans le service de M. O. Crouzon, avec l'assistance de M. Gaucher.

Au cours d'une assemblée extraordinaire, la Ligue a adopté à l'unanimité les nouveaux statuts, en vue de la reconnaissance d'utilité publique.

Le siège social a été transféré en l'Hôtel de la Confédération des syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Au cours de l'assemblée ordinaire, le professeur F. Bezançon, président sortant, a passé les pouvoirs au nouveau président, le professeur Laignel-Lavastine.

Le docteur Thiroloix a prononcé l'éloge du professeur Etienne, vice-président, récemment décédé.

La Ligue organisera pendant l'année à venir :

1° Un voyage d'étude à Berck-Plage, le dimanche 7 juin 1936;

2° Une « Journée du rhumatisme », à Paris, le 10 octobre 1936. Sujet : Traumatismes et rhumatismes;

3° Une réunion scientifique à Alger, conjointement avec le Congrès des sociétés de sciences médicales de l'Afrique du Nord, pendant les vacances de Pâques 1937.

L'assemblée générale a été suivie d'une réunion scientifique sur le Traitement métathésique des rhumatismes chroniques (M. Wolf, de Strasbourg) et sur Sciatiques et rhumatismes (MM. Hagueneau, Paraf et M.-P. Weil).

Nous rappelons que le Ve Congrès international contre le rhumatisme aura lieu du 3 au 8 septembre 1936, à Lund (Suède).

Pour tous renseignements concernant la Ligue, les réunions ou le Congrès, s'adresser au secrétariat de la Ligue, 2, rue Guynemer, Paris (VIe).

JOURNÉES INTERNATIONALES PÉRIODIQUES DE CARDIOLOGIE. — En raison des circonstances actuelles, les Journées de cardiologie de Royat sont reportées au dimanche 30 et au lundi 31 août 1936.

Création d'un Comité d'Etudes des Radiations nocives. — Par suite d'une résolution prise à l'une des dernières séances de l'Association internationale des Médecins Radiesthésistes, un Comité international d'études des radiations nocives vient d'être constitué à Paris, le mercredi 26 février 1936. Répondant à une convocation émanant de l'A.I.M.R., plusieurs personnalités appartenant à divers milieux scientifiques (ingénieurs, médecins, radiesthésistes, etc.) se réunirent au secrétariat de l'A.I.M.R. (9, rue Etex, Paris 18e). Au cours de cette réunion furent nommés à l'unanimité des voix : Président, le vicomte de Henry de France ; Secrétaire générale, le docteur Andrée Besson. L'on détermina les objets proposés à l'activité de ce nouveau groupe de chercheurs :

1° Centraliser toutes les observations relatives aux radiations nocives (détection, topographie, causes, effets nusibles, remèdes, etc.) ;

2° Informer, par des articles de presse et des conférences, les milieux scientifiques et l'élite intellectuelle des dangers multiples que font courir à la santé publique certaines radiations (telluriques, cosmiques ou autres) ;

3° Créer des comités nationaux d'études de ces radiations ;

4° Demander à tous les principaux groupements radiesthésiques existant actuellement de bien vouloir :

a) Mettre à l'ordre du jour d'une de leurs prochaines séances l'étude de ces radiations et des remèdes à envisager contre leur nocivité ;

b) Désigner un ou plusieurs de leurs membres qui seraient chargés de remplir les fonctions de délégués régionaux ou de correspondants locaux, lesquels se tiendraient en contact avec le Comité international d'études des radiations nocives (C.I.E.R.N.) et, si possible, assisteraient aux séances de cet organisme ;

5° Publier périodiquement des comptes rendus de ses travaux.

Il a été décidé que le Comité se réunirait trimestriellement (en conséquence, la prochaine réunion aura lieu en mai prochain).

Plusieurs centres locaux d'études ont déjà été constitués, en particulier à Bordeaux, sur l'initiative de M. Henry Béatrix, architecte hygiéniste. A Vichy, le docteur Fruictier a bien voulu accepter d'organiser les recherches radiesthésiques et géologiques. Dans la Somme, le vicomte Henry de France a, de son côté, déjà obtenu des renseignements de haut intérêt.

Rappelons que le docteur Delclaux, depuis plusieurs mois, s'est beaucoup occupé de la question dans le département du Lot.

Plusieurs personnes ont déjà promis, de divers côtés, de prêter leur concours bénévole à la détection et à l'étude de ces dangereuses radiations qui nous menacent tous, et que nous avons grand intérêt à mieux connaître pour nous soustraire à leur action pathogène.

Pour le Comité International d'Etudes des Radiations Nocives,
Docteur ANDRÉE-BESSON, *Secrétaire générale.*

CHRONIQUE

L'AMITIÉ ROUMAINE

Le *Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie*, publié — en français — par son secrétaire général, le sénateur professeur Danielopolu, vient de reproduire l'adresse remise par notre collègue d'internat, le professeur Daniel, à l'Académie de chirurgie de France, lors de son inauguration.

Comment ne pas citer cette phrase de nos amis roumains ?

« La Roumanie n'a pas oublié et n'oubliera jamais que le fondateur de sa première école médicale fut un médecin français (Davila) et que ce sont les hauts principes de la chirurgie française, importés par les Roumains, anciens internes des hôpitaux de Paris, qui ont servi de base au développement si rapide de l'école chirurgicale de Roumanie... »

Rappelons que l'Académie roumaine compte 6 membres d'honneur étrangers, *tous* français : MM. Achard, J.-L. Faure, Hartmann, Roussy, Sergent et Vaquez. Parmi les associés étrangers : MM. Marfan et Gosset. Au nombre des correspondants étrangers : MM. Lemierre et Pierre Duval.

Il n'est pas inutile de mentionner ces noms qui prouvent la fidélité de l'amitié roumaine envers la France.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine attire l'attention des médecins sur une manœuvre qui tendrait à obtenir sous une forme nouvelle leur collaboration à des publications dites de vulgarisation et destinées au grand public. On leur demande, sous des prétextes plus ou moins justifiés, de répondre à des questionnaires, et la publication de leur réponse, avec leur nom, pourrait servir à couvrir des pratiques condamnées par tous les groupements médicaux. (*Communiqué.*)

FORMES ANATOMO-CLINIQUES DE LA NEUROFIBROMATOSE

(D'après l'étude de 7 observations personnelles de maladie de Recklinghausen.)

Par MM. G. CARRIÈRE,
Professeur de Clinique médicale,

CLAUDE HURIEZ, et MARCEL GERVOIS,
Chef de clinique médicale — Interne des hôpitaux
A la Faculté de médecine de l'Université de Lille.

(Travail de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur)

Il nous a été donné, durant ces cinq dernières années, d'étudier sept cas de Neurofibromatose.

Plutôt que de rapporter successivement ces observations, nous avons fait figurer dans le tableau ci-joint leurs principales caractéristiques cliniques et étiologiques.

Nous soulignerons d'abord les manifestations dont la constance est à la base du diagnostic de maladie de Recklinghausen.

Mais nous insisterons, d'autre part, sur celles plus spéciales et moins fréquentes, qui justifient l'individualisation de formes anatomo-cliniques de la neurofibromatose, atypiques quant à leur symptomatologie, à leurs circonstances d'apparition et d'évolution, à leurs associations morbides et à leurs caractéristiques histologiques.

Sept observations de Neurofibromatose.

Observations n°.	Age.	Sexe.	Tumeurs cutanées.	Date d'apparition.	Poussées évolutives.	Tumeurs royales.	Tumeurs sur le trajet des nerfs.	Mélanodermie.	Tension artérielle.	Dystrophies osseuses.	Troubles psychiques.	Associations morbides congénitales ou acquises.
I	34	F	++ Face 0	15	0	0	0	++	9,5-5 <<	Taille 1m49	0	Rétrécissement mitral congénital.
II	64	F	++ Face 0	24	0	0	Brachial cutané interne.	+	14-6 =	Cypho-scoliose. Ostéoporose.	0	Hémiplégie par athérome cérébral.
III	30	F	++ Face 0	Naissance.	A chaque grossesse	Sein.	Cubital.	++	12,5-7 ≤	Agénésie sternale.	0	Angiomes péribuccaux. Tumeur du médiastin (léiomyome et Schwannome).
IV	54	F	+ Face 0	Naissance.	0	0	0	++	18-9 >	Cypho-scoliose.	0	Kyste ovaire.
V	43	F	++	15	A chaque menstrue.	Utérus.	Sciatique poplité externe.	+	11-7 <	Taille 1m45	0	Rétrécissement mitral congénital. Hémiplégie syphilitique.
VI	65	F	+ Face 0	Naissance.	A la ménopause.	Paroiabdominale.	Cubital.	+++	14,5-8 =	Ostéoporose généralisée.	0	Mélanodermie familiale et héréditaire.
VII	29	H	0	12	Evolution post-pubertaire à chaque menstrue.	0	Multiples sur les nerfs craniens et rachidiens.	0	13.5-7 =	Scoliose. Ostéoporose.	0	Monoplégie crurale spasmodique. Une sœur décédée à 18 ans de paraplégie (?)

FORMES CLINIQUES

La triade classique de la maladie de Recklinghausen, faite de l'association de tumeurs cutanées, de troubles de la pigmentation et de signes de dégénérescence psychique et somatique, nous paraît devoir être élargie.

En effet, dans l'étude de 7 cas de neurofibromatose, nous avons relevé des manifestations que nous avons groupées sous 4 chefs principaux :

a) *Syndrome tumoro-pigmentaire ;*
b) *Syndrome d'atteinte nerveuse périphérique et centrale ;*
c) *Syndrome tumoro-viscéral ;*
d) *Syndrome osseux.*

A. Le syndrome tumoro-pigmentaire est donc l'élément capital et le plus souvent suffisant de diagnostic. Il manquait cependant totalement dans l'obs. VII, « *neurofibromatose pure* ».

1) TUMEURS CUTANÉES. — Elles affectent dans nos observations les types les plus divers.

Leur nombre, qui dépasse la centaine dans 4 cas, est beaucoup plus modeste dans les observations IV et VI. Leur volume atteint rarement celui d'une cerise, et bien plus souvent est analogue à celui d'un grain de mil.

Classiquement, le siège de ces tumeurs est, soit intra-dermique, soit sous-cutané. Chez 6 de nos malades, nous n'avons relevé que des nodules *intra-*

dermiques, qu'ils fussent sessiles ou pédiculés. Elles sont généralement mollasses, donnant la sensation de « grains de raisin sucé ». Leur coloration ne diffère souvent en rien de celle des téguments adjacents ; elle peut cependant être rosée, violacée, voir même brunâtre.

La topographie des nodules intra-dermiques n'affecte aucune systématisation nerveuse. Nous avons pu noter l'existence de tumeurs en toutes les zones du revêtement cutané, et même aux régions palmo-plantaires, palpébrales et génitales externes, qui représentent des localisations exceptionnelles du processus neuro-fibromateux. Il nous faut cependant insister sur le siège électif de ces nodules au niveau du tronc. Ils sont beaucoup plus rares sur les membres et notamment au niveau des extrémités. Enfin la face fut respectée dans nos observations, et seule la malade de l'obs. V présentait quelques nodules sur le cuir chevelu et les joues.

II. Tumeurs royales. — Boudet a réservé ce nom aux nodules dont le développement est particulièrement accusé et dont le poids peut atteindre plusieurs kilogrammes.

La malade de l'obs. III présentait une *tumeur royale mammaire*, qui donnait au sein droit un aspect bilobé. Une tumeur, siégeant sur le flanc gauche de la paroi abdominale, avait dû être enlevée chez la malade de l'obs. VI en raison d'une hypertrophie considérable et constamment progressive.

Par contre, on ne pouvait déceler de tumeurs royales « cutanées » dans les cinq autres observations.

Cependant la constatation d'une masse utérine fibromateuse, dans l'obs. V, posait le problème, soit de la simple coexistence d'un fibrome et d'une maladie de Recklinghausen, soit d'un siège exceptionnel (non encore signalé) d'une *tumeur royale utérine*.

Nous reviendrons, avec les formes centrales de la neurofibromatose, sur l'existence d'une tumeur du médiastin dans l'obs. III.

Enfin, aucune de nos malades ne présentait de *névrome plexiforme*, variété de tumeur royale dont Crouzon a fait une étude complète.

III. Mélanodermie. — Les troubles de la pigmentation cutanée furent relevés dans toutes nos observations (à l'exception du cas n° VII) : légers, dans l'obs. II, ils étaient nets dans les autres cas. Dans l'obs. VI, l'intensité de la mélanodermie s'opposait à la discrétion du syndrome tumoral et rapprochait ce cas de la **forme pigmentaire de Thibierghe.**

Trois aspects pouvaient s'observer chez un même malade et pouvaient s'intriquer sur une zone du revêtement cutané :

a) Une *pigmentation diffuse*, en larges nappes de mélanodermie à contours estompés ;

b) Une *pigmentation maculeuse*, faite de naevi arrondis ou ovalaires, plus ou moins nombreux et plus ou moins étendus ;

c) Une *pigmentation punctiforme*, véritable piqueté brunâtre.

A la suite de Chauffard, on tend à faire dépendre d'une atteinte surrénalienne cette mélanodermie de la maladie de Recklinghausen. En dehors de quelques rares constatations nécropsiques d'adénome ou de lésions scléreuses des surrénales, on a tiré argument de l'acuité de l'*hypotension artérielle* au cours de la neurofibromatose.

Dans nos observations, nous sommes loin d'avoir noté l'effondrement tensionnel qui accompagne les insuffisances surrénaliennes. En effet, si la tension maxima de l'obs. I n'est que de 9, et celles des obs. III et V de 11 et 12,5, nous avons relevé une tension normale (14 et 14,5) dans les obs. II et VI et la malade de l'obs. IV était même légèrement hypertendue (18-9). Il n'y avait donc aucune relation, digne d'être notée, entre l'intensité de la mélanodermie et le degré tensionnel.

B. Syndrome nerveux. — *a*) Manifestations périphériques. — 1) Chauffard appelle **« dermofibromatose pigmentaire »** une forme de la maladie de Recklinghausen caractérisée par l'existence de tumeurs dermiques et de noevi pigmentaires à l'exclusion de toute tumeur nerveuse. Deux de nos observations (I et IV) rentrent dans ce cadre.

2) Mais dans 5 autres cas, des tumeurs des nerfs périphériques coexistent avec le syndrome cutané tumoro-pigmentaire, réalisant le tableau d'une **Neurodermofibromatose pigmentaire.**

Il était possible en effet de percevoir des nodules disposés en chapelet sur le trajet du cubital (obs. III, V et VI) du brachial cutané interne (obs. VI) et du sciatique poplité externe (obs. II et V).

3) Enfin l'obs. VII est un exemple de **« neurofibromatose pure »**, sans tumeurs dermiques ni troubles de la pigmentation. Ce malade ne présentait en effet que de multiples nodules profonds, siégeant sur la plupart des troncs nerveux périphériques.

Ces neurofibromes, sous-aponévrotiques, mobiles sous une peau normale et sur les plans profonds, affectaient le type :

— Soit d'un simple épaississement cylindrique du nerf ;

— Soit d'un chapelet de tumeurs fusiformes ou moniliformes ;

— Soit d'une masse plus volumineuse, saillant sous la peau.

La taille de ces nodules variait de celle d'un pois à celle d'un œuf. Leur consistance était très dure, quasi ligneuse. Ces tumeurs étaient décelées sur la plupart des nerfs superficiels tant à la face, que sur le tronc et les membres. Leur topographie était à ce niveau nettement proximale. Sur le tronc et les membres, on relevait une disposition très régulièrement métamérique et symétrique d'éléments de même forme et de même volume.

Ces tumeurs n'entraînaient ni troubles moteurs ni troubles sensitifs dans le domaine des nerfs sur lesquels elles s'étaient développées.

b) Manifestations centrales. — Trois de nos malades présentent des syndromes neurologiques, dont il faut discuter les relations avec la maladie de Recklinghausen.

1) Nous ne croyons pas qu'il faille considérer les *hémiplégies* des obs. II et V comme des manifesta-

tions centrales de neurofibromatose, liées au développement de tumeurs névraxiques ou juxta-névraxiques. Ces hémiplégies relevaient banalement de lésions vasculaires. C'est la thrombose qu'il faut sans doute incriminer dans l'observation II, chez une malade de 69 ans, atteinte d'aortite. Il est plus délicat de préciser l'étiologie de l'hémiplégie survenue chez la neurofibromateuse de l'obs. V, par ailleurs cardiaque et syphilitique. Plus que la possibilité d'un ramollissement par embolie au cours du rétrécissement mitral, nous admettons le rôle primordial d'une artérite spécifique, chez cette femme atteinte de paralysie oculaire et dont les réactions sérologiques étaient positives. En l'absence de tout signe d'hypertension intracranienne, l'hypothèse d'une neurofibromatose cérébrale pouvait être éliminée dans ces deux cas.

2) Par contre, nous nous croyons autorisés à considérer l'observation VII comme une **forme spinale** de neurofibromatose. Certes, pour affirmer la compression médullaire il nous manque les résultats du radio-lipiodol et des épreuves manométriques, refusés par ce malade. Mais en l'absence de toute lésion clinique et radiologique du rachis, en l'absence de tout passé infectieux, de tout stigmate de syphilis, de sclérose en plaques ou de syringomyélie, il est vraisemblable de rattacher la *paraplégie* spasmodique de ce neurofibromateux à une compression médullaire engendrée par la localisation intrarachidienne du processus neurofibromateux, comme dans les cas de Crouzon, de Cornil et Michon et de Ramond.

L'observation de ce malade est par ailleurs un exemple de la **forme nerveuse diffuse** telle qu'elle a été individualisée par Cornil, Kissel, Beau et Alliez. C'est enfin une **forme purement neurologique** qui s'oppose aux observations I et IV de **forme purement dermatologique** de la maladie de Recklinghausen.

C. Syndrome tumoro-viscéral. — La prolifération neuro-fibromateuse peut frapper non seulement le derme, l'axe cérébro-spinal et les troncs radiculo-nerveux, mais encore les terminaisons des nerfs viscéraux.

Nous insisterons à cet égard sur les troubles engendrés par une *tumeur du médiastin*, chez la malade de l'observ. III. Cette femme de 30 ans accusait depuis quelques mois des douleurs dans la région dorsale supérieure, irradiant dans le moignon de l'épaule gauche. On décelait une diminution de la sonorité de l'apex gauche avec atténuation considérable du murmure vésiculaire à ce niveau. Une radiographie thoracique, de face, révélait l'existence d'une image arrondie, d'opacité homogène et très accusée, aux contours réguliers, non pulsatiles. Cette ombre occupait l'apex gauche et s'inscrivait dans le contour du bord supérieur de la deuxième côte.

Un cliché de profil assignait à cette opacité médiastinale une situation postérieure, juxta-vertébrale.

L'intensité et l'aggravation des douleurs, rebelles à toute thérapeutique, nécessitèrent l'ablation de cette tumeur, que pratiqua M. le Professeur Lambret après section du sternum et de la clavicule au tiers moyen.

Une tumeur du volume d'une orange put être facilement énucléée dans l'angle trachéo-œsophagien, à la face interne du dôme pleural qu'elle déprimait.

Les rapports de cette masse avec les nerfs de voisinage ne purent être précisés lors de l'intervention qui ne fut suivie ni de hoquet, ni de troubles de la phonation, ni de modifications pupillaires homolatérales, ni de troubles du rythme cardiaque.

D. Syndrome osseux. — Si les manifestations cutanées et nerveuses font partie de la description princeps de Recklinghausen, on ne voit mentionnées qu'en 1901, dans une publication d'Adrian, les altérations osseuses qui ont fait l'objet d'études d'ensemble de Puech, de Iché et d'Armelin pour ne citer que les travaux récents.

Pour Achard, les **dystrophies primitives**, qu'elles soient généralisées ou localisées, précoces ou tardives, torpides ou évolutives, se distinguent nettement des **altérations du squelette secondaires** à une localisation tumorale dans des parenchymes endocriniens (acromégalie-ostéose parathyroïdienne).

Les lésions osseuses sont apparues dans nos observations aussi importantes que les manifestations tumorales et pigmentaires.

a) La petite taille (1 m. 45 et 1 m. 49) des malades I et V est à rapprocher des cas de *nanisme* observés par Laignel-Lavastine et Ravier au cours de la neurofibromatose.

b) L'observation III est un bel exemple de *dystrophie congénitale localisée* : on est frappé à l'inspection du thorax de cette femme par l'existence d'une gouttière médiane très profonde, due à l'absence, confirmée radiologiquement, de la partie inférieure du corps du sternum et de l'appendice xyphoïde. Cette agénésie n'entraînait aucun trouble fonctionnel, mais s'accompagnait d'une *cypho-scoliose*.

c) La fréquence de cette *déformation vertébrale* au cours de la maladie de Recklinghausen est telle que Branchard insiste dans les conclusions de sa thèse pour « qu'on recherche de parti pris l'existence possible « d'une neuro-fibromatose devant une scoliose dont l'évolution est anormalement grave ».

A une malformation congénitale, comme la cyphoscoliose de l'observ. III, qui coïncidait avec une agénésie sternale, nous opposerons une déformation vertébrale analogue apparue à 28 ans dans notre obs. VII et celle constatée à 58 ans, chez une femme dont les images radiologiques du squelette traduisent une *ostéoporose généralisée*.

d) Dans le cadre des *dystrophies osseuses tardives* peut être rangée enfin l'obs. VI. Elle concerne une neurofibromateuse de 65 ans, qui présenta en décembre 1935 une fracture du radius droit, engendrée par un traumatisme des plus légers. Après une immobilisation plâtrée de 3 semaines, on constata une impotence quasi absolue du poignet droit, siège par ailleurs de douleurs continues intolérables. La radiographie des mains et des avant-bras décela une décalcification considérable du côté fracturé. Mais il ne s'agit pas d'une banale raréfaction osseuse post-traumatique, car on retrouve une *ostéoporose* très accusée au niveau du bassin et du rachis de cette malade, avec un

flou des contours osseux qui rappelle les aspects de l'ostéose parathyroïdienne.

Ce simple énoncé des dystrophies osseuses dans nos observations montre bien que leur fréquence ne le cède qu'à leur grande diversité.

FORMES EVOLUTIVES

Dans l'étude de nos 6 cas, il faut également souligner les conditions d'apparition et d'évolution du processus neurofibromateux.

1) Dans les obs. III, IV et VI, il s'agissait bien de **manifestations congénitales,** alors que les tumeurs cutanées n'apparurent qu'à la puberté dans les obs. I, V et VII. La malade de l'obs. II ne présenta qu'à 25 ans une éclosion, d'ailleurs brutale, de neurofibromes.

2) Aucun des ascendants et descendants de nos 7 malades n'a présenté de tumeurs neurofibromateuses. Cependant on retrouve une filiation intéressante dans le cas de l'obs. VI. Le père de cette malade présente une cyphose et une mélanodermie discrète. Ce trouble de la pigmentation est également noté, mais plus marqué, chez la grand'mère paternelle. Enfin une des filles de cette neurofibromateuse présente des taches pigmentaires. Il est donc permis de ranger ce cas, analogue à ceux publiés par Laignel-Lavastine, dans le cadre des **formes familiales et héréditaires** de la maladie de Recklinghausen. Nous n'appliquerons pas sans réserves cette épithète à l'observation n° VII d'une maladie de Recklinghausen à localisations strictement nerveuses, chez un homme de 29 ans dont la sœur était décédée à 18 ans de paraplégie de cause indéterminée.

3) L'évolution de ces neurofibromatoses affecte deux types bien différents :

a) Les obs. I, II et IV sont des exemples de **formes fixées,** non évolutives, de la maladie de Recklinghausen. Les nodules fibromateux n'ont jamais été douloureux et n'ont jamais présenté de tendance à l'hypertrophie. Ces 3 malades ne présentent pas par ailleurs de tumeurs royales.

b) **Très évolutifs** au contraire apparaissent les processus neurofibromateux des observations II, V, VI. L'existence d'une tumeur royale en est déjà une marque évidente. Mais surtout nous avons relevé l'influence très nette de facteurs endocriniens, et surtout ovariens, sur le déclenchement de poussées évolutives : à *chaque poussée menstruelle*, de 15 à 20 ans, il y eut hypertrophie des nodules cutanés chez la malade de l'obs. V.

— A chaque *grossesse* se manifeste dans l'obs. III une tendance évolutive des tumeurs qui deviennent quiescentes dès la délivrance. Par 3 fois, cette influence de la gestation put être vérifiée.

— Enfin, c'est à la *ménopause* que la tumeur royale de la malade n° VI prit un développement assez considérable pour nécessiter son ablation.

4) **Formes associées :** il est fréquent d'observer la coexistence de diverses malformations congénitales et du processus neurofibromateux.

a) On relève des *taches angiomateuses* péri-buccales chez la malade de l'observation III.

b) Nous ne reviendrons plus sur les *anomalies osseuses congénitales* déjà étudiées.

c) Nous insisterons plus volontiers sur la constatation d'une *sténose mitrale* dans les observations I et V. En l'absence de passé infectieux et de manifestations évolutives, en raison de la tendance au nanisme de ces deux malades, l'origine congénitale de cette cardiopathie associée à la maladie de Recklinghausen était vraisemblable. Séqueira et Clark avaient déjà publié des cas analogues.

d) Enfin la malade de l'obs. IV présentait un *kyste de l'ovaire*. — En somme, dans 4 de nos 7 observations, il fallait souligner *l'existence de malformations embryonnaires, cutanées, osseuses, génitales ou cardiaques.*

FORMES HISTOLOGIQUES

Avant de rapporter les aspects histologiques de biopsies effectuées chez nos malades, nous croyons indispensable de schématiser les trois phases par lesquelles sont passées les interprétations anatomiques de la maladie de Recklinghausen.

1. La conception primitive de Recklinghausen faisait dépendre ces tumeurs d'une **prolifération fibreuse** issue du périnèvre.

2. Cette théorie purement fibromateuse est réfutée par Askanazy, qui considère les nodules cutanés comme de véritables **névromes** (cet auteur admet la théorie segmentaire de Durante).

3. Mais pour certains, les nodules de la maladie de Recklinghausen ne sont ni des fibromes, ni des névromes ; ils dérivent plutôt d'une **prolifération des cellules de la gaine de Schwann.** Cette théorie du *Schwannome* de Masson, du *gliome périphérique* de Lhermitte et Leroux, Roussy et Cornil, a été reprise par Cailliau qui voit le développement initial des nodules dans une prolifération de la glie autour des parois vasculaires.

Mais cette structure primitive, neuro-ectodermique, serait remaniée par le développement d'une sclérose réactionnelle qui deviendrait prépondérante et arriverait à masquer le processus glial originel.

Fibromatose, névromatose, gliomatose, telles sont les 3 interprétations qui ont été proposées des aspects histologiques de la maladie de Recklinghausen.

Il nous a été possible d'étudier 3 types différents de tumeurs sur :

— Des biopsies de nodules cutanés ;

— La tumeur royale mammaire et la tumeur médiastinale de l'obs. III, enlevées chirurgicalement par M. le Professeur Lambret.

Nodules cutanés. — Sous un épithélium malpighien régulier, la tumeur apparaît intra-dermique, constituée surtout d'une prolifération de tissu conjonctif. Les fibroblastes affectent un aspect onduleux, tomenteux, réalisant de véritables tourbillons.

Il faut insister sur l'importance des altérations vasculaires qui accompagnent cette réaction conjonctive. Les capillaires sont particulièrement nombreux

et dilatés. Ils présentent une paroi propre très nette et jamais nous n'avons noté, dans cette prolifération conjonctive, de vaisseaux sans parois faisant suspecter la transformation sarcomateuse.

Mais il existe une périartérite très accusée avec disposition des éléments cellulaires en bulbe d'oignon autour des vaisseaux.

Nous avons relevé, par places, l'existence de fibres musculaires lisses, assez rares, mais nous n'avons pas pu mettre en évidence l'existence d'éléments nerveux au sein de ces nodules.

Enfin dans un molluscum pendulum fortement pigmenté, sous un épithélium normal, nous avons retrouvé le même aspect fibromateux. Mais par places il y avait accumulation de pigment dans ce tissu conjonctif jeune, parcouru de nombreux vaisseaux lymphatiques, bourrés de leucocytes nettement mélanifères.

Une énorme réaction conjonctive fibromateuse bénigne, avec participation des éléments péri-vasculaires, nous semble caractériser la structure des tumeurs cutanées de la maladie de Recklinghausen, dans lesquelles nous avons pu déceler également quelques fibres musculaires lisses, mais jamais d'éléments nerveux, ni de formations glandulaires.

Tumeur royale mammaire de l'obs. III. — Une couche malpighienne intacte et une zone de tissu conjonctif recouvrent la tumeur. A sa périphérie, on retrouve des acini glandulaires qui sont séparés de la tumeur royale par une capsule, constituée d'éléments conjonctifs jeunes, tassés les uns contre les autres, à noyaux nettement colorés. Dans cette réaction conjonctive, on distingue parfois des cavités kystiques, sans endothélium mais à paroi nette. La tumeur proprement dite offre l'intrication de deux aspects principaux :

a) L'hyperplasie conjonctive prédomine sous forme de tourbillons constitués de cellules à noyaux ovoïdes assez réguliers, à protoplasma abondant. Dans cette masse, il y a de nombreux vaisseaux à paroi propre (aucune image sarcomateuse), mais il existe souvent une infiltration périvasculaire. Enfin nous avons retrouvé par places des aspects de *cystofibrome*, réalisés par le développement de cavités kystiques dans le tissu fibromateux ;

b) Des plages voisines sont constituées d'*éléments nerveux* tubulaires, exceptionnellement remplis, plus souvent vides de myéline.

Cette tumeur royale apparaît donc à la fois comme un fibrome et un schwannome.

Tumeur médiastinale de l'observation III. — Cette tumeur réalise l'association de trois proliférations :

a) C'est un *myome*, en raison de l'abondance, par places, des fibres musculaires lisses ;

b) C'est plus exactement un *léio-myome*, car l'hyperplasie conjonctive s'intrique étroitement avec la prolifération myomateuse ;

c) Mais c'est aussi un *schwannome*, car il existe des zones étendues d'aspect fenêtré, formées de tubes, le plus souvent amyéliniques. Ces éléments possèdent des noyaux en bâtonnets plus allongés que ceux des fibres musuclaires lisses. Ces figures rappellent bien les noyaux de Schwann.

L'intrication du processus myomateux et du processus gliomateux dans cette tumeur du médiastin postéro-supérieur plaide peut-être en faveur de son origine œsophagienne.

Dans les descriptions de variétés bien différentes de tumeurs observées au cours de la maladie de Recklinghausen, *il faut surtout souligner l'association de proliférations gliale, musculaire et fibro-conjonctive* qui fait concevoir la neurofibromatose comme une véritable « dysembryogénèse ». Mais il n'est pas sans intérêt de noter la part prépondérante de l'hyperplasie du système glial dans les formes évolutives (tumeurs royales, tumeurs viscérales) de la neurofibromatose.

Conclusions

L'étude de 7 cas de maladie de Recklinghausen nous a fourni quelques précisions sur les manifestations cliniques de ce processus. Certes, la plupart de nos observations possèdent la symptomatologie classique, tumoro-pigmentaire, de la neurofibromatose.

Il nous semble intéressant cependant de souligner, dans nos cas, l'importance des manifestations nerveuses, osseuses et viscérales, et la fréquence des malformations embryonnaires coexistantes (cutanées, génitales, cardiaques...).

Nous nous croyons en droit d'opposer enfin deux grands types évolutifs de neurofibromatose :

Dans 3 cas, le processus tumoral était cliniquement fixé, alors que l'on relevait chez les autres malades des poussées évolutives nettement liées aux diverses perturbations du cycle génital.

Ces tendances évolutives correspondaient d'ailleurs à des aspects histologiques très différents : à la banale hyperplasie conjonctive des tumeurs fixées s'oppose l'intrication de proliférations gliale, musculaire et conjonctive des tumeurs évolutives.

Ces constations paraissent justifier la conception de Cailliau d'un processus initial purement glial, que l'on ne retrouverait qu'aux stades évolutifs de l'affection et qui s'estomperait, au point d'être parfois masqué par une prolifération conjonctive réactionnelle dans laquelle Recklinghausen voyait la seule lésion de la maladie qui porte son nom.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 MARS 1936)

Sur la présence à l'état dissimulé d'une substance acétylcholinique dans le sang normal. — M. Ernest KAHANE et Mlle Jeanne LÉVY.

Réversibilité spontanée de la gélification sérique. — Mlle Irène KOPACZEWSKA, M. W. KOPACZEWSKI et M. Stanislas MARCZEWSKI.

Evolution du virus de la peste aviaire dans les cellules hépatiques de la souris. — MM. C. LEVADITI et Paul HABER.

Les septicémies streptococciques expérimentales et leur traitement par le P-aminophénylsulfamide. — MM. Frederico NITTI et Daniel BOVET.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 MARS 1936)

Mesure de la vitesse circulatoire avec éther, saccharine, fluorescéine dans les principaux types d'insuffisance cardiaque. — MM. LIAN et FACQUET. Epreuve à l'éther : injection de 40 cgr. d'éther dissous dans 3 cmc. de sérum physiologique ; le goût d'éther apparaît 4 à 8 secondes après l'injection intra-veineuse.

Conclusion. — *a*) Encombrement vasculaire progressif (poumon, foie cardiaque, asystolie) : ralentissement de la vitesse circulatoire dans deux tiers des cas ;

b) Encombrement ventriculaire gauche pur : vitesse circulatoire normale ;

c) Hyposystolie ou asystolie dues à un encombrement ventriculaire droit : vitesse circulatoire ralentie ;

d) Encombrement ventriculaire droit pur : vitesse circulatoire normale.

Mécanisme des résultats de la mesure de la vitesse circulatoire à l'état physiologique et dans l'insuffisance cardiaque. — MM. LIAN et FACQUET. L'épreuve à la saccharine montre s'il existe ou non de la stase capillaire pulmonaire, d'où vitesse circulatoire ralentie dans l'hyposystolie et l'asystolie, normale dans l'insuffisance ventriculaire gauche.

Epreuve à la fluorescéine : résultats du même sens que l'épreuve à la saccharine. L'emploi simultané des deux méthodes peut révéler des stases dissociées.

Azotémie survenue après des vomissements. Chlorémie et élimination urinaire des chlorures. — MM. LEMIERRE, LAUDAT, MEYER. Malade envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de diphtérie et atteint de pharyngo-stomatite azotémique. Cette azotémie étant la conséquence de vomissements incoercibles. Urines abondantes, mais concentration de l'urée à 8 gr. pour 1000. Guérison rapide par la rechloruration. La déperdition de chlore a continué à s'effectuer après la cessation des vomissements. L'administration de sel à hautes doses a eu pour effet une rétention chlorurée, le relèvement de la chlorémie et la rétrocession de l'azotémie.

Deux cas de septicémie à bacille de Pfeiffer. — MM. LEMIERRE, MEYER et LAPLANE. Premier cas : endocardite mitrale apparue consécutivement à une angine, compliquée d'arthralgies, de déterminations pleuro-pulmonaires. Mort en deux mois.

Deuxième cas : début par angine avec œdème du pharynx et de l'épiglotte ; ulcération de la face postérieure de la luette et du larynx. Aux hémocultures : bacille de Pfeiffer. Apparition sur le thorax d'un placard érysipélateux avec phlyctène purulente et pus à bacille de Pfeiffer. Guérison au bout de deux mois. A retenir surtout la gravité des accidents pharyngés initiaux, qui constituent le mode de début de cette septicémie.

Anémie hypochrome avec syndrome de Plummer-Vinson et cure martiale. — MM. BENHAMOU et COHEN-SOLAL (Alger). Femme de 40 ans souffrant de dysphagie et présentant une langue huntérienne, de l'achlorydrie gastrique, des déformations des ongles et une anémie hypochrome : symptômes constituant le syndrome de Plummer-Vinson. Guérison par le fer à hautes doses. La guérison coïncida avec le retour à la normale de la muqueuse œsophagienne ainsi que de la muqueuse bucco-pharyngée, montrant que le médicament spécifique de l'anémie hypochrome était aussi celui de ses manifestations anatomo-cliniques.

Formes camouflées de l'anémie de Biermer. — M. BENHAMOU et Mlle MARILL, 1° Femme de 49 ans, atteinte de néphropathie chronique et très anémiée, avait une maladie de Biermer associée à une albuminurie irréductible.

2° Femme de 47 ans, atteinte de dissociation auriculo-ventriculaire avec souffle aortique et artérite sténosante des membres inférieurs ; avait une maladie de Biermer masquée par une cardiopathie chronique. La cure de Whipple, en provoquant au huitième jour du traitement d'épreuve la crise réticulocytaire, sans modifier l'affection viscérale elle-même, apporta la preuve de l'existence d'une maladie de Biermer associée.

Dilatation aiguë de l'estomac à la suite d'une décompression au cours d'un pneumothorax thérapeutique. — MM. JACOB et DUPUY. Chez une femme de 30 ans, portant un pneumothorax droit pour tuberculose pulmonaire, on vit apparaître une réaction pleurale, faisant penser à une perforation pulmonaire transitoire. 13 jours plus tard, à la suite d'une décompression pour soustraction de gaz, apparurent les signes d'une dilatation de l'estomac avec état général grave. L'intolérance gastrique persista pendant 7 jours. Les auteurs pensent, en l'espèce, à un réflexe inhibiteur à point de départ pleural.

Nouvelles courbes radiokymographiques de compression sino-carotidienne. — MM. BORDET et FISCHGOLD. Trois tracés enregistrant simultanément la courbe du bord droit (oreillette et ventricule) et celle du ventricule gauche, et objectivant la pause diastolique, puis les effets puissants de la reprise systolique.

Action thérapeutique, dans la syphilis, d'un iodure double de bismuth et de sodium. — MM. FLANDIN, POUMEAU-DELILLE et RICHOU. La préparation d'un sel soluble de bismuth se fait en dissolvant l'iodure de bismuth dans l'iodure de sodium. Combinaison indolore, d'une efficacité thérapeutique remarquable — et sans toxicité.

Dissociation du flutter auriculaire transitoire. — MM. SOULIÉ, CATTON et BACHMANN. Un cas de bradycardie avec apparition de phases de flutter auriculaire. Chez le malade bradycardie à 40 avec accidents syncopaux. Pression artérielle 30-14. Par périodes apparaît un flutter auriculaire, qui dure 2 ou 3 révolutions cardiaques, et reprise du rythme dissocié.

Méningite scarlatineuse à lymphocytes. — M. OLMER et Mlle LEGRÉ. Apparition chez un enfant de 13 ans, au cours d'une scarlatine, des signes d'une méningite aiguë avec hypertension, hyperalbuminose et réaction lymphocytaire. Guérison.

Asystolie aiguë irréductible guérie par ablation du lobe droit du corps thyroïde. — MM. BRODIN et PETIT-DUTAILLIS. Ce résultat favorable paraît dû au fait que le goitre, d'apparence parenchymateuse banale, était un goitre multinodulaire toxique. Quand le diagnostic de la variété de goitre est impossible, mieux vaut recourir de suite à la chirurgie.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1936)

Ostéosynthèse temporaire au moyen de la broche de Kirschner. — M. LEVEUF signale cette nouvelle utilisation de la broche de Kirschner préconisée par M. Godard.

Infarctus utérin. — M. HUET en rapporte deux observations de MM. S. Huard et Pelle (Rennes). Le premier cas

concerne un infarctus consécutif à une injection savonneuse, le second à un avortement provoqué par des manœuvres purement mécaniques.

Arthrodèse simplifiée de l'articulation sous-astragalienne pour fracture du calcanéum. — M. R.-C. Monod rapporte ce travail de MM. Dieulafé et Baudet (Toulouse). Les auteurs se bornent à faire une arthrodèse de la sous-astragalienne postérieure et à soulever l'astragale à l'aide de greffons ostéo-périostiques, ils ont obtenu ainsi un bon résultat.

Hermaphrodite présentant un séminome tordu. — M. Sorrel présente cette observation de M. H. Oberthur. L'intérêt en réside dans le fait que même après laparotomie, il fut impossible de déterminer le sexe, et l'examen histologique laisse encore persister un doute, car il fut impossible de savoir si la tumeur s'était développée sur un testicule ou sur un ovaire.

M. Chevassu, sur la vue des pièces, incline à penser qu'il s'agit plutôt d'un séminome ovarien.

Urétéro-pyélographies rétrogrades révélatrices de la pathologie réno-urétérale. — M. Chevassu présente un grand nombre de radiographies qui montrent bien les immenses avantages de la méthode, mais qu'il est impossible d'analyser en quelques lignes.

Un cas de maladie de Bessel Hagen. — M. M. Barret (Angoulême) communique cette nouvelle observation typique associant une exostose du cubitus à une luxation du radius avec perforation des téguments. Le malade présentait en outre de multiples exostoses ; guérison très simple par résection de l'extrémité supérieure du radius.

Broche déglutie par un enfant de onze mois. — M. Chaton (Besançon) opère un enfant de onze mois ayant dégluti une broche et présentant une hernie inguinale dans laquelle on percevait facilement la broche. L'extraction fut faite très simplement par appendicectomie après que l'opérateur eut fait passer la broche dans l'appendice.

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1936)

M. Rouvillois, président, fait part aux membres de l'Académie du décès de M. Reverchon.

Deux cas de pseudarthrose de l'humérus. — M. Cunéo rapporte ces deux observations dans lesquelles M. Tailhefer a dû réintervenir après ostéosynthèse par plaque de Shermann et lames de Parham. Dans les deux cas, une nouvelle ostéosynthèse avec le matériel de Cunéo, a amené la consolidation.

Paraplégie pottique traitée par laminectomie et greffe. — M. Petit-Dutaillis rapporte cette observation de M. Jung (Strasbourg). La paraplégie s'améliore dès le lendemain de l'intervention et deux ans après, la marche à l'aide de deux cannes est relativement facile. Il semblait s'agir, dans ce cas, d'une compression osseuse.

M. Sorrel met en doute l'action de la laminectomie.

Infiltration novocaïnique du ganglion stellaire par voie externe. — M. Petit-Dutaillis montre les avantages et expose la technique de la méthode de M. Goinard.

Novocaïnisation de la chaîne sympathique. — M. Petit-Dutaillis rapporte 14 observations de M. Goinard, concernant des affections très diverses : algies, rhumatisme ankylosant progressif, œdème des membres inférieurs, etc., et suivies de résultats variables.

Eventration diaphragmatique compliquée d'étranglement herniaire dans un diverticule du diaphragme. — M. Quénu rapporte cette belle observation de M. Stoianovitch (Belgrade), qui a pu poser le diagnostic exact avant l'opération, mais n'a pu sauver un malade, dont l'état était déjà presque désespéré.

Trois cas de tumeurs bénignes du côlon pelvien. — Un cas d'iléo-colo-recto-plastie. M. Okinczyc communique ces trois observations de malades opérés en période d'occlusion, et pour lesquels le diagnostic exact ne fut porté qu'après l'opération.

Sphincter anal continent par myoplastie pédiculée et innervée. — M. A. Richard a choisi un faisceau du grand adducteur et a obtenu par cette technique un très beau succès.

Cellulite torpide inguino-crurale. — M. Lombard communique cette observation très rare de cellulite sans aucune réaction ganglionnaire.

Diagnostic actuel des tumeurs des os. — M. Huet apporte les résultats lointains de tumeurs osseuses opérées par Lecène et dont l'examen histologique avait montré la malignité : la mortalité rapide avait été de 14 sur 15 et montre bien la grande exactitude des examens histologiques. M. Huet conclut que la biopsie est actuellement un mal, mais un mal nécessaire.

M. Moulonguet montre la nécessité de tenir compte pour l'établissement du diagnostic de tous les examens et de l'évolution.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LES MÉDECINS DES HÔPITAUX ET LES MALADES PAYANTS

Le Conseil d'Etat vient de se prononcer sur une question fort intéressante pour les Médecins des Hôpitaux, puisqu'il s'agissait de savoir si ceux-ci peuvent recevoir dans certains cas des honoraires spéciaux en plus du traitement qui leur est alloué par les administrations hospitalières.

Voici le problème. On sait que les hôpitaux accueillent différentes catégories de malades. Tout d'abord, en vertu des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893, les malades privés de ressources. A ceux-ci s'ajoutent les victimes d'accidents du travail, les militaires, les pensionnés de la loi du 31 mars 1919, etc., que les hôpitaux sont tenus de recevoir en vertu d'obligations légales.

En ce qui concerne ces deux catégories, les hôpitaux ne réalisent aucun bénéfice ; les frais d'hospitalisation leur sont remboursés par la collectivité du domicile de secours qui acquitte un prix de journée forfaitaire correspondant à la dépense journalière moyenne engagée par l'établissement pour chaque malade.

Il existe enfin une troisième catégorie de malades, composée de personnes disposant de certains moyens et désireuses de bénéficier des garanties médicales données par l'hôpital. Celui-ci est en droit de leur faire payer un prix de journée sur lequel il réalise certains bénéfices. Peut-on les contraindre à verser, en outre, des honoraires aux médecins qui leur ont donné des soins ?

Une délibération de la Commission des Hospices Civils de La Rochelle avait précisément autorisé le corps médical de ceux-ci à réclamer directement des honoraires aux malades payants, et c'est sa validité qui vient d'être soumise à l'appréciation du Conseil d'Etat.

Devant la haute juridiction administrative, le Commissaire du Gouvernement a admis le principe d'une rémunération spéciale due par les malades payants aux Médecins des Hôpitaux ; mais il s'est prononcé contre le versement direct du malade au médecin, motif pris de ce que toute somme perçue à l'occasion du fonctionnement d'un service public ne peut l'être qu'en vertu d'un règlement fixant, par une mesure générale, la quotité de cette taxe et son mode d'exigibilité.

En conformité de ces conclusions, le Conseil d'Etat a décidé que, les hôpitaux et hospices communaux constituant des établissements publics, « les médecins attachés à ces établissements hospitaliers ne peuvent pas réclamer directement des honoraires aux malades usagers de ce service public, quels que soient le titre auquel ces malades y sont admis et le montant du prix de journée perçu ».

Le versement direct est donc seul condamné. Par contre, le principe de l'honoraire est implicitement accepté. Son montant devra être arrêté par voie de règlement et pourra être déterminé en fonctions de considérations spéciales à chaque malade, ainsi que l'a admis le Commissaire du Gouvernement. Il s'agira ainsi d'une véritable taxe perçue et recouvrée au profit du médecin par l'hôpital.

Ajoutons que cette décision est conforme à un arrêt de la Cour de Cassation du 25 février 1903 et à un arrêt de la Cour de Montpellier du 26 mars 1900, de telle sorte que la jurisprudence paraît maintenant bien établie à l'égard de cette question.

C. NATTAN-LARRIER,
Docteur en Droit,
Avocat à la Cour de Paris.

LIVRES NOUVEAUX

Tableau de la caricature médicale depuis les origines jusqu'à nos jours, avec 130 gravures (1), par M. A. Weber.

La caricature médicale présente un intérêt particulier pour le médecin. Elle nous montre la médecine vue par le malade. Et elle n'est pas tendre. C'est ce côté philosophique et instructif que le professeur Laignel-Lavastine fait ressortir dans sa préface. « Le mérite de M. Weber a été, dit-il, de considérer le développement de la caricature en fonction de réalités profondes telles que l'histoire des idées et l'évolution des mœurs. » Mais l'auteur a un autre mérite, celui d'intéresser ses lecteurs. Lisez ce charmant livre.

L. G.

LA PEAU

Ce dessin n'a d'autre but que d'indiquer la méthode et le procédé.

La peau représente le plus vaste organe d'absorption du corps humain. Cette expression fait comprendre toute l'activité qu'on peut retirer d'un pareil élément. Organe de respiration à grande surface et à grand débit, la peau présente, en outre, cet avantage de dialyser, c'est-à-dire de choisir et de régler la vitesse d'absorption. Elle laisse pénétrer sans à-coup et sans shock ce qu'elle sent n'être pas nocif et en quantité voulue. Elle défend l'organisme en se défendant elle-même ; elle ajoute à sa facilité d'assimilation une certitude d'équilibre qui fait qu'on peut solliciter son concours à tous les âges.

Elle est certainement le seul organe auquel on puisse demander un travail aussi sûr et aussi subtil, sauf à la voie rectale peut-être.

(1) In-8. — Paris, Le François.



L'estomac n'est le même nulle part. Vous ne pouvez sans risque lui faire avaler du goudron, de la créosote, etc., en même temps que des aliments. Et ce n'est pas une raison parce qu'on ne signale pas d'accidents pour qu'il n'y en ait pas.



Donc, ne fatiguez pas vos malades. Ne troublez ni l'équilibre général, ni l'équilibre des voies digestives. Utilisez la peau, agent dialytique merveilleux, et faites absorber gaïacol, terpinol, hélénine, eucalyptol et sève de pin sous la forme commode de Bronchodermine.

Faites enduire la peau du dos, les aisselles, quel que soit l'âge du nourrisson ou du vieillard, et vous aurez fait absorber le maximum, de ce que le malade peut assimiler d'activité médicamenteuse, en évitant l'ingestion de drogues qui, dans cet ordre d'idées, ne sont jamais sans inconvénients. Cette médication nouvelle et spécialement dosée donnera beaucoup plus que ce qu'on peut attendre d'elle. Le traitement cutané des maladies des voies respiratoires est un nouvel avenir thérapeutique. La figure indique le mode d'emploi simple et qui permet le traitement actif ou préventif à tous les âges, partout, à l'école, au bureau, en voyage ou chez soi. (*Bronchodermine.*)

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU CALCANÉUM [1]

FORMES CLINIQUES DES FRACTURES DU CORPS

1er degré. — Les signes sont au minimum : arrière-pied à peine déformé, voûte plantaire intacte. *Tous les symptômes sont à la face externe du corps*, sous la pointe de la malléole : gonflement maximum, soulèvement dur et douleur localisée.

A la radio : pénétration discrète du thalamus. La facette articulaire devient horizontale, l'anse de Böhler diminue.

3e degré. — Déformations considérables : les malléoles et l'arrière-pied sont noyés dans un énorme gonflement, le talon est élargi, écrasé, globuleux, la plante bombée, convexe, totalement effondrée.

A la radio, éclatement total de l'os, l'astragale enfoncé au milieu des débris. Lésions associées fréquentes. Effondrement de toute la voûte : *pied plat traumatique.*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 29, p. 510.

Fracture transversale à trait unique, sans enfoncement associé du thalamus, très rare. Divise le calcanéum en deux fragments qui s'écartent, d'où affaissement de la voûte.

Evolution et pronostic. — Essentiellement **d'ordre articulaire et redoutables dans l'ensemble** en l'absence d'une réduction orthopédique ou sanglante précoce qui ne met d'ailleurs pas toujours à l'abri de séquelles graves :

Arthrite traumatique sous-astragalienne et parfois médio-tarsienne, avec décalcification ;

Déséquilibre du pied du fait du valgus ;

Dénivellement des surfaces d'appui ;

D'où *marche douloureuse et difficile pendant des années*, surtout en terrain inégal, fatigue rapide, petites entorses à répétition, jusqu'à ce qu'une *ankylose* serrée bloque les articulations et rende la marche indolente. Plus ou moins précoce, cette ankylose peut être en bonne position, mais souvent le pied est fixé en attitude vicieuse. Si le pied plat par rupture du pilier postérieur est compatible avec une adaptation fonctionnelle suffisante, le *pied plat valgus*, par éversement de l'astragale, provoque au contraire une impotence durable.

FRACTURES PARCELLAIRES EXTRA THALAMIQUES

de deux ordres :

1° Fractures articulaires. — Partagent le pronostic redoutable des fractures précédentes :

Grande apophyse. — **Anatomiquement** : soit fracture comminutive associée à une fracture du thalamus ;

Soit fracture isolée : trait oblique en bas et en arrière du sinus du tarse à la plante. L'anse du long péronier latéral soulève le fragment apophysaire, le tendon d'Achille soulève la queue du calcanéum. *L'astragale glisse entre les deux fragments ;*

Soit fracture limitée du bec de la grande apophyse.

Cliniquement : effondrement de la voûte plantaire.

Gonflement et douleur exquise au niveau du sinus du tarse ;

Saillie dorsale de la grande apophyse au-dessus du cuboïde, simulant une luxation médio-tarsienne ;

Rétraction en griffe des orteils par parésie du pédieux.

Radio de face montre bien les lésions.

Petite apophyse. — **Anatomiquement :** rarement isolée, en règle associée à une fracture thalamique ou de la malléole externe. Entraîne la *bascule de la tête astragalienne* qui n'est plus soutenue par sa corniche.

Cliniquement : impotence très marquée, pied plat valgus par éversement de l'astragale, flexion du premier orteil, masse dure et douloureuse comblant le canal calcanéen.

Douleurs très vives à la marche par compression du paquet plantaire.

Radio verticale dorso-plantaire (ampoule dans le creux poplité, plante sur la plaque) montre le trait apophysaire. Profil : montre la bascule astragalienne.

Pronostic. — Toutes ces fractures de diagnostic avant tout radiologique sont d'un pronostic grave, car là encore *d'ordre articulaire* avec séquelles d'arthrite, de troubles trophiques, de subluxation et douleurs à la moindre reprise de la marche. Lorsqu'elles s'associent à une fracture du thalamus, elles viennent encore en aggraver le pronostic.

(*A suivre.*) CHRISTIAN PIERRA.

Le traitement de la dysenterie amibienne, par le Dr Maurice Hamburger, médecin des hôpitaux de Paris, 1 vol. grand in-8 de 84 pages. — Prix : 12 fr. (Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles », J.-B. Baillière et Fils.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 32. — SAMEDI 18 AVRIL 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Levrat.

AGRÉGATION. — Le concours d'agrégation de médecine ouvert par l'arrêté du 29 octobre 1935 est reporté aux dates suivantes pour les sections ci-dessous indiquées :

Section 12, obstétrique. — Jeudi 7 mai 1936.

Sections 1 et 2, anatomie et histologie. — Lundi 11 mai 1936.

Section 9, chirurgie générale, et section 10, ophtalmologie. — Vendredi 15 mai 1936. (*J. O.*, 10 avril 1936.)

EXAMENS D'APTITUDE AUX FONCTIONS D'AGRÉGÉ DES FACULTÉS DE PHARMACIE. — Deux examens d'aptitude aux fonctions d'agrégé des facultés de pharmacie, l'un de pharmacie chimique et des sciences physiques et chimiques appliquées à la pharmacie, l'autre de pharmacie galénique et de sciences naturelles appliquées à la pharmacie, s'ouvriront à Paris le 15 février 1937. (*J. O.*, 10 avril 1937.)

LE MAINTIEN DES SURSITAIRES SOUS LES DRAPEAUX. — Le président de l'Union nationale des étudiants a été reçu par le directeur du cabinet du ministre de la guerre et lui a présenté une protestation au sujet des étudiants sursitaires qui devaient être libérés le 11 avril et qui, en raison des circonstances, ont été maintenus sons les drapeaux.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE ROUBAIX. — La vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Roubaix est déclarée ouverte. (*J. O.*, 10 avril 1936.)

MÉDECINS ADJOINTS DE SANATORIUMS PUBLICS. — Mlle le docteur Roche a été nommée médecin adjoint au sanatorium de Plougonven (Finistère).

UN HOMMAGE A LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Le professeur Holmgren, directeur du plus grand hôpital de Suède, membre du Parlement, qui a fait récemment une conférence à la Sorbonne, a déclaré dans une interwiew accordée au *Dagens Nyheter* que l'accueil qu'il avait reçu à Paris était le propre de l'amabilité française.

Le professeur a fait le plus vif éloge des hôpitaux parisiens et dit que la Suède peut beaucoup apprendre en étudiant les laboratoires français. Après avoir condamné le préjugé encore trop répandu que la science allemande constitue quelque chose d'exceptionnel, le professeur a noté avec satisfaction le progrès de l'influence médicale française en Suède. Il a exprimé également sa joie d'avoir été dans un pays où la science a un caractère parfaitement objectif, contrairement à ce qui se passe en Allemagne, où la science est devenue un simple instrument de propagande nationaliste. (*Le Temps.*)

LE DOYEN DES OFFICIERS DE RÉSERVE n'est pas comme on l'a dit le capitaine Hans âgé de 92 ans, mais notre confrère le docteur Reumaux, ancien médecin-major de 1re classe dans l'armée Faidherbe en 1871. Il est âgé de 96 ans, et, comme il l'écrit spirituellement au *Temps*, il lit son journal sans lunettes.

Beaucoup de ses cadets peuvent l'envier.

HOMMAGE A M. MORAX. — Les amis, les collègues et les élèves de Victor Morax se réuniront à l'hôpital Lariboisière

en mai 1936, lors du Congrès annuel de la Société française d'ophtalmologie, pour commémorer son souvenir et placer son portrait dans le service qu'il a organisé, puis dirigé pendant 21 ans.

Une souscription est ouverte à cet effet. Une reproduction sera remise à tout souscripteur de 100 fr.

Prière d'adresser les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (VIe). (Compte chèques postaux, Paris 599.)

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES MÉDECINS RADIESTHÉSISTES. — La prochaine réunion de l'Association internationale des médecins radiesthésistes aura lieu le samedi 9 mai 1936, à 20 h. 30, à la mairie du VIe arrondissement, place Saint-Sulpice, Paris.

Ordre du jour : Etude radiesthésique des farines et des pains. — Déductions diététiques. — Phytothérapie sous contrôle rhabdique.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Une série de revision de travaux pratiques, en vue des examens, commencera le lundi 11 mai 1936, à 15 h. (salle des T. P., escalier C, 3e étage, au-dessus de l'entresol), et se continuera tous les jours pendant dix séances.

Droits d'inscription : 25 fr.

Présenter la quittance d'inscription au bureau du chef des travaux pour la mise en série. Nombre de places strictement limité à 300, réparties en deux séries.

Aucune inscription ne sera acceptée après le 2 mai 1936.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. le professeur Robert Barany, professeur à l'Université d'Upsal, lauréat du prix Nobel de médecine en 1914; il était né à Vienne en 1876; les docteurs Alfred Festal, ancien interne des hôpitaux de Paris (1882), à Arcachon; Gibert, à Divonne-les-Bains; Jean Duntze, à Nîmes; Léopold Vabre, à Béziers; Vinas, à Bassan; Joseph Mollard, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, président de la Société de Saint-Luc, président de l'Association des médecins du Rhône; E.-C. Aviragnet, médecin honoraire des hôpitaux de Paris. M. Aviragnet était né en 1865. Interne des hôpitaux en 1888, il avait été nommé médecin des hôpitaux en 1899. Au moment de sa retraite il était médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

4e Congrès de la Presse médicale latine (Venise, 1936). — Le Congrès aura lieu du mardi 29 septembre au samedi 3 octobre 1936, à Venise, sous la présidence du sénateur professeur Davide Giordano, président de la Fédération de la Presse médicale latine.

RAPPORTS. — *Histoire de la Presse médicale dans les Pays latins.* MM. Tricot-Royer (Belgique), Enrique Noguera (Espagne), P. Piccinini (Italie), da Silva Carvalho (Portugal), Valerio Bologa (Roumanie).

— *Influence sociale de la Presse médicale.* M. Le Sage (Canada), T. Oliaro (Italie), Ed. Coelho (Portugal).

— *L'Enseignement médical et la pratique médicale dans les pays latins.* MM C. Perez (Italie), Danielopolu et Pavel (Roumanie).

Les rapporteurs français, suisses et américains-latins restent à désigner.

Un programme très complet de réceptions, de visites et d'excursions a été prévu. Les 2 et 3 octobre, les congressistes se rendront à Trieste, Abbazia (coucher), Postumia, Gorizia, Redipuglia. Un voyage à Rome est également prévu au retour d'Abbazia.

La cotisation est fixée à 80 lires ou 100 francs français pour les membres titulaires, 40 lires ou 50 francs français pour les membres adhérents accompagnant les membres titulaires.

Pour les adhésions et tous renseignements, s'adresser au docteur L. M. Pierra, secrétaire général de la Fédération, 52, avenue de Breteuil, à Paris.

Les chèques doivent être établis au nom de M. Robert Gardette, secrétaire administratif de la Fédération.

CHRONIQUE

UN HOMMAGE AU PROFESSEUR BACALOGLU (DE BUCAREST)

On vient de fêter à Bucarest, sous la présidence de S. E. Angelesco, ministre de l'Instruction publique, la nomination du professeur Constantin Bacaloglu à la direction de la clinique médicale de l'hôpital Coltzea.

A cet hommage se sont associés ses amis de France : le professeur Achard qui fut le maître de Bacaloglu, les professeurs Emile Sergent, Marcel Labbé et Lemierre.

Est-il nécessaire de rappeler que Bacaloglu a été interne des hôpitaux de Paris comme S. E. Angelesco, comme Daniel, comme le regretté Jonnesco ? Nous n'oublions pas l'année passée avec lui à la salle de garde du vieux Beaujon, quand Bacaloglu était interne de Fernet.

Devenu un des grands maîtres de la clinique médicale à Jassy et à Bucarest, notre cher collègue n'a jamais cessé, au cours de sa laborieuse et belle carrière, de montrer son attachement à la science médicale française et son affection fidèle à ses vieux amis de Paris.

De tout cœur nous nous associons à l'hommage qui vient de lui être rendu.

F. L. S.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'ÉLECTROLOGIE EN 1935

PAR

Louis DELHERM et Jean LOUBIER

Chef du Service central d'Electro-Radiologie de l'hôpital de la Pitié.

Chef du service d'Electrologie de l'Hôpital Américain.

I. — GENERALITES

Diathermie à ondes courtes et thérapeutique endocrinienne. (FERRIER, *Annales de l'Institut d'Actinologie*, juin 1935.) — La diathermie avec plaques paraît plus capable de localiser l'action à une glande déterminée que les ondes courtes.

La thérapie à ondes ultra-courtes. (Erwin SCHLIEPHAKE (Giessen), *Journal de Radiolologie et d'Electrologie*, tome 19, N° 6, juin 1935.) — On peut distinguer quatre qualités caractéristiques de la thérapie à ondes ultra-courtes :

1° L'effet de la chaleur qui atteint immédiatement les plus petites parties ;

2° L'effet sélectif ;

3° Les réactions spécifiques sur les colloïdes ;

4° L'effet de profondeur visé.

A propos des ondes ultra-courtes. (DELHERM et FISCHGOLD, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.* t. 19, N° 6, juin 1935.) — Pour Schliephake, les ondes ultra-courtes n'ont aucun rapport ni avec la diathermie, ni avec la d'Arsonvalisation. Les auteurs, par des arguments d'ordre physique, technique et biologique, prouvent qu'il faut regarder les ondes courtes comme une des formes de la d'Arsonvalisation.

Pouvoir bactéricide de l'eau soumise à l'action combinée de l'argent métallique et du courant électrique continu. (Nicolas METALNIKOFF. *C. R. Ac. Sc.*, 5 août 1935, t. CCI, p. 411.)

Sur la relation entre les conductibilités électriques de l'air et le danger provenant de la foudre. (Robert GIBRAT et Georges VIEL, *C. R. Ac. Sc.*, 1er avril 1935, t. CC, p. 1233.)

Les ondes courtes à Vienne. (J. MEYER, *Annales de l'Institut d'actinologie*, tome X, N° 1.)

Longueur d'onde et spécificité des ondes courtes. (DELHERM et FISCHGOLD, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, t. 19, N° 12, déc. 1935.) — Discussion de la définition physique des ondes courtes et ultra-courtes et relation de quelques expériences.

Sur la nature et les résultats d'application des ondes courtes. (DELHERM et FISCHGOLD, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, déc. 1935.) — Du point de vue thérapeutique, les ondes courtes et ultra-courtes constituent un progrès. Elles permettent une grande amélioration de la technique ainsi qu'un certain élargissement des indications de la diathermie classique.

Les spectres à l'encre de Chine pour l'étude des ondes courtes. (DENIER, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electroth. et de Radiol.*, mai 1935.) — Relations d'expériences faites pour étudier le champ des ondes courtes depuis 22 mètres jusqu'à 80 centimètres.

Les ondes courtes. (DE NOBÈLE (de Gand), *Ann. de médecine physique et de physiothérapie*, janv. 1935.)

Introduction à l'étude des fièvres locales. (SAIDMAN, *Annales de l'Institut d'Actinologie*, mars 1935.) — Tableau indiquant pour plus de 30 points du corps humain la température moyenne, le chiffre trouvé le plus souvent, les chiffres extrêmes de chaque région, les écarts observés.

Sur un nouveau mode d'utilisation des ondes courtes. (SURMONT et LE GO, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, déc. 1935.) — La technique que les auteurs proposent permettra d'augmenter en profondeur l'action électrique pure de la d'Arsonvalisation sans effet calorique appréciable.

Influence de la d'Arsonvalisation endocrinienne sur la laxité ligamentaire et sa mise en évidence par le redressement des pieds plats. (M. FERRIER, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, déc. 1935.) — La d'Arsonvalisation endocrinienne corrige les pieds plats en renforçant la tonicité des ligaments. La mise en évidence de cette action permet de fixer les signes objectifs facilement appréciables de l'empreinte du pied normal.

II. — APPAREILS ET TECHNIQUE

L'angle d'impédance et sa mesure (test de Mme Brazier) avec présentation de l'appareil. (SAINTON, DAUSSET et LAMY, *Bull. off. de la Société française d'Electrothérapie et de Radiologie*, janv. 1935.) — Les auteurs présentent l'appareil imaginé par l'un d'eux. La mesure de l'angle d'impédance est d'une application facile et rapide. Les chiffres obtenus par la mesure de l'angle d'impédance sont augmentés dans les thyrotoxicoses, normaux ou diminués dans les goitres simples.

Nouvelle note sur les ondes alternatives à longues périodes. (A. LAQUERRIÈRE, *Bull. off. de la Société fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, janv. 1935.)

Présentation d'un nouvel appareil à ondes ultra-courtes à éclateur. (*Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, fév. 1935.)

Présentation d'un chronaximètre. (Jean DUBOST, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, mai 1935.)

La mesure des ondes courtes en électrothérapie. (F. PASTEUR, *Journ. de Radiologie et d'Electrologie*, t. 19, N° 8,

août 1935.) — La mesure des ondes courtes est indispensable, car elle permet d'avoir des données scientifiques précises pour apprécier la valeur d'un appareil, régler la conduite d'un traitement et fournir des termes numériques qui en rendront la compréhension facile pour le lecteur des observations publiées dans la presse médicale. Cette mesure peut s'effectuer pratiquement à l'aide du fluxmètre ou du photowattmètre de l'auteur.

La production et l'utilisation des courants progressifs excito-moteurs dans le polyflux des docteurs Delherm et Laquerrière. (DELHERM, LAQUERRIÈRE et FOURNIER, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiologie*, avril 1935.) — Les auteurs présentent une modification de leur « polyflux », qui permet d'obtenir une meilleure utilisation du rôle sélectif des courants à établissement progressif produits par cet appareil au point de vue excito-moteur.

Quelques précisions au sujet de modalités électriques excito-motrices utilisées en thérapeutique. (A. LAQUERRIÈRE, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, t. 19, N° 16, juin 1935.) — L'auteur passe en revue les courants de Lapicque, les courants ondulés et les ondes alternatives à longue période ; il rappelle les effets trophiques de ces dernières, effets dont il ne faut pas priver les malades ; c'est pourquoi il a fait construire un polyflux qui n'est plus limité à 3 courbes de changement d'état, mais réalise une gamme aussi étendue que celle des condensateurs de Lapicque.

La d'Arsonvalisation à ondes courtes individuelle ou collective par la méthode du condensateur variable. (DAUSSET et ARRAUD, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electroth. et de Radiol.*, nov. 1935.)

Les tests endocriniens utilisés dans le service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu. (DAUSSET, FERRIER, LAMY et SIMARD, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electroth. et de Radiol.*, oct. 1935.) — Présentation d'un film très intéressant sur le métabolisme basal et l'angle d'impédance, etc.

Présentation d'un « Thermasix » 350 watts, 6 mètres. (DUFLOT, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electroth. et de Radiol*, nov. 1935.)

Utilisation d'un thermomètre électrique cutané. (SAIDMAN, *Annales de l'Institut d'Actinologie*, mars 1935.) — Thermomètre composé de couples thermoélectriques avec des dispositifs tels qu'il permet une lecture rapide et est d'une manipulation très commode.

Potentiomètre à faible intensité. (F. PASTEUR, *Bull. officiel de la Soc. fr. d'Electroth. et de Rad.*, mai 1935.) — La lampe et le tube au néon, qui constituent cet appareil, conviennent particulièrement pour apprécier les sources électromotrices à faible débit et à haut voltage.

Quantitométrie des ondes courtes. (PASTEUR, *Bull. de la Soc. fr. d'Electroth. et de Radiol*, mars 1935.)

A propos de la technique de l'électro-coagulation. (COTTENOT, *Bull. de la Société de Dermatologie et de Syphil.*, n° 3, 1935.) — Pour toute électrocoagulation il faut pratiquer une anesthésie parfaite.

Pour l'électro-coagulation monopolaire, il faut employer une large électrode indifférente fixée à proximité immédiate de la lésion.

L'auteur a fait construire une électrode bipolaire avec deux aiguilles amovibles facilement stérilisables.

III. — PHYSIOBIOLOGIE

Sur l'apparition des cancers spontanés dans les élevages des souris au sol en rapport avec les différences de potentiel cage, terre. (Fred VLÈS et André DE COULON, *C. R. Ac. Sc.*, 15 avril 1935, t. CC, p. 1435.)

Courbes spécifiques de décharge des tissus animaux, cancéreux et normaux, chargés électriquement. (Mlle Dinah ABRAGAM, *C. R. Ac. Sc.*, 25 mars 1935, t. CC, p. 1144.) — Un échantillon de tissu est soumis à un courant continu (15 milli) pendant 2 minutes, entre deux plaques de cuivre. On a ainsi un véritable accumulateur, dont on observe la décharge.

L'allure des courbes est constante pour un tissu déterminé quel que soit l'animal qui a fourni ce tissu. Certains tissus normaux donnent des maximums et des minimums caractéristiques. On ne les retrouve pas avec les tissus cancéreux.

Action des ondes courtes sur les sérums antivenimeux ainsi que sur leurs mélanges neutres avec les venins correspondants. (Mme Marie PHISALIX et Félix PASTEUR, *C. R. Ac. des Sciences*, 8 juillet 1935, t. CCI, p. 163.)

Excitation des tissus lents au moyen des courants s'établissant progressivement par échelons. (R. BONNARDEL et S. GOUDCHAUX, *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. XCVIII, 1935.)

Action des radiations à ondes courtes sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye et sur la résistance à cette infection des animaux immunisés par le B C G. (J. BEERENS et L. REMONCHAMPS, *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. CXIX, 1935, p. 85.)

Sur l'effet excito-moteur de la coupe de haute fréquence. (WEISSENBERG (de Vienne), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, décembre 1935.) — L'auteur a observé que la coupe de haute fréquence produite par un générateur à lampes ou à éclateur n'est pas dénuée d'effet excito-moteur. Ce phénomène est étudié sur la préparation nerf-muscle de grenouille, grâce à la méthode oscillographique. M. Amiot a montré que les courants de haute fréquence ont un effet excito-moteur à condition d'atteindre des seuils élevés.

Contribution à l'étude de l'excitabilité des tissus lents. lois d'excitation électrique des muscles de la sangsue au moyen des décharges de condensateurs et d'ondes rectangulaires. (A. BONNARDEL et S. GOUDCHAUX, *Arch. intern. de Physiologie*, 1935, vol. XLI, fasc. 2, p. 201-221.)

Interprétation de la croissance linéaire des grains d'excitation avec l'intensité des courants de durée fixe. Rôle biologique de la polarisation permanente des nerfs. (Ph. FABRE, *Société de Biologie*, t. CXIX, p. 193, 1935.)

Les données actuelles sur le comportement des organismes électriquement connectés au sol ou isolés de celui-ci. (F. VLÈS (Strasbourg), *Arch. d'Electricité médicale et de Physioth. du cancer*, 43e année, n° 608.) — Au point de vue pratique, à l'heure actuelle, dans beaucoup d'expériences de biologie, on ne peut plus négliger de vérifier dans quelles conditions par rapport à la terre se trouvent les organismes examinés.

Contribution expérimentale à l'étude de la circulation coronarienne chez l'animal « entier ». Le rôle du sympathique dans l'innervation des coronaires. (René LERICHE et René FONTAINE, *Annales de Médecine*, mai 1935.) — Les recherches que les auteurs rapportent prouvent que « si, après stellectomie, la circulation coronarienne change, ce n'est pas dans le sens d'une coronaro-constriction. Comme toutes les intervention sympathiques, elle provoque une vaso-dilatation active ».

IV. — ELECTRODIAGNOSTIC

Modification de l'excitabilité aux courants chevauchants, suivant le traitement de la préparation neuro-musculaire. (A. STROHL, *Soc. de Biol.*, 1935, t. CXVIII, p. 47.)

Excitabilité des muscles squelettiques de l'homme aux courants chevauchants. (A. Strohl et H. Desgrez, *Soc. de Biologie*, 1935, t. CXVIII, p. 519.) — Sur différents muscles ayant des chronaxies différentes, on a toujours trouvé que l'intensité finale du courant chevauchant, dont l'onde initiale est égale et de signe contraire à la rhéobase, présente une valeur inférieure au courant rhéobasique agissant seul.

Les procédés modernes d'électrodiagnostic. (G. Bourguignon, *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. 19, n° 7, juillet 1935.) — Dans ce rapport au 2e Congrès des Electro-Radiologistes (Bruxelles 1935), l'auteur passe en revue les différents procédés modernes d'électrodiagnostic et fait une très large part à la chronaxie, qui est pour lui le procédé le plus sûr et le plus fin.

Les nouvelles conceptions en électrodiagnostic et leur influence thérapeutique. (L. Delherm et H. Fischgold, *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. 19, n° 7, juillet 1935.) — Rapport au Congrès de Bruxelles 1935. Les auteurs exposent les notions récentes concernant l'excitabilité de la moelle épinière et du système autonome sympathique et parasympathique.

Les expériences sur l'animal et les recherches cliniques chez l'homme permettent aux auteurs de dégager la signification du courant faradique et du courant continu en électrophérapie. Le courant faradique, à ondes brèves et répétées, est le courant qui excite les systèmes itératifs ; il agit sur les viscères seulement par l'intermédiaire du nerf. Le courant continu peut exciter la fibre lisse, à condition que son passage dure au moins dix secondes (temps utile d'une chronaxie de l'ordre de la seconde).

Rapport sur les applications pratiques des courants progressifs de Lapicque en électrodiagnostic et en électrothérapie. (P. Duhem, *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. 19, n° 7, juillet 1935.) — Rapport au Congrès des Electro-Radiologistes, Bruxelles 1935.

A propos du mécanisme d'action des courants ondulés par rhéostats métalliques. (A. Laquerrière, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, février 1935.) — L'auteur rappelle que le prof. Lapicque estime que les courants fournis par l'appareil de Bordet provoquent une tétanisation et non une contraction lente, mais il remarque que cette contraction est progressive et atteint son maximum à un moment, et non pas uniforme comme en cas de tétanisation. Laquerrière pense qu'il s'agit du phénomène rapporté par Babinski, Delherm et Jarkowski sous le nom d'excitabilité galvanique latente. Pour que ce phénomène se produise il faut qu'il soit en quelque sorte détecté par un courant continu d'une certaine intensité.

Note sur les courants progressifs en électrodiagnostic. (Delherm et Fischgold, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, février 1935.) — Les courants progressifs sont d'une grande utilité en électrodiagnostic. Ils permettent de sélectionner la contraction lente d'un muscle isolé et celle d'une partie des fibres constitutives du muscle. Ils peuvent être le départ d'une thérapeutique excito-motrice judicieuse du muscle dégénéré à côté de l'excitation au métronome et des courants de Laquerrière.

Quelques recherches sur l'électrodiagnostic par les courants progressifs. (Bourguignon, *Bull. off. de la Société fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, février 1935.)

Des deux méthodes d'électrodiagnostic par courants progressifs. (Fabre, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, février 1935.)

La valeur de la capacité d'élimination dans la méthode employée par le docteur Duhem. (Enriquez (Salamanque), *Bull. off. de la Société fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, février 1935.) — On ne peut pas affirmer que, dans le circuit shunt préconisé par Lapicque, il existe une capacité d'élimination pour tous les muscles normaux ; cette capacité n'est certainement pas de 2 microfarads.

Différences entre l'électrodiagnostic linéaire sur les nerfs et sur les muscles. (Fabre, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, février 1935.)

Vingt ans de recherches sur la physiologie chronaxique sensitivo-motrice du système cérébro-spinal (Bourguignon, *Bull. off. de la Société française d'Electrothérapie et de Radiologie*, juin 1935.)

Action adjuvante d'un courant galvanique anélectrotonisant sur l'excitation par courant progressifs (Ph. Fabre, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, juillet 1935.)

Utilisation des courants galvano-linéaires en électrothérapie. (Ph. Fabre, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, juillet 1935.)

Excitation électrique par courants à échelons symétriques. (André Strohl, *Soc. de Biologie*, t. CXX, 1935, p. 1294.)

La chronaxie dans le mouvement volontaire et dans la douleur chez l'homme normal. Chronaxie statique et chronaxie dynamique. (*C. R. Ac. des Sciences*, 2 septembre 1935, t. CCI, p. 487.) — L'auteur confirme l'augmentation de chronaxie par la douleur de la région intéressée. Cette augmentation ne se constate qu'au point moteur musculaire et non sur le trajet du nerf.

Le mouvement volontaire. Comparaison de la flexion et de l'extension au membre supérieur. (Bourguignon, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, octobre 1935.) — Revue des travaux de l'auteur sur le mouvement volontaire. Il en résulte que : 1° la contraction volontaire d'un muscle n'en modifie pas la chronaxie ; 2° le mouvement volontaire est toujours composé de deux actes, l'un qui se passe dans les muscles contractés, l'autre qui se passe dans les antagonistes.

Influence du développement de la polarisation en densité décroissante le long du nerf sur l'excitation atteinte. (Ph. Fabre, *Société de Biologie*, t. CXVIII, 1935, p. 1529.)

Quantité d'électricité et énergie des courants liminaires continus et à échelons de même durée (A. Strohl, *Soc. de Biologie*, t. CXVIII, 1935, p. 1385.)

Effet de l'anélectrotonus sur l'évolution du degré d'excitation d'un nerf au cours du passage d'un courant progressif linéaire. (Ph. Fabre, *Soc. de Biologie*, t. CXVIII, p. 992. 1935.)

Mesure de l'excitabilité réflexe chez l'homme (L. Delherm et H. Fischgold, *Société de Biologie*, t. CXIX, p. 131, 1935.) — Application à l'homme de la technique de Lapicque produisant l'excitation itérative de la moelle au moyen d'un cylindre à cames branché sur le chronaximètre de Bourguignon. Pour chacun des muscles examinés, on établit ainsi une courbe des intervalles et une courbe des nombres qui permettent de trouver approximativement la chronaxie des cellules de la moelle.

Sur l'état d'excitation des nerfs en fin de passage d'ondes rectangulaires de durée fixe et d'intensités différentes. (Ph. Fabre, *Société de Biologie*, t. CXIX, 1935, p. 191.)

V. — DERMATOSES

Radiodermite chronique des radiologistes traitée par l'électrolyse négative. (L. Delherm et Mme Fainsilber, *Bull. off.*

de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie, mars 1935.) — Radiodermite chronique des mains avec formation kératosique chez un radiologiste de la première heure. Ces formations ont été traitées et guéries en une séance unique d'électrolyse négative. Pour obtenir le résultat il faut employer la méthode des nœvo-carcinomes.

Chéloïde de la face guérie par l'électrolyse négative. (L. DELHERM et Mme FAINSILBER, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, mars 1935.) — Cas de chéloïde peu étendue et de date récente, récidivée après ablation chirurgicale et qui a été guérie par l'électrolyse négative.

Le clivage par électrolyse négative dans le traitement des verrues et en particulier des verrues plantaires. (A. LAQUERRIÈRE, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, juin 1935.) — Si l'on réussit correctement le clivage, la verrue tombe en laissant une peau saine. Dans les deux observations rapportées, les sujets ont pu reprendre leur travail le lendemain.

L'exérèse endothermique d'un cancer cutané de fort volume. (Albéric MARIN (de Montréal), *L'Union médicale du Canada*, mai 1935.) — Enorme cancer du cuir chevelu chez un homme de 80 ans et qui reste guéri depuis un an par l'électro-coagulation. La cicatrisation, avec les courants de H. F., s'établit rapidement, les récidives ne sont pas plus fréquentes qu'avec la radiothérapie et les résultats esthétiques sont excellents.

Electro-chirurgie des cancers de la peau. (DUCOURTIOUX, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, février 1935.)

VI. — SYSTEME NERVEUX

Le traitement d'une paralysie faciale et son résultat. (Mlle SENELLART et M. BÉRA, *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 10 mars 1935.) — Fillette de 10 ans atteinte de paralysie faciale congénitale avec R. D. complète. L'ionothérapie iodurée a donné d'excellents résultats sans modifier la R.D.

Traitement de la névralgie faciale par les courants de haute tension. (M. BELLE, *Journ. des Sc. médic. de Lille*, 10 mars 1935.) — Deux observations de névralgie faciale ; guérison rapide par l'effluvation de la machine statique.

Les névralgies du trijumeau. (J. HAGUENAU, *La Presse Médicale*, 27 février 1935.) — L'auteur divise les névralgies de la face en trois grandes formes et indique la thérapeutique pour chacune d'elles.

Traitement des séquelles d'hémiplégie par la d'Arsonvalisation à ondes courtes. (Paul DESCOMPS et DAUSSET, *Archives Hospitalières*, mars 1935, p. 140.)

Traitement électrique de la maladie de Volkmann par la diélectrolyse d'iode. (BOURGUIGNON, *Revue d'Orthopédie*, sept. 1935.)

Pronostic et traitement de la poliomyélite par les courants progressifs. (Paul DUHEM, *La Presse Médicale*, 13 novembre 1935.) — Les courants de Lapicque sont sélectifs : on peut traiter des muscles peu touchés, moyennement touchés ou très touchés suivant que l'on introduira dans le circuit des capacités faibles (5 à 10 m.f.), moyennes (10 à 20 microfarads) ou fortes (20 à 60 m.f.).

Maladie de Basedow et diélectrolyse transthyroïdienne au calcium. (André MEYER, *Bull. de la Soc. de Radiologie méd. de France*, mars 1935.)

Amélioration rapide d'un cas grave de poliomyélite par les courants de Lapicque. (Cirera TERRÉ (de Barcelone), *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, juin 1935.) — Malgré la gravité du cas (R. D. totale), les courants de Lapicque ont amélioré le petit malade à tel point que l'auteur peut affirmer une guérison qui, selon lui, n'aurait été obtenue par aucune autre méthode.

Algie rebelle chez une opérée de pseudo-cancer du rectum. Guérison par la révulsion faradique. (A. LAQUERRIÈRE, *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. 19, n° 12, décembre 1935, avec fig.) — La révulsion faradique, trop oubliée à l'heure actuelle, a l'inconvénient d'être un procédé douloureux, mais est quand même mieux tolérée que le « torpillage » par courant continu. Il faut se rappeler que la révulsion faradique est capable de guérir des cas invétérés qui ne relèvent pas du pithiatisme.

La recherche des petits signes électriques dans les sciatiques anciennes essentielles. (CASTAY et MARQUÈS père, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, mai 1935.) — Ces petits signes constatés chez des malades ayant une sciatique (18 observations), sont : hypoexcitabilité faradique et galvanique ; signe de la *danse des jumeaux* ; recherche électrique du signe de Babinski ; contractions fasciculaires du grand fessier.

Syndrome congénital caractérisé par une double paralysie faciale, une double paralysie de la VIe paire et un double pied bot. (Jacques DECOURT et P. PERREAU, *Arch. de Médecine des Enfants*, juillet 1935.) — L'examen électrique fait par Bourguignon a montré abolition complète, au niveau du facial supérieur, de la contractilité au galvanique et au faradique. Au facial inférieur les réactions n'étaient que diminuées sans modification qualitative.

VII. — APPAREIL GENITO-URINAIRE

Du traitement de la blennhorragie par les ondes courtes. (COLONIEU, MIRAMOND DE LAROQUETTE et A. BLONDEAU, *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de France*, mars 1935.) — Sur 13 cas rebelles aux autres traitements, les auteurs ont obtenu 50 p. 100 de succès.

Projection d'un film sur la diathermo-coagulation des cervicites chroniques. (J.-E. MARCEL, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mai 1935.) — Ce film permet de suivre 5 malades et illustre cette méthode rapide, simple et économique tout en ouvrant de larges horizons sur la cinématographie, jamais réalisée jusqu'alors, des cavités profondes de l'organisme.

La d'Arsonvalisation mammaire de faible intensité. Son action sur le système endocrinien. (DAUSSET et FERRIER, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiol.*, mars 1935.)

La diathermie dans le traitement des états pathologiques du petit bassin. (TITUSNE, *Amer. Journ. of Obst. et Gynecol.*, t. 29, juin 1935.)

Indications et techniques thérapeutiques des cervicites chroniques. (R. LABRY et J. VILLAR, *Gynécologie et Obstétrique*, t. 31, mars 1935, p. 291.) — Rapport présenté au IXe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, Alger, avril 1935. Tous ceux qui font de la thérapeutique gynécologique, tous ceux qui s'intéressent à la coagulation et à la diathermie liront avec fruit ce beau rapport, où les indications, la technique, les résultats de ces thérapeutiques sont si bien étudiés.

La méthode d'Apostoli dans les utérus fibromateux. (LABORIE, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, décembre 1935.) — L'auteur regrette que cette

méthode, qui, voilà 30 ans, a donné de si remarquables résultats dans les métrites et dans les fibromes, soit tombée dans l'oubli et remplacée par des méthodes modernes qui, dans certains cas, ne donnent pas de meilleurs résultats. Il cite un cas d'utérus fibromateux avec métrorragie. La radiothérapie, la curiethérapie, le curettage avaient échoué. La métrorragie fut guérie par 4 séances (20 mA., 20 minutes) d'électrolyse intra-utérine de cuivre.

Les ondes courtes en gynécologie. (R. Proust, R. Moricard, J. Pulsford, *La Presse Médicale*, 22 juin 1935.) — Les ondes courtes constituent un important chapitre de la physiothérapie gynécologique. On devra agir avec une grande prudence dans les affections aiguës.

Ondes courtes en applications intra-cavitaires (Delherm et Mme Fainsilber, *Revue d'Actinologie et de Physiothérapie*, avril 1935.) — Onze observations d'applications vaginales pour annexites : dès le début les douleurs diminuent ainsi que les pertes, et les masses annexielles sont résorbées.

Le traitement diathermique de certaines ménorragies d'origine endocrinienne. (Chenilleau et Perrier, *Revue d'Actinologie et de Physiothérapie*, avril 1935.)

VIII. — AFFECTIONS CHIRURGICALES

Note sur les applications directes intra-cavitaires des ondes courtes (vagin, rectum). (Delherm et Mme Fainsilber, *La Presse Médicale*, 9 janv. 1935, p. 51, avec fig.). — Au matériel existant, les auteurs ont adjoint un condensateur.

Les applications se font intracavitaires pour le rectum (fissure, sphinctéralgie, ulcération anale) et pour le vagin (métrite; périmétrite, douleur, phénomènes congestifs).

Avec les applications correctes, aucune brûlure n'est à craindre, ne jamais dépasser 2 ampères et se fier à la sensation du malade.

La diathermo-coagulation des amygdales chez l'enfant. (Larsonneur et Boutarel, *Concours Médical*, 20 janvier 1935.) — Méthode qui supprime toute émission sanguine et ne donne aucune bride cicatricielle ; on fera des séances légères qu'on répétera dix, huit et même douze fois.

Indications et idées directrices du traitement électro-chirurgical des cancers de la peau. (M. Ducourtioux, *La Presse Médicale*, 26 janvier 1935, avec fig.) — Des deux procédés : électro-coagulation et section, c'est l'électro-coagulation qui joue le plus grand rôle dans l'intervention pour tumeurs malignes. Par le blocage immédiat des vaisseaux sanguins et lymphatiques, elle réduit au minimum les risques de greffe et d'essaimage des cellules cancéreuses.

Traitement des cancers épithéliaux de la mandibule par l'électrocoagulation suivie de curiethérapie. (Gernez, P. Moulonguet et L. Mallet, *Journal de Chirurgie*, n° 3, mars 1935.) — L'électrocoagulation, suivie de curiethérapie par appareil moulé, évite ou retarde, dans les cas de cancers épithéliaux du maxillaire inférieur, la rupture de l'arc mandibulaire et résout le problème de la prothèse maxillaire précoce. L'électro-coagulation de l'os entraîne la formation très lente d'un séquestre sec, aseptique. On n'a jamais constaté de radio-nécrose.

Contribution à l'étude des cataractes électriques. A. Gabrielidès (d'Athènes), *Archives d'Ophtalmol.*, juin 1935, p. 394, 1 fig.) — L'observation publiée est intéressante par l'apparition simultanée de la cataracte électrique aux deux yeux, le siège d'application du courant très éloigné de la région oculaire, l'épaisseur extrême de la cristalloïde antérieure en son milieu.

Le traitement moderne du botryomycome. (G. Higarmenakis (Athènes), *Annales de Dermatologie*, août 1935, p. 714.)

Réflexe distal vaso-constricteur des vaisseaux lymphatiques à l'état pathologique. (Marquès père, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, juillet 1935.) — Une malade opérée de verrue présentait de la lymphangite consécutive. L'électro-coagulation de la verrue fit disparaître la traînée de lymphangite. Marquès pense qu'il s'agit d'une vaso-constriction des lymphatiques.

Traitement des canaux par la haute fréquence. (Dechaume et Mme Rabinovitch-Davis, *Revue de Stomatol.*, juillet 1935, p. 466.)

Un cas d'épiphysite tibiale antérieure guérie par les ondes courtes. (Blondeau, Miramond de Laroquette et Coste, *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de France*, mars 1935.)

Un cas d'abcès du poumon guéri par les ondes courtes. (Gunsett, Bouton, Metzger et Sichel, *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de France*, mars 1935.)

Ondes courtes intra-rectales dans les affections ano-rectales. (L. Delherm et Mme Fainsilber, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie et de Radiologie*, mars 1935.) — Les auteurs présentent sept observations. Aucun incident n'a été enregistré. Les onde courtes intra-cavitaires ont une action rapide, cicatrisent rapidement les ulcérations et guérissent le prurit. Huit séances en moyenne.

Quelques traitements par la diathermo-coagulation. (Durand-Dastes, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electroth. et de Rad.*, décembre 1935.) — L'auteur montre que dans bien des cas la diathermocoagulation peut remplacer avantageusement la chirurgie.

A propos du traitement des cirrhoses ascitogènes par la diathermie. (Henri Beau, *Revue d'Actinologie et de Physiothérapie*, sept-octobre 1935.) — Quoique le pronostic reste sombre, on pourra, dans certains cas récents à gros foie et à bon filtre rénal, observer des rémissions remarquables.

L'électrothérapie dans les affections non cancéreuses de l'œsophage. (G. Ronneaux, *Revue d'Actinologie et de Physiothérapie*, sept.-octobre 1935.)

Traitement des sténoses cicatricielles et spasmes au moyen de l'électrolyse et de la faradisation, quelquefois même par la haute fréquence.

La diathermo-coagulation dans le traitement du cancer des os. (Bordier, *Arch. d'Electricité médic. et de Physioth. du Cancer*, novembre 1935.)

L'électro-chirurgie dans certaines formes de cancers anorectaux. (Gernez, *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, n° 30, p. 1213.) — L'auteur utilise l'électro-coagulation depuis 1928.

L'oblitération des déchirures rétiniennes par la diathermo-coagulation. (Prosper Veil et M. A. Dollfus, *Archives d'Ophtalmologie*, t. LII, n° 3, mars 1935.) — Cette méthode donne 55 p. 100 de guérisons.

L'électro-chirurgie dans le traitement des tumeurs de la cavité buccale. (Gernez, *Revue de Stomatologie*, avril 1935.) — Association de l'électro-chirurgie et du traitement radioactif. Cette technique, d'après l'auteur, supprime les risques opératoires, la douleur et l'infection consécutive.

La pratique de l'ionisation en oto-rhino-laryngologie. (Ch. Seiter, *Ann. d'Oto-Laryngologie*, février 1935.) — L'auteur étudie la technique de l'ionisation appliquée en spécialité, les indications du traitement et les incidents qui peuvent survenir au cours de l'application.

IX. — BIBLIOGRAPHIE

Leçon inaugurale du professeur Didiée, titulaire de la chaire de Radiologie, Electrologie, Physiothérapie et Radiumthérapie au Val-de-Grâce. (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tome 19, n° 10, octobre 1935, p. 582.)

Les bases physiques et techniques des traitements de haute fréquence (diathermie, d'Arsonvalisation, ondes courtes). (H. WEISZ, 1 vol. de 76 p., 56 fig. J. Springer, éditeur, Vienne, 1935.)

Considérations sur le traitement électro-radiologique des sciatiques. (BERNARD, thèse de Paris, 1935, Jouve, éditeur.) — L'auteur classe les nombreuses modalités du traitement électro-radiologique des sciatiques d'après la phase de la maladie : à la période aiguë, à la période d'état, à la période des séquelles. Il base également le choix de l'agent thérapeutique sur la forme clinique de la névralgie sciatique.

Les ondes hertziennes courtes et leurs applications en médecine. (Et. H. HENRARD (Bruxelles), *Bull. de la Soc. franç. d'Electrothérapie et de Radiologie*, Prix d'Arsonval.)

Néodiathermie à ondes courtes. (H. BORDIER et T. KOFMAN, 1 vol. in-8°, 140 p., 55 fig., J.-B. Baillière et fils, 1935.) — Précis clair et concis exposant l'état actuel de cette nouvelle modalité thérapeutique.

Les auteurs pensent : « qu'il n'y a aucune raison, pas plus historique que théorique, de séparer les ondes courtes des ondes moyennes et longues, c'est la d'Arsonvalisation dans tous les cas... le terme de d'Arsonvalisation doit donc désigner les applications thérapeutiques des ondes électriques, quel que soit le rang qu'elles occupent dans la vaste gamme électromagnétique ».

L'histamine. Pharmaco-dynamie. Mode d'action sur l'organisme. Méthodes d'utilisation. Indications thérapeutiques. (L. DELHERM et A. et M. GAJDOS, Vigot frères, éditeurs, Paris, 1935.) — Les auteurs, s'appuyant sur une littérature considérable et sur leur expérience personnelle, ont essayé de réaliser une synthèse d'études physiologiques et d'observations cliniques qu'ils jugent utiles pour le médecin spécialiste.

Indications de la physiothérapie en chirurgie et en gynécologie. (G. DANIEL (de Marseille), 1 vol., Maloine, éditeur, Paris, 1935.) — Ce livre passe en revue les indications des agents physiques, dans les traumatismes, dans les affections chirurgicales inflammatoires et tuberculeuses, enfin, dans les tumeurs.

X. — CONGRES

Deuxième Congrès annuel des Médecins électro-radiologistes de langue française (Bruxelles, 30 juillet-3 août 1935). — Trois rapports ont été présentés par MM. Bourguignon, Delherm et Duhem, sur les conceptions nouvelles concernant l'électro-diagnostic et les conséquences thérapeutiques. Nous avons résumé ces rapports à la rubrique électro-diagnostic.

En dehors de ces trois rapports, diverses communications concernant l'Electrologie ont été faites :

Mme Baude et Huault : Nouveau traitement des ulcères variqueux.

Cherfils : Sur quelques cas traités par la d'Arsonvalisation à ondes longues et à ondes courtes.

Devois et Morel Kahn : Projections de fims cinématographiques sur des questions d'Electrologie.

Denier : Les ondes ultra-courtes de 80 centimètres.

D'Halluin : La mort provoquée par les courant de H. F. semble uniquement due au facteur thermique.

Masmonteil : Dilatation de paraphimosis par l'électrode condensatrice.

Moldaver : Les modifications de la chronaxie dans l'ataxie locomotrice progressive.

Pasteur : Fluxmètre à ondes courtes.

Mme Tedesco : Un cas de paralysie obstétricale suivi par l'examen électrique depuis la naissance jusqu'à l'âge de six ans.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 MARS 1936)

Néphrite érysipélateuse. Chlorémie, élimination urinaire. Alcalose provoquée par ingestion de bicarbonate de soude. — MM. LEMIERRE, LAPORTE, LAUDAT, MEYER-HEINE. Rechute d'hypochlorémie, survenue après la guérison clinique d'une néphrite érysipélateuse et provoquée par une élimination excessive de chlorure de sodium par les urines. La réitération de l'hypochlorémie a cédé rapidement à une rechloruration par voie digestive. Pour remédier à l'acidose coïncidant avec l'azotémie, la malade a reçu chaque jour par la bouche 8 gr. de bicarbonate de soude pendant 11 jours. A signaler que le chlore globulaire s'est montré plus abaissé que le chlore plasmatique et que le rapport chloré est tombé à 0,38. Ce phénomène peut être dû à l'ingestion de bicarbonate de soude.

Néphrite érysipélateuse. Action du bicarbonate sur l'acidose. Innocuité du chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine pour le rein malade. — MM. LEMIERRE, LAPORTE, LAUDAT, DAURU. Poussée aiguë de néphrite survenue au cours d'un érysipèle grave chez un homme ayant eu plusieurs atteintes de néphrite hématurique. L'administration chaque jour par la bouche de 8 gr. de bicarbonate de soude pendant 12 jours, a fait monter la réserve alcaline à 62 volumes. L'urée sanguine s'est élevée à 3 gr. 25 et est revenue à la normale. Le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine a amené la guérison rapide de l'érysipèle. Ce traitement a été poursuivi pendant toute la durée de la néphrite, qui a favorablement évolué. Ce traitement est sans danger.

Ulcères gastro-duodénaux d'origine appendiculaire. — M. BROTIN et Mme TÉDESCO attirent l'attention sur l'association fréquente des deux lésions dont le point de départ est l'appendice ; la propagation se faisant par les lymphatiques du carrefour iléo-cœcal qui croisent la troisième portion du duodénum. Le spasme duodénal peut être mis en évidence par l'étude du transit digestif. Il peut persister entre les crises et servir d'indication pour l'intervention précoce.

Ulcère gastrique et appendicite. — M. FLANDIN. Malade au cours d'une appendicite chronique antérieurement connue, fit une crise d'appendicite aiguë et une perforation gastrique. Le diagnostic put être fait : 1° par la localisation précise de la douleur initiale à l'estomac ; 2° par l'attitude du malade assis et courbé en avant ; 3° par le seul vomissement initial, suivi d'efforts non suivis de vomissement, ce qui est le signe du vomissement dans le ventre par la perforation.

Anémie pernicoïde des cirrhoses. — MM. N. FIESSINGER, BOUDIN et LAUR. La déficience fonctionnelle du foie se manifeste au cours des cirrhoses par un retentissement sur le mode de réparation globulaire. Les auteurs étudient une anémie sans ictère hémolytique qu'ils appellent l'anémie

pernicoïde des cirrhoses. Ces anémies apparaissent après une hémorragie digestive abondante, d'où anémie profonde, hypochrome, sans mégaloblastose, mais avec poïkilocytose et anisocytose passagères. Les auteurs estiment que l'anémie pernicoïde traduit une déficience de la fonction hématopoiétique du foie sous l'influence de la cirrhose.

Polynévrite barbiturique. — MM. Pasteur Vallery-Radot et Israël. Dans ce cas, la polynévrite était totale, diffuse avec troubles moteurs portant sur tout le membre, abolition des réflexes, et hypoesthésie. Les troubles prédominaient à la main. Les premiers signes apparurent après une intoxication chronique par le gardénal, et après l'absorption d'une dose massive du toxique.

Lithiase pancréatique et diabète. — M. Labbé. Lithiase pancréatique s'étant accompagnée de diabète modéré, lequel évolua sous forme de crises douloureuses rappelant les coliques hépatiques, s'accompagnant de subictère et compliquées d'un grand amaigrissement. Une balanite fit rechercher le diabète (45 gr. de sucre). Un examen radiologique permit de déceler le diagnostic et d'éliminer la lithiase hépatique. L'intervention chirurgicale permit d'extraire un calcul de la tête du pancréas. Le malade succomba à une congestion pulmonaire. Le calcul était de carbonate de chaux.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(Séance du 4 mars 1936)

Infarctus intestinal. — M. Gautier (Angers) a observé deux infarctus successifs du grêle, qui guérirent sans autre thérapeutique qu'une laparotomie sous anesthésie générale et à la récidive des injections répétées d'adrénaline.

Guérison des fistules pottiques par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine. — M. D. Ferey (Saint-Malo) en rapporte deux cas.

Evolution spontanée de l'ostéomyélite aiguë. — M. Leveuf apporte les conclusions de son important travail. Il insiste tout d'abord sur l'évolution spontanée assez régulière de l'ostéomyélite aiguë de l'adolescent et montre que l'opération ne la modifie guère. Puis il étudie les modalités de la phase septicémique et montre qu'elle ne correspond pas au stade de début, et que l'intervention ne la raccourcit pas.

Il conclut en montrant les avantages de l'opération tardive.

M. Bazy souligne l'intérêt très général de la communication de M. Leveuf.

M. Sorrel craint que les directives de M. Leveuf ne soient trop écoutées par des chirurgiens n'ayant pas son expérience clinique.

M. Mathieu appréhende que l'attente systématique ne multiplie la fréquence des arthrites suppurées.

M. R.-C. Monod rappelle que ces principes de temporisation donnent toute satisfaction dans l'ostéomyélite du maxillaire.

M. Grégoire rappelle ses recherches sur la vaccination dans l'ostéomyélite et montre qu'elle lui a permis de temporiser comme M. Leveuf ; les résultats étaient excellents.

M. Martin estime que la temporisation doit être excessivement prudente.

M. Mauclaire craint que cette méthode ne favorise les formes prolongées de l'ostéomyélite.

M. Brechot a l'impression que les ostéomyélites actuelles sont moins graves qu'il y a trente ans.

Diagnostic des tumeurs des os. — M. Roux-Berger communique un très beau travail basé sur des observations et des radiographies qu'il est impossible de résumer sans risquer d'en tirer des conclusions erronées.

(Séance du 11 mars 1936)

M. le Président fait part à l'Académie du décès de Sir Charles Ballance et de M. Rastouil.

Ostéome spongieux du maxillaire inférieur. — M. Moulonguet en rapporte une observation instructive de M. Petrignani (La Rochelle).

Lésions urétérales consécutives à certaines hystérectomies abdominales. — M. Soupault présente un travail de M. Roger Petit et insiste sur les modifications de calibre dues à certaines techniques imparfaites d'hystérectomie. Il montre que le simple cathétérisme suffit très habituellement à guérir ces lésions.

M. Chevassu estime que des urétéro-pyélographies ascendantes donneraient des images plus probantes.

M. Gouverneur rappelle que la simple dénudation de l'uretère peut suffire à modifier la motricité du conduit.

Luxation de l'épaule. Ossification para-articulaire. — M. Huet rapporte une observation de M. Cabouat (Nîmes), qui a observé un ostéome pré-articulaire apparaissant complètement stabilisé après une régression importante.

MM. Madier et Moulonguet ont observé des cas assez analogues.

M. Sénèque montre le rôle favorable du traitement antisyphilitique, même lorsque les réactions sérologiques sont négatives.

M. Mathieu oppose aux calcifications périscapulaires banales les ostéomes traumatiques vrais, que la radiothérapie peut améliorer.

M. Mauclaire confirme la chose et rappelle que le salicylate de soude a, lui aussi, des succès à son compte.

Fistule urétéro-sigmoïdienne. — MM. Brocq et David montrent les immenses services que leur a rendus, dans un cas, l'urétéro-pyélographie rétrograde en permettant un diagnostic préopératoire impossible par toute autre méthode.

Epithélioma cylindrique du col utérin. — MM. Brocq, Palmer et Parat communiquent cette observation où l'hystérectomie totale élargie dut être complétée par une résection bilatérale des veines iliaques externes. Ils insistent sur la radio-résistance de ce type de tumeur qui rend l'intervention nécessaire et sur son extrême lymphadénotropisme.

M. Bazy signale les difficultés de certaines interprétations de biopsie de col utérin.

MM. Roux-Berger et Moulonguet tiennent à insister sur l'extrême rareté de ces cas douteux.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(Séance du 15 février 1936)

Etude comparative de la présence du Treponema pallidum dans le cerveau des paralytiques généraux et des souris syphilisées expérimentalement. — MM. A. Marie et G. Stroesco ont examiné le cerveau de 16 paralytiques géné-

raux d'une part, l'encéphale de nombreuses souris inoculées de syphilis depuis 446 à 586 jours, d'autre part, afin d'y déceler le *Treponema pallidum*. Alors que dans plus de 75 p. 100 des cas, le tréponème fut mis en évidence dans la corticalité cérébrale des paralytiques généraux, il fut impossible de déceler des spirochètes dans l'encéphale virulent de souris atteintes de syphilis expérimentale inapparente.

L'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle chez le cobaye et chez le lapin suivant leur provenance, leur habitat, leur race. Conséquences théoriques et pratiques. — MM. G. Ramon et R. Richou confirment le rôle, dans l'acquisition de l'immunité antitoxique naturelle, de certains facteurs tels que ceux relevant du genre de vie et de l'habitat qui, en favorisant les infections apparentes ou occultes, permettent l'apparition et le développement, dans certains organismes, de l'antitoxine spécifique.

L'existence de l'immunité antistaphylococcique chez les animaux utilisés comme réactifs peut fausser les résultats de l'expérimentation lorsqu'il s'agit d'apprécier le pouvoir immunisant de l'anatoxine staphylococcique. Aussi est-il préférable d'évaluer le pouvoir antigène intrinsèque de l'antitoxine par la réaction de floculation.

Toxine d'un bacille dysentérique des nouveau-nés. — Mlle M. Aïtoff. Ce bacille, dont les propriétés biochimiques et morphologiques se rapprochent du bacille de Flexner, possède une exotoxine qui provoque chez le lapin une réaction, ressemblant au choc anaphylactique. L'endotoxine a une affinité élective pour le gros intestin, où elle produit des lésions analogues à celles de l'infection bacillaire, de même qu'elle en reproduit les symptômes : diarrhée profuse avec perte de poids et abaissement de la température.

Le mode de transmission et de propagation de la spirochétose provoquée par le Spirochaeta muris. Son organotropisme. — M. Stroesco.

1° La propagation de la spirochétose provoquée par *Sp. muris* s'effectue chez les muridés pendant la copulation ;

2° Ce spirochète présente un organotropisme électif pour les vésicules séminales et pour les glandes de Bartholin ;

3° La sécrétion de ces glandes constitue le milieu optimum de culture *in vita* de *Sp. muris* ;

4° Le pourcentage de contamination de l'élevage étudié est voisin de 100 p. 100.

En examinant, par des procédés d'imprégnation argentique, des fragments de peau du périnée, chez des souris femelles contaminées de syphilis, il a été possible de découvrir, dans le derme et autour des vaisseaux, des spirochètes ressemblant au *Treponema pallidum*.

Etude histologique des reins de lapins injectés avec des sels d'argent. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Ph. Seringe et Mlle P. Gauthier-Villars. Après injections répétées de sels d'argent chez les lapins, on ne provoque pas de néphrite biologiquement décelable. Les examens histologiques montrent des reins à peine modifiés. Après de nombreuses injections, l'argent apparaît sous forme d'un liséré brunâtre homogène autour des tubes ; il ne pénètre pas dans les cellules tubulaires qui restent intactes. Comme pour les néphrites expérimentales d'origine aurique, c'est le cheminement du métal dans le rein qui conditionne les lésions.

La pneumococcie prolongée de la souris. — MM. J. Troisier, M. Bariéty et G. Brouet démontrent l'existence d'une pneumococcie prolongée de la souris, qui souvent évolue sous forme de maladie inapparente.

La fréquence avec laquelle, dans ces cas, le pneumocoque est obtenu par culture du cerveau exprime une localisation nerveuse du germe dont l'intérêt, en pathologie générale, doit être souligné.

Note sur l'action « in vitro » sur le sérum sanguin humain par le principe gonadotrope. — MM. Guy Laroche, Demanche, Simonnet, Lebeau ont fait agir sur des sérums humains une solution contenant un principe gonadotrope (Antélobine Byla). Utilisant pour les réactions au sérum frais le pouvoir hémolytique normal anti-mouton du sérum humain, après titrage, ils ont constaté, dans 63 p. 100 des cas, l'absence d'hémolyse.

Parmi les sujets à réaction négative, 20 sur 23 étaient âgés de plus de 60 ans. Les réactions positives, presque constantes chez l'adulte, sont donc très rares chez le vieillard.

Les réactions au sérum chauffé avec un complexe hémolytique lapin anti-mouton sont presque toutes négatives.

Il ne s'agit pas d'une sanction empêchante normale, banale, mais bien d'une action particulière de l'Antélobine sur certains sérums, qui auraient pour elle une affinité spéciale qu'on peut qualifier de réagine.

Etude de la chronaxie dans la maladie de Paget présentée par M. Lapicque. — MM. Escalier et Fischgold donnent les résultats de recherches chronaxiques effectuées sur 9 malades atteints de la maladie osseuse de Paget. Dans la plupart des cas, les chronaxies se trouvent diminuées, parfois d'une façon très importante, ou à la limite inférieure de la normale, sans que l'on puisse retrouver un rapport net entre ces diminutions et l'état clinique ou humoral du malade. La diminution de la chronaxie paraît donc pouvoir, dans les cas douteux, être un argument en faveur du diagnostic de maladie de Paget. Cette altération chronaxique présente ce caractère particulier qu'elle apparaît sur un petit nombre de muscles, alors que les autres gardent une chronaxie normale ou même augmentée.

Modifications de l'excitabilité de diverses fibres nerveuses sous l'action de la nicotine. — MM. A. et B. Chauchard et Paul Chauchard, suivant sur divers nerfs les variations de l'excitabilité à l'aide de la méthode chronaximétrique, montrent que la nicotine est un poison de la fibre nerveuse elle-même, l'affinité de cette substance pour une fibre paraissant d'autant plus grande que la chronaxie de cette fibre est plus élevée. Ils expliquent ainsi l'inexcitabilité des nerfs sous l'influence des fortes doses de nicotine, sans qu'il soit besoin de faire intervenir, comme on le fait classiquement, un empoisonnement des synapses ganglionnaires.

Action de la nicotine sur l'excitabilité des nerfs centripètes et centrifuges du pneumogastrique. — MM. D.-T. Barry et A et B. Chauchard injectent, chez le Chien, dans un segment de la gaine du nerf vago-sympathique compris entre deux ligatures modérément serrées, une solution de nicotine. Ils constatent des modifications de la chronaxie dont l'importance varie suivant les fibres nerveuses considérées : centrifuges cardio inhibitrices, centripètes inhibitrices respiratoires. Avec des doses suffisantes de nicotine, les fibres cessent de répondre aux excitations, bien que, dans les conditions expérimentales, la substance n'ait pu agir sur les synapses.

Caroténoïdes et oxydation des lipides. — M. Verne montre que les lipides qui sont naturellement colorés par les caroténoïdes ne donnent pas de réaction avec l'acide fuchsine-sulfureux (réaction de Feulgen-Verne). En traitant des coupes riches en enclaves lipidiques, par une solution de carotène, on empêche l'auto-oxydation qui se produit normalement au niveau de ces enclaves et qui les rend positives à la réaction de Feulgen-Verne. Les caroténoïdes constituent des agents de protection efficace des lipides contre l'oxydation.

L'action des rayons X sur la respiration des cellules rénales du cobaye irradiées « in vitro ». — MM. A. Dognon,

B.-S. LEVIN et D. NACHMANSOHN. L'action des rayons X sur les processus fournissant l'énergie à la cellule, en particulier sur l'oxydation, a été examinée à plusieurs reprises. Jusqu'à présent, on n'a pas trouvé une influence.

C'est pourquoi les auteurs se sont posé de nouveau cette question. En employant un tube à rayons X émettant la dose considérable de 2.000 r par seconde, les auteurs trouvent, en effet, une action très marquée des rayons X sur la respiration de la cellule.

Des coupes de reins de cobayes ont été exposées au rayonnement avec des doses variant entre 500 et 8.000 unités roentgeniennes ; ensuite, la consommation d'oxygène a été mesurée dans le liquide de Ringer par la méthode de Warburg.

L'examen des résultats d'une cinquantaine d'expériences amène les auteurs à la conclusion suivante : les rayons X exercent sur la cellule irradiée « in vitro » une action directe, en diminuant aussitôt la consommation d'oxygène. Cela se produit déjà par des doses relativement peu élevées (500 r). Des doses extrêmement élevées (de 1 à 8 millions r) suppriment la respiration cellulaire presque complètement.

SESSION ANNUELLE MONTPELLIÉRAINE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE

(28 mars 1936)

Le coup de soleil, par A. AIMES, professeur agrégé (Montpellier). — Accident fréquent de la cure solaire, le coup de soleil provoque des lésions locales et des effets généraux.

I. *Lésions locales.* — C'est d'abord l'érythème primaire, dû aux rayons calorifiques ; érythème secondaire, dû aux rayons ultra-violets ; puis apparaissent un pointillé hémorragique, la pigmentation et la desquamation, ces dernières à la fin de la première semaine qui suit l'érythème ; dans les formes graves s'observent de l'œdème et des phlyctènes.

La photosensibilité varie avec l'intensité des radiations, la durée du temps d'exposition, le coefficient personnel de réaction, suivant les saisons, les climats, l'alimentation, les diverses régions du corps, la coloration des téguments, l'âge et les facteurs pathologiques.

Considéré autrefois comme une simple réaction des téguments aux rayons chimiques, l'érythème serait, actuellement, pour certains auteurs, un phénomène plus complexe et interviendraient dans son apparition une substance H, du type de l'histamine, formée *in situ* et, à côté de ce facteur cyto-hormonique, l'influence du système nerveux vaso-moteur en relation avec le sympathique.

L'organisme est défendu par la vaso-dilatation locale, par la sudation et par l'hyperkératose, par la formation de filtres épidermiques de plus en plus absorbants, par augmentation du volume des micelles des colloïdes protidiques du protoplasma (Keller) et aussi par l'antagonisme biologique des radiations (Prof. Pech) : les rayons rouges et infrarouges neutralisent les rayons violets et ultra-violets et provoquent par la vaso-dilatation un afflux sanguin qui constitue un écran pour les ultra-violets.

II. *Effets généraux.* — Dans le coup de soleil léger, on observe de la lassitude, une sensation de malaise général, de l'obnubilation, de la céphalée, des vertiges, des nausées ; dans les formes profondes de la fièvre, du délire, de l'oligurie, de l'albuminurie.

A côté se placent les actino-anaphylactoses, le photobiotropisme. Ces manifestations abictiques apparaissent lorsqu'il y a excès d'exposition au soleil, intolérance ou sensibilisation. Mais il y a aussi des effets utiles, biotiques, des modifications humorales favorables dans l'héliothérapie : action sur les vitamines, sur le sang, dermophylaxie, etc..., stimulation du système nerveux, avec réaction psychique (psychose du coup de soleil) et peut-être réaction défensive, suivant la loi du balancement neuro-cutané, réaction utilisée dans le traitement de la syphilis, du tabès, par Gougerot, Rajka et Radnai.

Le traitement est surtout préventif : étude de la photosensibilité du sujet avant de l'exposer au soleil, entraînement progressif, suppression des catalyseurs. Le traitement curatif consiste à interrompre l'exposition aux rayons solaires, à envelopper la région lésée dans un pansement humide (solution aqueuse de un demi pour cent d'acétate d'alumine), laissé en place pendant deux heures, et suivi d'une application de poudre de talc, protection des sujets photosensibles.

Le coup de chaleur, par le professeur Georges MOURIQUAND et docteur Roger CHARPENTIER (de Lyon). — Le coup de chaleur a été maintes fois bien décrit et en particulier par Lesage, par Weil et Bertoye, par Dufourt, par Ribadeau-Dumas et Imbert, par Gallois, Finkenlstein, Mathieu, etc., etc...

Aussi les auteurs s'attachent-ils surtout à une étude étiopathogénique qui les conduira à ces notions essentielles que sont la pathogénie et le traitement.

On peut considérer chez l'enfant les formes cliniques suivantes :

1° Forme très grave (pâleur, somnolence, hyperthermie : 42°) ;

2° Forme grave (hyperthermie, dyspnée, tachycardie, agitation, convulsions, déshydratation intense, méningisme) ;

3° Forme moyenne (poussée fébrile passagère et troubles digestifs) ;

4° Le petit coup de chaleur (petite élévation de température, vomissements, langue saburrale.

On s'appliquera à ne pas confondre le coup de chaleur avec les syndromes cholériques et, d'une manière générale, avec les poussées thermiques d'origine microbienne. Il conviendra de ne faire le diagnostic de « coup de chaleur » que par élimination. Marfan s'est élevé à juste titre contre la conception qui voulait faire confondre « coup de chaleur » et « choléra infantile ».

Les auteurs étudient les différents éléments de la *thermogénèse* et de la *thermolyse.* Le coup de chaleur survient quand la thermogénèse est exagérée ou surtout quand la thermolyse est entravée.

Ils signalent les notions nouvelles de « température effective », de « température de confort ».

Ils passent en revue l'apparition du coup de chaleur à l'extérieur, à l'intérieur, en appartement, dans les conditions industrielles de surchauffe, le coup de chaleur vestimentaire, le coup de chaleur humide et le coup de chaleur sèche. Ils étudient le rôle du déplacement. Ils envisagent le coup de chaleur aggravant un état fébrile ou une dystrophie.

La prophylaxie et le traitement consisteront :

1° A écarter les facteurs météorologiques pathogènes ;

2° A lutter contre les facteurs de météorolabilité ;

3° A traiter les accidents (ventilation, rafraîchissement, bains, tonicardiaques : huile camphrée, etc...; oxygène, réhydratation : thé léger sucré, solution de Jhon et Mhein, goutte à goutte rectal de sérum glycosé, injection de sérum glycosé isotonique avec une ou deux unités d'insuline).

Les troubles digestifs seront combattus.

4° La climatisation des locaux, et en particulier des services d'hôpitaux rend de grands services, prophylactiques et curatifs.

Le coup de lumière et ses conséquences, par H. Jausion, agrégé du Val-de-Grâce. — L'auteur délimite, au terme de nombreux essais antérieurs, dont les derniers avec F. Pagès, la part qui revient à la lumière dans le coup de soleil des régions tempérées, qui est un mélange à parties inégales d'actinite et de thermite.

Il dénombre sommairement les radiations, visibles et ultra-violettes, responsables de ces lucites, très diverses, qu'il étudiera ensuite. L'antagonisme des rayons extrêmes du spectre lumineux et l'absorption des plus courtes longueurs d'onde par l'ozone et l'oxygène atmosphérique, s'interposent heureusement pour restreindre le dommage. Pour l'accroître, par contre, interviennent, en dehors de la surexposition, l'excès de sensibilité du patient, et surtout les phénomènes de sensibilisation.

Cette luminosensibilisation est un fait physique, dû à l'action de photocatalyseurs, qui peuvent imbiber, dans l'économie, le corps muqueux de Malpighi, véritable écran photodynamique. Il suffit que des radiations, accordées au spectre d'absorption du catalyseur, parviennent alors jusqu'à la cellule imprégnée, pour que leur longueur d'onde soit accrue, et, de ce fait, leur pénétration dans l'organisme, dont la réceptivité lumineuse est ainsi augmentée.

Le phototraumatisme, l'actinite, solaire ou artificielle, a des séquelles trophiques, comme les radiolucites et pigmentaires, telles que les mélanopathies, éphélides et vitiligo, par exemple.

Le photodynamisme conditionne nombre de lucites, que le catalyseur soit exo ou endogène, qu'il s'agisse de coup de lumière acridinique, de pigmentation par les essences, de dermatite bulleuse des prés, d'achromies parasitaires, ou, par contre, de pellagre et d'hydroa vacciniforme.

Sous l'impulsion du photochoc, les virus en sommeil (herpès, acné, staphylocoque, bacille tuberculeux) s'éveillent ou se réveillent ; c'est le photobiotropisme.

La même paralysie des défenses par les rayons fait apparaître des intolérances, en transformant des substances inertes en toxiques occasionnels. Ainsi naissent l'urticaire, le prurigo, les eczémas solaires, les eczémas photomicrobiens, et toutes manifestations de la photoanaphylaxie.

Il arrive même que des dermatoses, n'ayant rien à voir avec le soleil, se localisent à tel territoire cutané, préalablement lésé par l'injure lumineuse (phototypie et photomnémodermie).

En mettant au point la classification qu'il a proposée, dans son livre sur les Maladies de Lumière (Jausion et Pagès, Masson et Cie, édit., Paris 1933), l'auteur fait état des dernières recherches et de ses propres travaux.

Il aborde ensuite le traitement des actinodermatoses. En dehors de la prophylaxie par les pommades protectrices et l'huile de coco, le principe de la cure est la désensibilisation à la lumière. On la pratique en administrant la résorcine « per os » (0 gr. 25), ou la pyrocatéchine (0 gr. 005) par la veine. On prévient les phlyctènes par le Xylol buccal (C gouttes par jour). On neutralise également les effets seconds de l'actinite, en irradiant de rouge-infra-rouge les territoires trop exposés.

Par l'hyposulfite de soude, la pilocarpine, *l'auto-ourothérapie*, on stabilise le système neuro-végétatif trop susceptible. On vient à bout des eczémas solaires, par l'association de résorcine et d'hyposulfite. On égalise les plages dyschromiques de vitiligo, par le brassage pigmentaire.

Les voies aériennes et la tuberculose, par G. Portmann, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux, et H. Retrouvey, ancien laryngologiste des hôpitaux de Bordeaux, médecin des dispensaires antituberculeux du Finistère. Un volume de 312 pages avec 30 figures (Bibliothèque de phtisiologie). — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EXPERTISES

15483. — M. Paul Rives, député, demande à M. le Ministre de la Santé publique : 1° si un médecin expert, qui est chargé de visiter un malade dans un asile d'aliénés (expertise pour la justice, expertise pour l'armée, expertise pour les assurances sociales), doit informer de sa visite la direction, ou bien le médecin traitant ; 2° si le médecin traitant de l'asile doit être avisé de la visite de l'expert par la direction ou par l'expert lui-même. (Question du 18 février 1936.)

Réponse. — Aucune disposition légale ou réglementaire n'oblige l'expert à aviser de sa visite le directeur de l'asile ou le médecin traitant. Mais il est évident que ce dernier, qui tient de la loi le droit de s'opposer à toutes visites de personnes étrangères à l'établissement, dans l'intérêt même des malades, doit être informé de la visite de l'expert et peut lui demander la justification de la mission dont il est chargé. Il paraît sans intérêt pratique que l'avis de la visite soit donné au médecin traitant directement ou par l'intermédiaire du directeur. (*J. O.*, 13 mars 1936.)

REMPLACEMENT PAR ÉTUDIANT ÉTRANGER

3527. — M. Justin Godart, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique et de l'Education physique, si un étudiant naturalisé, qui a fini sa scolarité, mais n'a pas passé sa thèse, pourra se voir interdire de faire des remplacements en vertu de la loi du 26 juillet 1935, du jour où il aura passé sa thèse. (*Question du 22 février 1936.*)

Réponse. — L'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, qui prévoit, dans certains cas, le remplacement de médecins par des étudiants ayant terminé leur scolarité, dispense les intéressés de la production du diplôme d'Etat.

Mais il ne les dispense pas des autres conditions prévues pour l'exercice de la médecine par la loi du 26 juillet 1935.

Si donc l'étudiant en question n'a pas fait son service militaire ou s'il ne se trouve pas dans les conditions de l'article 7, 6e alinéa de ladite loi, il ne peut pas faire des remplacements comme étudiant et il devra, après avoir passé sa thèse, attendre le délai prévu par ledit article 7, paragraphe 2° ou 3° suivant le cas. (*J. O.*, 18 mars 1936.)

PRÉLÈVEMENT DE 10 P. 100

15159. — M. Edmond Mieliet, député, demande à M. le Ministre des Finances, si le prélèvement sur les dépenses publiques institué par les décrets des 16 et 30 juillet 1935 est applicable : 1° aux rémunérations de minime importance (2.400 francs par an) allouées par un hôpital public à ses médecins, alors même que celles-ci ne couvrent pas les frais engagés par eux pour se rendre à l'établissement y exercer leur art ; et, dans l'affirmative, quel taux de prélèvement il convient de leur appliquer, étant donné que ces rémunérations sont appelées tantôt « traitement », tantôt « indemnité », dans les délibérations portant les nominations des médecins de cet hôpital, et que, d'autre part, l'administration hospitalière ignore par quels moyens elle pourrait être renseignée du montant des honoraires éventuellement soumis au prélèvement que perçoivent ces médecins auprès d'autres collectivités publiques, certainement très nombreuses, auxquelles ils apportent leur concours, si le montant de ces honoraires doit faire masse avec les rémunérations allouées à l'hôpital pour la détermination de ce taux; 2° aux mémoires produits par un masseur et une sage-femme, non attachés à l'établissement, mais y exerçant leur art

occasionnellement en l'absence du masseur et de la sage-femme titulaires, pour payement de leurs services, ceux-ci étant rétribués à l'acte professionnel selon un tarif établi par la commission, mais non à la journée ou d'après une rémunération forfaitaire ; 3° aux mémoires produits par le médecin radiologue de l'hôpital pour tous les examens et traitements radiologiques qu'il ne peut faire dans son service hospitalier et qu'il pratique dans sa clinique particulière pour le compte de cet hôpital et selon un tarif agréé par la commission ; et, dans l'affirmative, s'il ne convient pas de déduire de ces mémoires, pour opérer le prélèvement, la part qui constitue pour ce spécialiste une dépense de fournitures et de matériel, ainsi que cela se fait pour les honoraires des architectes et, dans ce cas, quel pourcentage doit entrer en déduction et quel taux de prélèvement il convient d'appliquer aux honoraires proprement dits ; 4° au service d'une rente viagère de 300 fr. que doit servir cet hôpital en exécution d'un legs constitué en rentes sur l'Etat français et dont l'intégralité (300 fr. de rentes) doit être versée au rentier viager ; et, dans la négative, comment l'établissement pourra servir la rente viagère, les coupons de rente étant frappés d'un prélèvement de 10 %. (Question du 30 janvier 1936.)

Réponse. — 1°, 2° et 3° Réponse affirmative. Le tarif de 10 % est applicable dans les cas visés ; 4° en droit, la solution est subordonnée à l'interprétation dont sont susceptibles les clauses du testament. Sous cette réserve, il semble qu'en l'espèce, l'hôpital soit tenu de servir l'intégralité de la rente viagère prévue par le testament nonobstant le prélèvement appliqué aux arrérages du titre de rente légué. (*J. O.*, 13 mars 1936.)

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique hydro-climatologique des maladies du foie et des voies biliaires (1), par Paul Carnot, professeur de clinique médicale à la Faculté, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de Médecine ; Maurice Villaret, professeur à la Faculté, médecin à l'Hôpital Necker, membre de l'Académie de Médecine, et René Cachera, chef de clinique à la Faculté, chef du laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques.

Ce livre constitue une mise au point, d'ordre pratique et théorique, d'un des chapitres les plus importants de l'hydrologie. Peu de maladies, en effet, comportent autant d'indications crénothérapiques que celles du foie et des voies biliaires.

A cause de la multiplicité même des indications cliniques envisagées, les auteurs présentent au début de leur travail un exposé critique des affections hépato-biliaires réellement justiciables de la thérapeutique hydro-minérale.

Ils étudient ensuite les grandes caractéristiques hydrologiques des stations françaises utilisées dans le traitement de ces affections.

Le chapitre le moins important de cet ouvrage n'est sans doute pas celui qui traite du mécanisme d'action des eaux minérales. Les auteurs ont développé tout spécialement, en effet, l'étude de cette question, encore mystérieuse par bien des côtés.

A l'aide des données les plus récentes de l'hydrologie expérimentale, ils montrent comment s'éclairent aujourd'hui en partie les raisons de l'efficacité d'une thérapeutique millénaire.

Pour ne pas quitter son caractère pratique, ce précis fournit ensuite un exposé détaillé des techniques de cure et des divers modes d'application des eaux minérales.

Les facteurs climatiques, souvent sous-estimés en pathologie hépatique, sont ensuite envisagés.

Cet ouvrage se termine par une liste et une description succincte des stations hydro-climatiques françaises utilisées dans les maladies du foie et des voies biliaires.

Tout en donnant une large place aux notions théoriques nouvelles, ce livre ne s'éloigne donc pas du but essentiellement pratique qui lui est assigné.

L. G.

(1) Bibliothèque de thérapeutique hydro-climatologique. In-8 de 152 pages avec 3 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

Pronostic et tempérament. De l'importance de la constitution morpho-physiologique dans l'évolution des maladies (1), par le Dr Franck Tissot (de Saint-Gervais). Préface de M. le professeur Sergent.

Au moment où l'on sent bien que les épreuves de laboratoire ne sont, et ne seront jamais, qu'un appoint à la clinique ; où l'on sent que l'art du diagnostic ne se résoudra jamais par des formules scientifiques, nous voyons avec plaisir la notion de tempérament prendre dans cet ouvrage la place qui lui convient.

Il s'agit là d'une œuvre clinique où la théorie suit les faits sans jamais perdre contact avec eux : « Cette base clinique confère à l'ouvrage de Tissot une solidité indiscutable ». (M. Albeaux-Fernet, science médicale pratique du 15 octobre 1934.)

La première partie est en effet consacrée à l'exposé d'un certain nombre d'observations choisies dans les domaines les plus divers de la pathologie humaine ; un chapitre consacré à l'étude de quatre-vingts cas de mort subite nous a particulièrement frappé.

La deuxième partie, bâtie sur ce fonds d'observations, est consacrée à l'exposé d'une conception morpho-physiologique du tempérament empruntée à Corman. Disons-le tout de suite, il ne s'agit là en aucune façon d'un chapitre de philosophie de la médecine ; cette théorie née des faits et de la pratique quotidienne reste très concrète et ne tend qu'à un but : établir sur des bases objectives quelques principes permettant d'apprécier dès l'inspection la valeur des réactions individuelles, donner quelques règles correctes à l'« impression clinique » dont chacun tient compte et qui ne trompe pas le clinicien averti. Cette partie comporte de nombreuses applications pour le diagnostic et le pronostic des maladies ; elle a en outre le mérite de suggérer une nouvelle voie pour les investigations médicales, comportant des recherches étendues.

Le professeur Sergent qui semble n'adhérer qu'avec prudence à cette étude reconnaît toutefois volontiers que rassemblant « en cherchant à les appliquer un grand nombre de faits..., elle aboutit à une doctrine qui se tient ». Cet éloge réservé prend une réelle valeur dans la bouche du Maître.

La phrase d'Albeaux-Fernet nous semble donc justifiée lorsqu'il conclut : « Solide dans ses données essentielles, impeccable dans l'exposé des travaux de Corman, l'ouvrage de Tissot nous paraît être une excellente monographie pour les nombreux médecins qui désirent se familiariser avec la Morphologie humaine. »

P. S. — Le dessinateur et l'artiste consommé qu'est Pazzi a su donner aux exposés de l'auteur une traduction visuelle saisissante qui contribue grandement à augmenter le relief de l'ouvrage.

L. G.

(1) In-8 raisin de 108 pages avec 30 figures. — Prix : 18 fr. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 33. — MERCREDI 22 AVRIL 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Étudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BREST. — Trois places d'internes en médecine seront vacantes le 1er novembre 1936.

Le concours aura lieu le 12 octobre 1936, à 9 h. du matin, aux hospices civils de Brest.

Adresser demandes de renseignements et se faire inscrire avant le 27 septembre 1936 au secrétariat des hospices civils de Brest, 8 *bis*, rue Traverse.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira en novembre 1936 devant la Faculté de pharmacie de Paris.

— RENNES. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le lundi 19 octobre 1936 devant la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — Un concours pour une place d'agrégé dans la section d'oto-rhino-laryngologie aura lieu au cours du deuxième semestre de l'année universitaire 1936-1937 à la Faculté libre de Lille.

Les candidats devront s'inscrire, avant le 1er avril 1937, par lettre adressée à M. le secrétaire des Facultés catholiques. Leur inscription ne sera admise que si, au préalable, ils ont fait agréer leur candidature par le recteur des Facultés catholiques.

Le concours d'agrégateur comporte les épreuves suivantes :

Epreuve d'admissibilité : composition écrite de 3 heures, sans le secours de notes, sur un sujet d'oto-rhino-laryngologie ; la note 15 sera exigée.

Epreuves définitives : exposé des titres et travaux ; leçon orale de 3/4 d'heure ; épreuve clinique.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser : soit au secrétaire des Facultés catholiques, 1, rue François Baës, à Lille ; soit au doyen de la Faculté libre de médecine, 56, rue du Port, à Lille.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE DES T. C. — M. le médecin général Gravellat, membre assistant au Comité consultatif de défense des colonies, est nommé directeur des services sanitaires militaires de l'Indochine, en remplacement du médecin général Gaillard, rapatriable.

— Mutations :

Médecin colonel. — M. Cristau, médecin et spécialiste des hôpitaux militaires, ministère de la guerre, direction du Service de santé, est maintenu et désigné comme adjoint au directeur du Service de santé au ministère de la guerre.

Médecin commandant. — M. Martene, des troupes du Maroc, est affecté à l'infirmerie hôpital du camp de Sissonne comme médecin chef.

XVIe BANQUET DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le XVIe banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le samedi 16 mai 1936, à 19 h. 30, dans les salons de l'Hôtel Continental, 2. rue Rouget de l'Isle, sous la présidence de M. le docteur Hartenberg, ancien président du Syndicat des médecins de la Seine et de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine.

Un bal suivra le banquet dès 22 h. 30.

Les parents et amis des membres du S. M. S. y sont cordialement invités, ainsi que les étudiants en médecine,

civils et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

LE 80e ANNIVERSAIRE DE FREUD. — On célébrera le 6 mai, à Vienne, le 80e anniversaire de Freud, le créateur de la psychanalyse.

LE NOUVEAU MINISTRE D'URUGUAY A PARIS. — S. E. Guani, ministre d'Uruguay à Paris, vient d'être appelé au poste de Londres. Tous nos confrères parisiens garderont le souvenir de cet éminent diplomate qui s'intéressait avec tant d'aimable courtoisie aux réunions de l'UMFIA. Il est remplacé à Paris par un confrère le docteur Alberto Mane, chirurgien et directeur de l'hôpital militaire de Montevideo, auquel nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin chef, spécialisé, des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Haute-Saône.

Les candidats à cet emploi devront être Français, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine, avoir satisfait à la loi militaire et être âgés de moins de 40 ans (non compris les services militaires qui reculeront d'autant la limite d'âge).

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la Préfecture de la Haute-Saône (cabinet), avant le 1er mai 1936.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Vaquez, membre de l'Académie de médecine, président fondateur de l'Aide aux cardiaques, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de 76 ans; du docteur J.-B.-Joseph Laffitte, ancien interne des hôpitaux de Paris, en 1884, dans la même promotion que Vaquez; du docteur Davioust, victime d'un accident d'aviation, à Majunga (Madagascar).

1er Congrès international des sanatoriums. — Le premier Congrès international des Sanatoriums et des Etablissements de cure privés se tiendra à Budapest, au mois de septembre 1936. Une invitation sera envoyée aux intéressés en dû temps. MM. les congressistes sont priés d'ores et déjà de vouloir bien communiquer le sommaire du thème de leurs conférences éventuelles sur des questions professionnelles et scientifiques, ainsi que leurs propositions, etc., au Comité d'Organisation, afin que celui-ci les puisse mettre sur l'ordre du jour du Congrès.

Toute correspondance à adresser au Comité d'Organisation, Margitsziget (Ile Ste-Marguerite), Sanatorium, Budapest.

Les embellissements de Vichy. — Le programme d'embellissement de Vichy marque, chaque année, une étape nouvelle vers le perfectionnement de l'outillage thérapeutique de la grande station française. Le Corps médical a suivi avec intérêt la création d'un Laboratoire de recherches hydrologiques, la construction du vaste établissement de bains de 2e classe, dits « Bains Callou », l'organisation modèle de l'embouteillage et de l'expédition des eaux, la modernisation et l'agrandissement du grand établissement de première classe.

1936 sera marqué par une importante création, celle d'un parc d'enfants, réclamé depuis longtemps par les médecins de la station. Vichy voit, en effet, croître chaque année sa clientèle enfantine, qui bénéficie heureusement de la cure thermale dans tous les troubles, acquis ou héréditaires, de la nutrition. C'est en traitant l'enfant avant la puberté qu'on peut redresser une hérédité fâcheuse, modifier un tempérament. Mais, en dehors de la thérapeutique thermale proprement dite, il importait de donner à l'enfant l'atmosphère de jeux de plein air qui lui est nécessaire, l'éducation physique qui contribue à son développement ; c'est ce que réalisera le nouveau parc d'enfants, créé sur les bords de l'Allier, dans un cadre charmant de verdure, de fleurs, d'eau limpide Ce parc sera le refuge idéal, d'abord pour les enfants dont on désire momentanément faire assurer la surveillance, dans une atmosphère de bien-être et de plaisir, et ensuite pour les parents qui préfèrent conserver leurs enfants auprès d'eux, sans avoir la charge d'une garde constante et fatigante.

Des jeux d'une extrême variété, surveillés et dirigés par moniteur et monitrice, permettront d'assurer aux familles le maximum de joie et de sécurité pour leurs enfants.

Une organisation d'éducation physique, conduite par un ménage de professeurs diplômés, sous direction médicale, permettra à l'enfant (qu'il accompagne simplement sa famille ou qu'il soit un jeune client de la station) de tirer de son séjour les résultats les plus favorables.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE MAINTIEN DES SURSITAIRES SOUS LES DRAPEAUX

A la suite de la démarche de l'Union nationale des étudiants auprès du ministre de la Guerre, démarche signalée dans notre dernier numéro, le ministère communique la circulaire suivante :

En présence de la situation exceptionnelle créée par les événements des premiers jours de mars, situation qui s'est maintenue sans modification au début d'avril, le gouvernement a estimé indispensable de ne consentir aucune réduction, si minime soit-elle, des effectifs de l'armée.

Comme, d'autre part, il ne pouvait être fait appel à des convocations de réservistes pendant la période électorale, le gouvernement a dû prendre la décision de maintenir temporairement sous les drapeaux les militaires dont les obligations d'activité expiraient le 15 avril. A titre de compensation partielle, ces militaires seront dispensés d'une période de réserve et, par ailleurs, des dispositions bienveillantes ont été prises en faveur de ceux d'entre eux, notamment les sursitaires, qui ont à subir prochainement des examens.

Les convocations de réservistes pouvant être reprises aussitôt après la période électorale, le ministre de la Guerre fait étudier l'échelonnement de ces convocations de manière à réaliser en tout temps les effectifs nécessaires. En conséquence, il envisage de commencer dans le courant de mai, compte tenu de la situation et des possibilités d'aménagement d'effectifs, la libération des militaires présentement maintenus sous les drapeaux.

Neurologie, par R. MONIER-VINARD, médecin de l'hôpital Ambroise-Paré. — Un volume de 222 pages avec 2 fig. (Collection des Initiations médicales). — Prix : 22 fr.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL.D PASTEUR. PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

ACTUALITÉS

CORRÉLATIONS HYPOPHYSO-GÉNITALES

Parmi les hormones hypophysaires de régulation endocrine (ou stimulines) dont nous avons étudié quelques-unes dans un précédent article, les hormones de régulation génitale que sécrète le lobe antérieur méritent une place à part. Leur action mal connue encore est cependant plus aisée à saisir dans le sexe féminin où le cycle génital est plus évident, dans ses effets sur la production de la folliculine et de la lutéine.

C'est en 1927 qu'Aschheim et Zondek, Smith, Evans, Allen ont pour la première fois constaté que l'implantation d'un lobe antérieur d'hypophyse dans les muscles d'une souris provoquait un hyperfonctionnement ovarien, constatation qui venait confirmer les observations d'Evans et Long en 1923 : hyperlutéinisation provoquée au moyen d'extraits alcalins de lobe antérieur.

Depuis lors, Fevold et Hisaw dissocièrent cette sécrétion hypophysaire en deux produits différents : l'un *gonadostimuline A*, provoque la maturation folliculaire ; l'autre, *gonadostimuline B*, provoque la transformation des follicules en corps jaune.

Si l'on pratique quotidiennement chez la souris l'implantation d'un lobe antérieur, on provoque l'apparition d'un œstrus comme au moyen de folliculine. Mais la présence d'un ovaire en état de fonctionner est la condition obligatoire de succès ; chez la souris castrée on n'obtient aucune modification. L'hypophyse agit donc comme excitateur de l'ovaire. L'examen histologique montre la présence de nombreux follicules ovariens congestionnés et même ecchymotiques, la ponte de nombreux ovules et l'apparition d'autant de corps jeunes, toutes modifications que ne provoque pas la folliculine.

L'injection de produits extractifs a des effets qui varient avec le produit employé.

S'il s'agit d'extraits acides, la maturation ovarienne est intense : de nombreux follicules primordiaux mûrissent ; l'excès de ce phénomène provoque même l'apparition de kystes folliculaires, mais il n'y a que peu ou pas d'évolution vers la formation de corps jaunes.

Au contraire, les extraits alcalins ne font s'accroître que faiblement les follicules tandis que la lutéinisation est intense ; tantôt il y a formation de corps jaunes vrais, tantôt il y a avortement lutéique avec emprisonnement de l'ovule dans une thèque chargée de lutéine.

On peut donc séparer ainsi physiologiquement une *gonadostimuline A maturatrice* mais non lutéinisante, et une *gonadostimuline B* peu maturatrice mais fortement *lutéinisante*. Ces résultats, d'abord contestés, ont reçu confirmation du fait qu'on a réussi à préparer ces deux substances à l'état de pureté. Leur solubilité différente dans l'eau permet, entre autres moyens, de les séparer. Enfin, chez certaines femmes, soit castrées soit atteintes d'un cancer génital, on trouve dans l'urine une quantité appréciable de gonadostimuline A pure.

***

Lorsqu'on injecte à l'animal infantile ou hypophysectomisé de la gonadostimuline A pure, la réaction ovarienne est faible. Elle se limite à une légère prolifération de la couche granuleuse du follicule et à une légère hyperplasie des capillaires qui l'entourent. La gonadostimuline A agissant sans alliance d'autre produit hypophysaire (gonadostimuline B) ou ovarien est donc inactive.

Chez l'animal adulte et possédant son hypophyse, qui reçoit de la gonadostimuline A pure, ou chez l'animal qui, après hypophysectomie, reçoit de la stimuline A mélangée de 5 à 6 p. 100 de stimuline B, on observe, au contraire, une énorme poussée de maturation folliculaire ; les ovaires se transforment en kystes folliculaires sans corps jaune et atteignent un poids qui a pu varier entre 400 et 1.400 fois la normale.

Il suffit donc pour donner sa pleine activité à la stimuline A autrement inactive, qu'une faible quantité de stimuline B lui soit mélangée, venant de l'extérieur ou provenant de l'hypophyse de l'animal.

La gonadostimuline B, lorsqu'elle est injectée à l'animal impubère ou hypophysectomisé, ne produit qu'une faible hyperplasie des cellules thécales qui prennent un aspect lutéique mais sans lutéinisation vraie.

Lorsqu'elle est injectée pure à un animal possédant son hypophyse, ou que chez un animal hypophysectomisé on la mélange d'une faible quantité de stimuline A, on observe une transformation lutéique de l'ovaire dans sa totalité.

Il faut donc, pour réaliser une stimulation ovarienne, que dans une proportion variable selon les moments (et dans une relation propre à chaque espèce animale), les deux stimulines soient présentes.

Fevold et Hisaw analysant le phénomène, ont constaté qu'agissant la première, la stimuline A détermine la prolifération légère de la granulosa des follicules primitifs. Une faible quantité de stimuline B apparaissant alors provoque la formation d'un antrum dans le follicule qui poursuit et achève simultanément sa maturation sous l'influence de la stimuline A prépondérante. Celle-ci paraît alors diminuer tandis que la stimuline B augmente et détermine la rupture folliculaire, la ponte ovulaire et la formation de corps jaune.

L'existence de la sécrétion hypophysaire est donc indispensable à la production de ces phénomènes et son rythme propre gouverne le leur. Des troubles génitaux peuvent donc résulter soit d'une insuffisance hypophysaire globale, soit d'une anomalie quantitative ou rythmique de la sécrétion des deux stimulines ou d'une seule d'entre elles.

Les stimulines semblent, au point de vue chimique, se rattacher au groupe des polypeptides. Elles sont solubles dans l'eau et insolubles dans la plupart des solvants usuels ; elles précipitent par l'acide phosphotungstique et sont facilement détruites par la chaleur (60° pendant une demi-heure), par les acides, les bases et les oxydants.

Leur administration per os est donc entièrement inefficace.

***

Dans la pratique, la minime quantité de stimulines que peut renfermer un lobe antérieur d'hypophyse rendrait la préparation de ces substances d'un coût inabordable. L'étude physiologique de la femme enceinte

et de la femelle gravide de certains animaux a heureusement permis de reconnaître, chez la jument en particulier, la présence dans le sang et dans l'urine d'une quantité notable d'hormones gonadostimulantes dues à la sécrétion placentaire. Ces hormones, dénommées *Prolans*, sont, physiologiquement, au plus haut point analogues aux stimulines hypophysaires.

Il existe deux prolans comme il y a deux gonadostimulines : le prolan A est maturateur des follicules, le prolan B lutéinisant. Ils coexistent dans l'urine en quantité inégale. La présence d'une substance A est prouvée par le pouvoir folliculo-maturateur de l'urine de gravidité vis-à-vis de l'animal d'expérience, fût-il impubère. On observe dans ce cas une puberté anticipée de l'ovaire. Le prolan A n'a jamais encore été isolé à l'état de pureté. L'urine de sujet gravide provoque en même temps la lutéinisation ovarienne de l'animal d'expérience, comme le ferait la stimuline B. le prolan B manifeste ainsi son action et on a pu l'isoler à l'état de pureté. C'est cet ensemble réactionnel et en particulier la lutéinisation que l'on cherche à provoquer sur divers animaux de laboratoire pour le diagnostic biologique de la grossesse. La technique d'Aschheim et Zondek est la première en date ; d'autres auteurs, Brouha, Hinglais et Simonet, Friedmann, en ont conservé le principe, mais rendu par des modifications de détail l'utilisation plus aisée. Ces réactions semblent l'une des plus notables acquisitions de ces dernières années.

L'analogie d'action avec les stimulines hypophysaires souleva au début quelque scepticisme sur l'existence réelle d'hormones placentaires. La question semble aujourd'hui tranchée et ces hormones ne doivent point être confondues avec les substances hypophysaires. En effet, Brindeau et Hinglais, chez les malades atteintes de môle hydatiforme et chez des femmes enceintes, ont pu observer la présence à des taux considérables dans l'urine de prolan B isolé. L'injection, sans action sur la souris impubère (qui réagirait au groupe A), provoque par contre chez l'animal adulte une lutéinisation totale de l'ovaire au même titre que que la stimuline B.

On ne rencontre pas, au contraire, de prolan B isolé. La maturation ovarienne des animaux d'expérience par l'urine de malades atteintes de cancers génitaux ou de femmes après ménopause semble due à la stimuline A et non au prolan A.

Philipp, Collip et Aron, Stockaert et Hamburger ont montré que, contrairement à l'opinion de Zondek et d'Aschheim, le prolan provenait bien du placenta et non de l'hypophyse. Noguchi et Collip eux aussi montrèrent que chez l'animal hypophysectomisé la lutéinisation ovarienne était imparfaite au lieu que le remplacement d'une hypophyse enlevée par un extrait hypophysaire ne changeait rien à la perfection du résultat.

D'autre part, un mélange prolan + hypophyse essayé par Evans a montré un pouvoir stimulant de l'ovaire très supérieur à ce que comporterait une simple addition de doses. L'hypophyse, en plus de ses effets directement ovariens, aurait donc une action modificatrice sur la sécrétion placentaire elle-même. Elle serait due, pour lui, à un produit hypophysaire particulier.

Fevold et Hisaw, plus récemment, ont contesté l'existence de ce produit spécial. Essayant chez l'animal des mélanges en proportions diverses de gonadostimuline A pure et de prolan, ils ont vu l'intensité de la réaction ovarienne proportionnée à la teneur en stimuline A. Le prolan ne serait qu'un mélange où l'hormone B est de beaucoup prédominante et dont on pourrait renforcer l'action ovario-stimulante par un supplément de stimuline A.

Ils ont de plus reproduit exactement les effets du prolan par un mélange de stimulines où l'hormone B est prédominante.

La variation des effets serait donc due aux proportions relatives des deux groupes dans le mélange. Les hormones B primeraient dans le prolan, les hormones A dans la sécrétion hypophysaire.

Chimiquement et physiquement, les prolans sont extrêmement voisins des stimulines, sans toutefois identité complète. Collip en effet a pu rendre l'animal résistant aux stimulines hypophysaires, sans diminuer sa sensibilité aux prolans.

On peut, dans la pratique, remplacer les prolans purs par l'urine ou le sang de femme enceinte, par voie sous-cutanée ou rectale, ce qui hâtera l'heure de l'emploi thérapeutique usuel.

* * *

L'hypophyse est sensible aux variations de la sécrétion ovarienne, comme elle l'est aux variations sécrétoires des autres glandes endocrines qu'elle contrôle.

On a constaté, en effet, que l'ablation des ovaires renforce le pouvoir gonadostimulant de l'hypophyse et modifie l'histologie de la glande, à moins qu'on n'administre de la folliculine en remplacement ; que l'administration à l'animal d'un fort excès de prolan ou de folliculine reproduit l'histologie de l'hypophyse de grossesse et diminue la valeur gonadostimulante des greffons qu'on y prélève. Les effets propres de la lutéine sont encore mal connus.

On en conclut donc que la diminution de la folliculine et peut-être de la lutéine dans le sang augmente la sécrétion hypophysaire des stimulines et que leur augmentation a un effet inverse. Il existerait, subordonné à l'action d'un centre nerveux spécial, un double couple équilibré : folliculine—stimuline A ; lutéine—stimuline B.

* * *

Si imparfaite que soit la connaissance des détails du mécanisme, il n'est pas douteux que cette coordination ovario-hypophysaire préside à la succession des cycles fonctionnels ovariens.

La puberté résulte de l'entrée en jeu de la gonadostimuline ; celle-ci existe auparavant dans le sang, mais l'ovaire n'y peut répondre qu'après avoir atteint un développement minimum. C'est la stimuline A qui existe seule alors, elle détermine l'accroissement des follicules primordiaux qui commencent à sécréter la folliculine. Sous son influence commence le développement du tractus génital et apparaissent les caractères sexuels accessoires ; la folliculine sera sécrétée sans interruption jusqu'à la ménopause.

La puberté se termine par la première menstruation. La succession des cycles menstruels caractérise la période reproductrice.

Provoquant le début du cycle, l'hypophyse augmente brusquement la production de stimuline A en même temps que fait son apparition la stimuline B.

L'accroissement des follicules ovariens se précipite, le taux de folliculine s'accroît jusqu'au 15e jour ; l'hormone imprègne tout l'organisme et s'élimine par l'urine où elle peut atteindre jusqu'à 200 unités souris par jour. Le tractus génital est de ce fait dans sa phase proliférative. Au 15e jour, devant une brusque augmentation de l'hormone B, l'ovule est expulsé du follicule et suit son chemin dans la trompe pendant que le corps jaune apparaît. La muqueuse utérine prend l'aspect prégravidique. L'ovaire sécrétant à la fois ses deux hormones freine la sécrétion hypophysaire.

Au 26e jour, le corps jaune dégénère s'il n'y a pas eu fécondation intercurrente ; les sécrétions ovariennes diminuent et provoquent la chute de l'endomètre et l'hémorragie menstruelle qui ne cesse que lorsque le myomètre reprend sa contractilité diminuée par la lutéine. La sécrétion hypophysaire reprend comme avant la ménopause.

Celle-ci est le fait de la cessation de la fonction ovarienne, cessation qui ne paraît pas due à une déficience hypophysaire, puisque le sang et l'urine sont à ce moment exagérément riches en hormones. Sans doute l'ovaire s'atrophie-t-il d'abord, d'où hyperactivité de l'hypophyse non freinée. Peut-être aussi y a-t-il viciation hypophysaire : disproportion entre les stimulines ou disparition de l'hormone B d'où retour à l'équilibre infantile. L'absence d'hormone B provoquerait l'ovarite sclérokystique par défaut de ponte ovulaire et l'absence de lutéine. La folliculine diminue à son tour. L'hypophyse libérée du frein ovarien sécrète, en particulier le facteur A, très abondant à ce moment dans l'urine ; prolanurie de Zondek et de Wirz qui témoigne de la mort de l'ovaire.

La fécondation interrompt cette évolution régulière. Une semaine environ après fécondation, l'œuf se fixe à l'utérus. A ce moment apparaît chez la mère du prolan à propriétés surtout lutéinisantes (groupe B) qui remplace la stimuline B. Le corps jaune continue donc son développement et l'ovaire sécrète à la fois ses deux hormones qui passent dans l'urine avec le prolan. L'endomètre subit une évolution deciduale, la lutéine favorise le développement de l'œuf dans l'utérus qu'elle assouplit. La folliculinémie, incompatible avec la grossesse, demeure faible jusqu'à la fin. Au 5e mois le corps jaune s'atrophie mais est suppléé par le prolan placentaire qui maintient l'hypophyse au repos ; la rareté du facteur A interrompt la maturation ovulaire.

Lors de l'accouchement interviennent à nouveau la folliculine et le principe ocytocique préparé par l'hypophyse intermédio-postérieure ; l'hyperactivité de cette glande joue sans doute son rôle dans l'intoxication gravidique et aussi après l'accouchement dans les modifications de la glande mammaire qui engendrent la lactation.

On retrouve donc ici les mêmes caractères de complexité et de sensibilité en vue de l'équilibration endocrine que nous avons notés déjà en étudiant les autres stimulines hypophysaires. Dans ce domaine particulier nos connaissances physiologiques et les moyens chimiques sont cependant plus considérables et permettent d'entrevoir l'emploi thérapeutique de produits opothérapiques moins rudimentaires que les médicaments anciens.

R. LEVENT.

CONDUITE A TENIR EN CAS D'ACCOUCHEMENT DANS LES BASSINS RÉTRÉCIS

Par M. Jacques COURTOIS,

Accoucheur de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Nous envisageons successivement : les *bassins chirurgicaux d'emblée*, puis les *dystocies complexes*, où aux difficultés dues au bassin s'ajoutent celles dues à d'autres causes maternelles ou fœtales.

Ce sont les cas où il faut intervenir chirurgicalement sans attendre ce que donnera le travail.

Nous terminerons par les *bassins permettant l'épreuve du travail :* cette dernière peut se résoudre par un accouchement spontané, par une symphyséotomie, par un forceps ou une version, par une césarienne.

I. **Bassins chirurgicaux d'emblée.** — Ce sont les bassins couverts, obstrués ; les asymétries violentes, les cyphotiques de moins de 8 cm. de diamètre biischiatique, les bassins symétriques :

Aplatis de moins de 8 cm. de diamètre promonto-rétropubien.

Aplatis généralement rétrécis de moins de 8 cm. 5 ;

Généralement rétrécis de moins de 9 cm.

Tous justiciables d'une césarienne basse d'emblée au début du travail, si l'enfant n'est pas très petit ou prématuré.

Les bassins ostéomalaciques relèvent d'une césarienne mutilatrice classique à terme.

II. **Des dystocies complexes.** — Elles obligent à intervenir, à terme, dès le début du travail sans faire d'épreuve.

Certaines exigeront une césarienne corporéale, quand il n'y a pas de travail, que la poche des eaux n'est pas rompue, en cas de souffrance fœtale ou maternelle ; les autres demanderont la césarienne basse le plus souvent ; quelquefois, on décidera la césarienne mutilatrice dans les lésions graves de l'utérus, du col, et des culs-de-sac du vagin, les tumeurs inextirpables autrement) de l'utérus, les hémorragies incoercibles. (Certains cas de placenta praevia et apoplexie utéro-placentaire), les infections amniotiques, enfin chaque fois que le drainage des lochies sera impossible par en bas.

Le groupe des dystocies complexes comprend :

Les tumeurs ou rétrécissements vulvaires, vaginaux.

Cervico-segmentaires.

Les déchirures utéro-cervico-vaginales.

La césarienne corporéale antérieure, les curettages en utérus infectés antérieurement.

Parmi les anomalies de la contraction utérine :

La rétraction utérine ;

Les déviations utérines (sacculation d'utérus gravide, hystéropexie) ;

La corne praevia d'utérus double ;

Les tumeurs praevia de l'ovaire, du bassin, du rectum ;

Le placenta praevia central ;

Les apoplexies utéro-placentaires toxiques graves ;

L'infection amniotique : liquide odorant, température au-dessus de 38°, pouls dépassant 100 ;

Les cas où on aura déjà pratiqué des manœuvres obstétricales ;

Les présentations défavorables :

Le siège (surtout le siège décompleté de primipare âgée, à parties molles rigides) (chez la multipare, on peut faire un Zarate sur tête dernière) ;

L'épaule ;

Très accessoirement, le front et la face (on peut, en effet, envisager la symphyséotomie partielle sous-cutanée à la Zarate chez la multipare).

Les cas de dystocies antérieures progressivement aggravées avec enfants morts.

Les cas de familles à gros enfants ou à enfants à grosse tête. Se méfier de gros enfants quand la hauteur utérine dépasse 36 centimètres, chez les grosses mangeuses, hypertendues, chez les obèses, chez les diabétiques, chez les femmes qui dépassent le terme. (On peut, en cas de gros enfant habituel à terme, envisager l'accouchement prématuré provoqué au terme convenable pour que l'enfant naisse avec un poids normal compatible avec un bassin normal. On peut tout simplement faire accoucher à neuf mois les femmes qui ont de gros enfants parce qu'elles dépassent le terme.)

Les cas de souffrance fœtale ;

Les cas de souffrance de la mère ;

Les infectées, les anémiques, les dyspnéiques ;

Les tuberculeuses évolutives ;

Les toxémiques (éclampsisme) et les néphritiques ;

Les grandes obèses, les diabétiques avec dénutrition, acidosiques ;

Les femmes atteintes d'appendicite, d'occlusion.

Les cardiopathes.

III. **Les bassins permettant l'épreuve du travail** comprennent :

Les asymétries faibles ;

Les bassins aplatis de 8 cm. à 9 cm. 5 de diamètre promonto-rétropubien ;

Les bassins aplatis et généralement rétrécis de 8 cm. 5 à 10 cm. ;

Les bassins généralement rétrécis annelés de 9 à 10 cm. 5 (canaliculés de 9,5 à 11) ;

Les bassins cyphotiques de 8 cm. à 9 cm. 5 de diamètre biischiatique ;

Les bassins normaux avec grosse tête ne débordant pas.

L'épreuve du travail pourra se tenter tant qu'il n'y aura ni souffrance maternelle ni fœtale. Le liquide amniotique ne devra pas sentir, la température de la mère ne devra pas atteindre 38°, ni son pouls 100, sinon on se hâtera de faire une césarienne basse.

On surveillera le cœur fœtal.

Il faudra suivre la malléabilité, la réduction (chevauchement des os du crâne), l'accommodation, la flexion, l'orientation, l'asynclitisme de la tête fœtale, la dilatation du col, la formation du segment inférieur, l'approfondissement des culs-de-sac du vagin.

On arrêtera l'épreuve du travail quand la femme aura souffert de deux à trois heures, soit une cinquantaine de douleurs, après dilatation complète, poche des eaux rompue, en faisant des efforts expulsifs sans que l'engagement se produise.

L'*engagement de la tête fœtale* se reconnaît aux signes suivants : le simple palper sus-pubien habituel ne donne rien de précis ; les doigts doivent plonger derrière la symphyse pour percevoir le pôle céphalique. L'acromion de l'épaule fœtale antérieure est à moins de 7 centimètres du pubis maternel. Le segment inférieur est vaste et très aminci, la tête porte bien sur tout son pourtour, les culs-de-sac vaginaux sont profonds, on a du mal à passer deux doigts de champ entre le plan coccypérinéal et la présentation.

On arrêtera le travail, si les contractions douloureuses sont irrégulières, insuffisantes, malgré la spasmalgine, la morphine, le chloral, ou s'il y a tempêtes de douleurs subintrantes, ou rétraction utérine avec poche des eaux rompue, et que la dilatation du col ne progresse plus.

On terminera dans tous ces cas rapidement par césarienne basse. Si on est loin de tout centre chirurgical, on pourra pratiquer la version, si la tête est mobile et s'il s'agit d'un bassin plat ou d'un bassin asymétrique où l'occiput s'engage à l'étroit (c'est-à-dire en arrière).

On pratiquera un forceps Demelin si la tête est fixée en transverse dans un bassin aplati.

Dans ces deux derniers cas, on n'hésitera pas à recourir à un Zarate, si on a affaire à une multipare.

On complètera la dilatation du col par grandes incisions en croix de Saint-André.

Si la tête est engagée et que la femme soit fatiguée, on terminera par un banal forceps dans l'excavation.

Si l'enfant est mort, on fera tout son possible pour réaliser une embryotomie, sauf toutefois dans les bassins inférieurs à 4 centimètres où elle est absolument irréalisable (césarienne). C'est déjà très difficile au-dessous de 6 cm.

En résumé, il n'y a aucune hésitation sur la conduite à tenir dans les bassins du type chirurgical et dans les dystocies complexes ; toute la difficulté est dans les cas limites où on décide l'épreuve du travail. Il faut savoir la pousser suffisamment loin pour éviter une césarienne inutile, mais ne pas attendre la souffrance fœtale et l'infection maternelle. Il vaut toujours mieux ne pas terminer par voie basse une épreuve du travail qui n'a pas abouti à un engagement net.

Références

1. Nos statistiques personnelles totales (février 1928-mars 1936) comportent 104 césariennes abdominales, soit 6 césariennes corporéales classiques sans mort ; 80 césariennes basses avec 5,2 % de mortalité ramenée à 3,9 % si on exclut une mort par éclampsie ; 18 césariennes mutilatrices avec 22 p. 100 de mortalité ramenée à 12,5 p. 100 si on exclut deux morts par apoplexie utéro-placentaire toxique.

2. J. Courtois : Indications pour choisir le procédé de césarienne : césariennes abdominales simples ou mutilatrices, *Concours médical*, 58e année, 1-III, 36, p. 643.

3. Clinique obstétricale. J. Courtois et R. Weiss. Sur un cas de rupture utérine consécutif à une césarienne corporéale. *Journ. des Praticiens*, 50, N° 1, 4 janvier 1936, p. 4.

4. Docteur Roger Gatté : Considérations sur le traitement de l'hémorragie rétroplacentaire dans ses formes graves. *Thèse Doctorat médecine de Paris*, janvier 1936 (Marcel Vigné, éditeur, Paris), travail de la Maternité de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

5. Césarienne basse, technique. J. Courtois, article à paraître, mars-avril 1936, dans *La Science Médicale Pratique*, 15e année.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE PEDIATRIE

(Séance du 17 mars 1936)

La silhouette radiologique des gros thymus. — M. Maurice Lamy montre que l'hypertrophie thymique peut revêtir deux aspects radiologiques, facilement expliqués par l'anatomie de la glande. Tantôt, le thymus, bien qu'hypertrophié, recouvre seulement la face antérieure des gros vaisseaux de la base ; tantôt, au contraire, il empiète sur la face antérieure du cœur qu'il recouvre plus ou moins complètement, et modifie ainsi profondément la silhouette radiologique classique de l'ombre cardio-vasculaire.

Lupus disséminé. — MM. Babonneix, Rabut et Rouèche présentent une fillette de 11 ans chez laquelle apparut, à la suite d'une rougeole, une éruption papuleuse d'abord localisée autour du nez, et qui se généralisa ultérieurement à tout le tégument. L'aspect des éléments, nodulaires, fauves, translucides à la vitropression, de consistance molle, avait orienté vers l'idée d'un lupus. Ce diagnostic fut confirmé par l'examen histologique auquel a procédé M. Perin.

Maladie de Friedreich liée à l'hérédo-syphilis. — MM. Babonneix et Rouèche présentent une jeune fille de 13 ans atteinte de maladie de Friedreich caractérisée par une cypho-scoliose accompagnée de mains et de pieds bots et d'aréflexie tendineuse. On peut affirmer chez elle l'hérédo-syphilis en raison des antécédents héréditaires : grand'mère internée pour paralysie générale, mère tabétique. Elle est elle-même porteuse de lésions unguéales dont la nature spécifique ne paraît pas douteuse.

Neurofibromatose chez un nourrisson. — M. Babonneix et Mlle Lautmann présentent un nourrisson chez lequel existaient, en plus d'un spina bifida, de nombreuses taches pigmentaires des membres supérieurs et du cou, un volumineux naevus en caleçon et une masse molle occupant la partie moyenne de la fesse droite. Ces constatations semblent imposer le diagnostic de neurofibromatose, affection qu'il est rare de voir au grand complet chez un nourrisson.

Deux cas de dysostose cranio-faciale. — M. Grenet rapporte deux cas de dysostose cranio-faciale. L'un d'eux était un cas isolé, sans caractère familial, survenu chez une fillette de 6 ans. Les examens répétés des yeux semblent montrer qu'on assiste au début de la névrite optique.

Le second cas concerne une fillette de 3 ans, atteinte d'une forme légère et certaine ; l'examen des yeux montre des veines dilatées et sinueuses, mais pas d'atrophie optique. Il y a lieu de suspecter la syphilis chez la mère de cette enfant, et on retrouve dans la famille plusieurs malformations nerveuses et craniennes.

Nanisme de type progeria chez deux frères. — MM. Heuyer, Denoyelle et Mme Bernard-Pichon présentent deux frères, de 12 et 14 ans, atteints de nanisme considérable avec microcéphalie, infantilisme avec faciès vieillot, malformations osseuses multiples et modifications des téguments qui sont le siège de taches pigmentaires disséminées ; à la partie antérieure du thorax existe enfin un lacis veineux très développé.

Les auteurs hésitent à faire entrer ce syndrome dans le cadre nosologique des hypotrophies staturales simples, et rapprochent certains de ces symptômes de ceux décrits par Variot dans le nanisme sénile. Ils discutent enfin l'origine possible de cette dystrophie.

Hypertrophie congénitale du membre inférieur droit. — Mme Gohier-Desplats, MM. Martin et Ducroquet présentent un enfant atteint d'une hypertrophie du membre inférieur droit et discutent les indications thérapeutiques qui en résultent.

Pyodermite nécrotique au cours des infections prolongées. — MM. Ribadeau-Dumas et Le Melletier présentent un enfant atteint de lésions nécrotiques disséminées des téguments, évoquant l'idée de tuberculides papulo-nécrotiques. Il s'agit en réalité de pyodermite banale, comme il est relativement fréquent d'en rencontrer au cours des infections prolongées et notamment des otites. Ils pensent à l'origine embolique possible de ces lésions cutanées disséminées.

Corps étranger bronchique expulsé spontanément par voie intercostale chez un nourrisson. — MM. Ferru et Ducos (de Poitiers) rapportent l'observation d'un nourrisson de 8 mois qui, quinze jours après un accès brusque et passager de suffocation avec fièvre à 40°, présenta des signes congestifs banaux à la base droite. On constatait en outre à ce niveau une petite tuméfaction acuminée évoquant l'idée d'un furoncle. Il s'agissait en réalité d'une réaction de la paroi provoquée par la présence d'un corps étranger — en l'espèce un épillet de graminée sauvage — qui avait été vraisemblablement aspiré lors de l'épisode dyspnéique et qui fut expulsé le lendemain. La guérison fut rapide et complète.

Abcès chronique multicellulaire du poumon chez un enfant. — MM. Ferru, Ducellier et Savin (de Poitiers) relatent la longue, mais discrète, histoire d'un enfant de 11 ans atteint d'un volumineux abcès streptococcique du poumon qui s'était installé insidieusement. Anatomiquement, cet abcès paraît constitué d'une vaste poche située à la partie antérieure et moyenne du poumon gauche, surmontée de plusieurs logettes communiquant avec elle. Cliniquement, il se caractérise par une évolution torpide sans tendance à la guérison. Les auteurs discutent les indications thérapeutiques.

A propos des mastoïdites du nourrisson. — M. Ramadier, revenant sur quelques points de la discussion, tient à préciser qu'il n'a jamais envisagé de pratiquer systématiquement une antrotomie en pareil cas ; il pense d'autre part que des lésions mastoïdiennes importantes peuvent parfaitement accompagner un tympan normal.

Endocardite rhumatismale primitive chez un nourrisson de 22 mois. — MM. Cathala et Patey rapportent l'histoire d'un nourrisson qui fit, à l'âge de 22 mois. un épisode aigu fébrile considéré au début comme une adénoïdite, mais ayant persisté pendant 40 jours et n'ayant cédé qu'au sali-

cylate de soude. Durant ce temps existaient déjà quelques signes cardiaques. Depuis lors, l'enfant a eu à plusieurs reprises des épisodes fébriles avec arthralgies, et il existe actuellement, à l'âge de 4 ans, une insuffisance mitrale indiscutable. Les auteurs pensent pouvoir faire rétrospectivement le diagnostic d'endocardite rhumatismale primitive.

Abcès du poumon à bacilles de Pfeiffer. — MM. Grenet et Patel rapportent l'histoire d'un garçon atteint d'abcès du poumon droit ayant évolué pendant deux mois et demi sans avoir donné de vomique. Il guérit rapidement et complètement après pneumotomie. L'examen du pus montra qu'il s'agissait de bacilles de Pfeiffer.

Un cas d'hypertrophie pagétoïde localisée du fémur. — M. Fèvre rapporte l'histoire d'un enfant chez lequel il porta il y a deux ans le diagnostic de sarcome du fémur sur le vu des lésions cliniques et radiologiques. Il intervint à deux reprises pour faire de larges biopsies ; l'enfant est maintenant guéri, sans qu'aucun autre traitement ait été institué.

Un cas de sinus péricranien. — M. Fèvre a opéré un enfant chez lequel l'existence d'une tuméfaction frontale avait fait porter le diagnostic de méningocèle. Il s'agissait en réalité d'un sinus péricranien qui fut reconnu au cours de l'intervention et put être traité.

Deux cas d'invagination intestinale. — M. Fèvre rapporte deux cas d'invagination intestinale remarquables par quelques particularités. Il s'agissait dans l'un d'eux d'une invagination chronique datant d'un mois, reconnue et opérée à l'occasion d'une occlusion terminale. Dans l'autre cas, le lavement baryté se compliqua d'éclatement du côlon transverse.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(Séance du 6 février 1936)

Les tumeurs de la glande pinéale sans signes focaux de localisation. — MM. Schaeffer, de Martel et Guillaume rappellent que les signes des tumeurs de l'épiphyse, paralysie de verticalité du regard, perte du réflexe photomoteur, hypoacousie, macrogénitosomie, sont des signes d'emprunt qui traduisent la souffrance de la région quadrigéminale et infundibulo-tubérienne.

Ils rapportent deux cas de gliomes de l'épiphyse où ces symptômes faisaient entièrement défaut. Dans l'un, le tableau clinique se réduisait à de la stase papillaire, et les auteurs insistent à ce propos sur la discrétion même du syndrome d'hypertension intracranienne. Dans l'autre, il existait un état confusionnel associé à un syndrome cérébello-vestibulaire.

Les images ventriculographiques, qui montrent l'absence de réplétion par l'air du segment postérieur du troisième ventricule, peuvent seules, dans de tels cas, permettre de localiser la tumeur.

Sclérose en plaques familiale. — MM. J. Dereux et A. Pruvost (de Lille) relatent l'observation de deux sœurs atteintes, à peu près au même âge, de sclérose en plaques. Ils font l'étude critique de leur cas comme de ceux qui sont antérieurs aux leurs, et concluent que, sur le seul plan clinique, il est impossible de poser le diagnostic de sclérose en plaques familiale. Sans examen anatomique, on ne peut et on ne doit faire que des hypothèses.

Névralgie dn glosso-pharyngien guérie par l'alcoolisation. — MM. G. Guillain et M. Aubry présentent une malade qui, atteinte de névralgie rebelle du nerf glosso-pharyngien, fut guérie après alcoolisation de la « trigger zone ». Ils insistent sur la nécessité de la recherche de cette zone d'excitation au stylet et de sa disparition après badigeonnage au liquide de Bonain ; l'alcoolisation de cette zone fait disparaître la douleur. Avant de proposer la section du nerf, il est donc utile d'essayer l'alcoolisation.

La technique de radiographie du trou auditif interne pour le diagnostic précoce des neurinomes de l'auditif. — M. Cl. Vincent montre les avantages de la position qu'il a préconisée pour la radiographie du trou auditif interne. Cette position avait été signalée en Amérique en 1926, mais elle était restée jusqu'à présent tout à fait ignorée en Europe.

M. Dereux vient d'observer le cas d'une malade chez laquelle l'examen clinique permettait de soupçonner une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Alors que la position de Stewarts n'autorisait aucune conclusion, la technique de M. Cl. Vincent montre une encoche manifeste du bord supérieur du rocher.

Hémiplégie passagère par embolie gazeuse au cours de la réinsufflation d'un pneumothorax. — MM. Tinel et Jacquet relatent l'observation d'un homme qui, au cours d'une réinsufflation de pneumothorax, a été pris d'un engourdissement du bras droit, puis d'un état subsyncopal avec torpeur intellectuelle ; quelques minutes après, des placards cyanotiques apparurent sur le bras droit, sur la racine du cou et sur l'hémithorax droit. Après quelques minutes encore, ces phénomènes rétrocédèrent, mais une hémiplégie gauche se constitua, totale, avec clonus du pied, absence des réflexes cutanés, anesthésie. Une demi-heure plus tard, quelques mouvements du côté gauche reparurent et, le lendemain matin, il ne restait pas trace de l'hémiplégie.

Cette observation permet de suivre, sans contestation possible, le processus de l'embolie gazeuse, d'abord dans la sous-clavière droite, puis dans la carotide droite.

L'auteur discute les raisons de cette localisation du côté droit et de la précession des accidents qui intéressaient le territoire sous-clavier. Il montre combien cette observation confirme les travaux de M. Lhermitte sur les embolies gazeuses.

MM. Haguenau, Tinel, Dereux, Tournay rappellent, à l'aide d'observations probantes, que, à côté du processus embolique, le processus réflexe existe certainement dans certains cas, en particulier pour certaines observations de mort subite.

Syringomyélie et syringobulbie avec atrophie optique unilatérale et dissociation de la manœuvre de Queckenstedt et de l'épreuve lipiodolée. — MM. Bollack et Coste montrent un malade atteint de syringobulbie et de syringomyélie à localisation prédominante à gauche, avec syndrome de Claude Bernard et atrophie optique du type primitif du même côté. Les auteurs discutent la pathogénie de cette lésion optique, soit liée à l'arachnoïdite, soit d'origine sympathique. D'autre part, la manœuvre de Queckenstedt semble indiquer un blocage sous-arachnoïdien, alors que l'épreuve du lipiodol ne met en valeur aucun arrêt pathologique. On peut se demander si cette altération dissociée de la manœuvre de Queckenstedt n'est pas liée au réflexe sino-carotidien.

Un cas de syndrome de Laurence-Moon-Biedl. — MM. Lhermitte et Bollack présentent une malade de quinze ans chez laquelle on constate tous les éléments du syndrome bien connu : sexdigitisme, obésité du type cérébral, arriération mentale, rétinite pigmentaire ; en outre, on relève les symptômes traducteurs d'une altération infundibulo-tubérienne : polyurie, polydipsie, aménorrhée. La selle turcique est de dimensions normales. On ne retrouve au-

cune hérédité similaire. Le syndrome de Laurence-Moon mérite bien une individualité, car la plupart des cas sont superposables, mais on peut se demander si l'on ne doit pas considérer comme formes frustes les cas de rétinite pigmentaire avec adiposité ou polydactylie.

Maladie de Volkmann fruste. — M. André THOMAS montre un jeune garçon qui, à la suite d'une fracture spiroïde des deux os de l'avant-bras, a eu l'avant-bras immobilisé dans un appareil plâtré en extension-supination. Très rapidement apparurent des douleurs vives et de l'œdème de la main et, trois semaines après, une fois l'appareil enlevé, il persistait une limitation de l'extension du poignet, qui déterminait une flexion des doigts. L'auteur montre, à la faveur de ce cas fruste, l'association de contracture et de rétraction qui s'observe dans le syndrome de Volkmann.

Cholestéatome suprasellaire. — M. M. DAVID montre un enfant qui a présenté un syndrome chiasmatique à marche rapide sans modification radiologique de la selle turcique. L'opération a permis de découvrir et d'enlever un volumineux cholestéatome suprasellaire. Depuis lors, en un mois et demi, la vision a été légèrement améliorée. Il ne faut pas trop hésiter à intervenir dans les syndromes chiasmatiques, puisque l'opération peut être utile même dans le cas de simple adénoïdite.

Un cas de rupture spontanée du tendon long extenseur du pouce. — MM. J. TINEL et A. GROSSARD présentent une malade qui leur avait été adressée pour « paralysie du pouce », et qui était atteinte de rupture spontanée du tendon long extenseur, survenue spontanément sans raison apparente.

Syndrome adiposo-génital. Amélioration à la suite de l'encéphalographie par voie lombaire. — M. DUFOURMENTELLE présente un malade chez lequel s'était développé, de l'âge de quatorze ans à l'âge de dix-sept ans, un syndrome adiposo-génital bien caractérisé, avec acrocyanose ; le poids, de 36 kilogrammes à quatorze ans, était passé à 93 kilogrammes à dix-sept ans. A la suite d'une encéphalographie lombaire pratiquée à l'âge de dix-sept ans, le poids commença à diminuer, en même temps que se manifestaient les premiers signes de la puberté. Actuellement, le malade a vingt et un ans, et son poids est de 79 kilogrammes.

Mort rapide par engagement du lobe temporal dans la fosse cérébrale postérieure et compression de la protubérance et du pédoncule. — M. VAN GEHUCHTEN rapporte six observations d'accidents brusques et mortels survenus dans des cas de tumeurs d'un lobe temporal, par engagement du lobe temporal dans la tente du cervelet, et compression du pédoncule et de la protubérance, qui deviennent le siège, soit de piqueté hémorragique, soit d'hémorragies plus étendues par érythrodiapédèse. Dans plusieurs de ces observations, les accidents ont été provoqués soit par la ponction lombaire, soit par la ventriculographie. Cette haute gravité des tumeurs du lobe temporal a déjà été signalée par M. Cl. Vincent.

M. M. DAVID a eu l'occasion d'opérer une femme qui se trouvait en état syncopal, et qui avait été réanimée par les pompiers. L'ablation opératoire, par succion, du cône de pression temporal a permis de faire disparaître complètement les accidents.

Encéphalomyélite subaiguë consécutive à la vaccination antiamarile. — MM. J. LHERMITTE et FRIBOURG-BLANC rapportent l'observation d'un colonial, âgé de trente-deux ans, qui reçut une injection de vaccin antiamarile de Leigret ; immédiatement apparurent des symptômes alarmants, fièvre, céphalée, vertiges, puis, au bout de quelques jours, des fourmillements dans les jambes accompagnés de contractures et de parésie.

Après un retour à la normale, les mêmes phénomènes se reproduisirent trois mois après. Une paraplégie spasmo-

LIVRES NOUVEAUX

Pathologie digestive (1), par P. HARVIER, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de la Pitié.

Ce petit livre, qui suppose chez le lecteur des connaissances anatomiques et physiologiques, réalise une vue d'ensemble de la pathologie digestive. L'auteur y a groupé les principaux symptômes et syndromes digestifs suivant un plan physiologique. Chaque fois que l'occasion se présente, il indique les notions essentielles de clinique et met en relief la valeur de tel ou tel symptôme.

L'auteur rappelle d'abord quelques notions physiologiques élémentaires dont les conséquences cliniques sont capitales : interdépendance des différents segments du tube digestif, influence du système nerveux végétatif, du psychisme, sur le tube digestif, ce qui permet de reconnaître une triple origine aux troubles fonctionnels gastro-intestinaux : origine organique par lésion du tube digestif ; origine neuropathique par mécanisme nerveux ; origine psychopathique (psychopathie à retentissement digestif).

Il envisage successivement les troubles moteurs du tube digestif, les troubles des sécrétions digestives, et les troubles de la sensibilité digestive. Le dernier chapitre donne des conseils pour examiner un malade atteint des troubles digestifs.

L. G.

(1) Collection des initiations médicales. In-8 de 162 pages avec 14 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie

dique avec troubles de la sensibilité, incontinence sphinctérienne se constitua, un des membres supérieurs se prit à son tour, des escarres sacrées se développèrent, et le malade succomba quatorze mois après la date de la vaccination.

L'examen histologique révéla l'existence de lésions insulaires disséminées dans la moelle et dans le bulbe, accompagnées par des atérations diffuses des cellules nerveuses de la moelle et du cerveau. Ces altérations se rapprochent par plusieurs traits de la sclérose en plaques, mais elles s'en distinguent par bien des caractères.

Qu'il s'agisse d'une infection endogène déclenchée par biotropisme ou d'une infection spécifiquement vaccinale, il importe de retenir que la vaccination antiamarile n'est pas exempte de dangers, puisqu'elle peut entraîner une encéphalomyélite disséminée.

M. MOLLARET commente ces faits, et émet l'opinion que la vaccination ne doit pas être opérée avec des organes de souris, mais avec des cultures de tissus.

Traitement des myasthénies par la prostigmine. — M. MARINESCO rapporte les bons effets obtenus par la prostigmine dans la myasthénie. Malheureusement l'effet est transitoire et s'épuise (Crouzon et Christophe).

Mérasthénie paroxystique de nature psychonévrosique. — MM. E. GELMA et P. CHAVIGNY (de Strasbourg) présentent un cas de fatigabilité et d'épuisement très rapide des membres inférieurs (mérasthénie) survenant par crises, lors de la station debout, qui, si elle se prolonge au delà de quelques minutes, peut amener l'impotence fonctionnelle absolue du malade pendant de longs mois. Ces crises « myasthéniques » ne sont accompagnées d'aucun signe d'organicité ou de réaction du type myasthénique. Elles restent associées à des phénomènes analogues d'asthénopie. Le terrain dégénératif, l'hérédité psycho-névrosique, des troubles psychologiques divers, qui encadrent le syndrome, ancien de plusieurs années, autorisent l'opinion qu'il ne peut s'agir que d'une psychonévrose, d'une forme de stasobasophobie dont il existe tant de types. Le terme de *mérasthénie*, introduit naguère par E. Dupré pour désigner anthropologiquement une manière d'être constitutionnelle, peut s'appliquer à ce cas d'épuisement paroxystique des forces dans le train postérieur.

Troubles démentiels. Signe d'Argyll-Robertson sans syphilis nerveuse. Syndrome déitéro-spinal avec aréflexie vestibulaire, par artériolite et veinulite intracérébrale en zones. — M. J.-A. BARRÉ, Mlle S. ROUSSET et M. C. D'ANDRADE rapportent l'étude anatomo-clinique d'une femme de soixante et un ans qui présentait des troubles démentiels, un signe d'Argyll-Robertson, un syndrome vestibulo-spinal avec aréflexie vestibulaire, et enfin un spasme des releveurs des paupières. Ils montrent, pièces en mains, la superposition étroite entre les troubles nerveux et la topographie des lésions des artérioles et des veinules de l'encéphale, qui existent à la zone frontale, dans la calotte pédonculaire et dans la calotte protubérantielle. Des coupes sériées ont montré qu'il n'existe qu'un seul tout petit foyer de ramollissement dans la profondeur de la protubérance et que les grosses artères, les grosses veines étaient à peu près intactes.

Ce cas s'inscrit à la suite de ceux où le signe d'Argyll-Robertson typique, non syphilitique, a été rattaché à des lésions vérifiées de la région de la calotte pédonculaire. Il pourra servir à la topographie du centre dont les lésions provoquent le spasme tonique des releveurs des paupières, et par ailleurs justifier l'idée que l'ataxie, dite frontale, reconnaît comme cause réelle des lésions extrafrontales qui portent sur les voies de l'équilibration.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCES DES 10 ET 24 JANVIER 1936)

Allocution de M. André Trèves, Président pour 1936.

Compte rendu des travaux de la Société en 1935, par M. Raphaël Massart.

Décès d'Ernest Gasne. Allocution du Président.

Pour la réhabilitation des cercles de Parham en particulier et de l'ostéo-synthèse en général. — M. F. MASMONTEIL présente un blessé polyfracturé atteint d'une fracture sous-trochantérienne du fémur à trois fragments, qui fut traité par l'ostéosynthèse avec trois cercles de Parham hypoélectriques. Le blessé consolida en soixante jours et présenta une récupération anatomique et fonctionnelle complète. Mais, en même temps, on observa la régression d'une myosite ossifiante visible sur les radiographies vingt jours après l'accident et huit jours après l'intervention ; le cal hypertrophique du début est en régression progressive. L'auteur insiste sur le rôle favorable des prothèses iso ou hypoélectriques qui, non seulement activent l'ostéogénèse, mais assurent la résorption des ostéomes du voisinage et des cals hypertrophiques. L'ostéosynthèse avec un matériel iso ou hypoélectrique ne doit plus être considérée comme un pis aller, justiciable des contre-indications du traitement orthopédique, mais comme un traitement de choix, permettant d'obtenir non seulement une bonne réduction, mais aussi l'accélération et la régularisation du processus de l'ostéogénèse.

Mécanisme de la formation des adhérences péritonéales. Etude expérimentale. — M. R. PETIT, depuis de nombreuses années, a l'habitude, à la fin de toute laparotomie, de verser dans la cavité péritonéale et d'y abandonner 20 cm^3 de sérum de cheval chauffé, milieu très favorable à la vie cellulaire et à la réparation rapide des tissus, provoquant une leucocytose générale et un appel de phagocytes au point d'application, et ayant, en outre, une action hémostatique immédiate très marquée. Au cours de laparotomies itératives, l'auteur avait constaté le fait suivant : pas d'adhérences quand, au cours de la première laparotomie, on avait versé du sang de cheval chauffé ; adhérences quand on n'avait pas employé de sérum de cheval. Il reprit, suivant une technique personnelle, des expériences faites antérieurement par le professeur J. Cantacuzène et E. Soru, publiées dans *les Archives roumaines de Pathologie extérimentale et de Microbiologie* (tome IV, n° 2, juin 1931). Il constata l'existence d'un courant électrique dont le pôle positif était toujours à l'épiploon et le pôle négatif à l'intestin, la différence de potentiel variant de 6 à 12 millivolts. Lorsqu'on blesse profondément l'intestin, la différence de potentiel s'accroît instantanément, par un phénomène d'ordre électrostatique ; l'accolement de l'épiploon à la blessure intestinale coïncide toujours avec l'accroissement de potentiel entre ces deux points chargés, l'un positivement, l'autre négativement. L'attraction est suffisante pour amener électivement l'épiploon au contact de la blessure intestinale et l'y maintenir jusqu'à l'apparition de l'inflammation très rapide ; ainsi se constitue l'adhérence. Dans une de ses expériences, l'auteur a pu constater un fait curieux : les électrodes étant en place et les mesures de potentiel effectuées, après avoir versé dans le péritoine du sérum de cheval chauffé, l'épiploon positif devient négatif, et l'intestin qui était négatif devient positif aussitôt qu'il est lésé ; dans le même temps, on note une chute de la différence de potentiel. L'attraction de l'épiploon vers l'intestin ayant changé de signe, il y a non attraction mais répulsion de l'épiploon, répulsion accentuée encore par la chute de potentiel. Ces conditions sont essentiellement défavorables à la production des adhérences.

Les ostéotomies de l'extrémité supérieure du fémur dans le traitement des arthrites douloureuses de la hanche et des luxations invétérées en particulier. — M. R. MASSART étudie les résultats éloignés des ostéotomies qu'il a pu pratiquer depuis une dizaine d'années chez des malades qui ne lui paraissaient pas susceptibles d'être améliorés par une des opérations plastiques justement conseillées au cours de ces dernières années (butées, arthrodèses, résections athroplastiques, forages). C'est ainsi que, si un grand nombre d'opérés l'ont été pour des luxations invétérées, il a fait aussi l'ostéotomie sur des rhumatisants jeunes dont les hanches douloureuses, en mauvaise position, avaient perdu leur bon appui normal. Il apporte un total de seize opérations. Après avoir étudié les diverses techniques, l'auteur montre comment il réalise un nouvel appui latéral le long du bassin. Il insiste sur le temps orthopédique de l'immobilisation, et sur la reprise de la marche qui nécessite une véritable rééducation dans les formes bilatérales. Après ces interventions, les douleurs disparaissent, la statique s'améliore du fait de la correction de la bascule du bassin, et aussi les douleurs sacro-lombaires s'atténuent. Plusieurs opérés qui avaient cessé tout travail ont pu reprendre une vie active. L'ostéotomie, opération simple, peu traumatisante, peu hémorragique, doit être plus souvent pratiquée et conseillée, et ceci pour le plus grand bien des malades condamnés à l'impotence et à la douleur.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU CALCANÉUM [1]

2° Fractures extra-articulaires. — D'un pronostic moins sombre.

GROSSE TUBÉROSITÉ. — **Anatomiquement :** rarement véritable fracture par arrachement: fracture à fragment quadrangulaire de la face postérieure de l'os, surtout fréquente chez les vieilles femmes.

Généralement fracture par écrasement, partielle ou total, avec ascension du fragment. Parfois décollement épiphysaire chez l'adolescent.

Cliniquement : localisation postérieure des signes : talon raccourci et globuleux, gonflement et ecchymoses sous et rétro-malléolaires, fragment douloureux et mobile au palper, douleur vive à la flexion du pied.

Pied antérieur indemne. Consolidation en deux à quatre mois par cal parfois volumineux.

TUBÉROSITÉS PLANTAIRES : souvent latentes. Révélées tardivement par talalgies rebelles et tenaces. Radio.

ANGLE POSTÉRO-SUPÉRIEUR « fracture en bec de canard ». Saillie fracturaire avec sillon douloureux sous-jacent accentué parfois à la flexion du pied.

ANGLE POSTÉRO-INFÉRIEUR : radio.

FRACTURE TROCHLÉAIRE par arrachement du tubercule d'insertion du faisceau moyen du ligament latéral externe.

Le pronostic de ces fractures extra-articulaires est dans l'ensemble nettement meilleur. Mais fréquence des talalgies tenaces et nécessité fréquente d'un traitement chirurgical : synthèse, ablation ou abrasion selon les cas.

DIAGNOSTIC. — En général, facile. Ne se discute guère avec :

Contusion banale du talon ;
Entorse grave de la tibio-tarsienne ;
Fracture ou luxation de l'astragale ;
Luxation médio-tarsienne.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 29, p. 510 ; n° 31, p. 542.

Ce n'est que dans les gros écrasements qu'on pourrait discuter une lésion des *malléoles*, du *pilon tibial*, de l'*astragale*, parfois d'ailleurs associée.

La radio précisera le degré exact des lésions, la variété de la fracture (clichés comparatifs), sous diverses incidences.

TRAITEMENT. — FRACTURES DU CORPS AVEC ENFONCEMENT. — Deux méthodes :

1° L'immobilisation simple, encore employée par de nombreux chirurgiens. Après une période d'immobilisation tantôt relative (repos au lit), tantôt stricte (appareil plâtré), variant de un à deux mois, la marche est autorisée et le blessé soumis au traitement physiothérapique. Invalidité à peu près complète de cinq à six mois minimum. La marche reste plus ou moins douloureuse durant un à deux ans, jusqu'à ce que l'ankylose ait bloqué la sous-astragalienne. Invalidité définitive de 20 à 25 %, liée à la non-réduction de la morphologie calcanéenne.

2° La réduction anatomique, véritable reconstitution modelante de l'os. Elle doit être assez précoce (début de la deuxième semaine) et associée à une contention rigoureuse et prolongée.

Soit réduction orthopédique type Böhler : en agissant sur la grosse tubérosité (broche ou clou), on agit indirectement sur l'enfoncement thalamique ; l'étau compresseur de Böhler remodèle le calcanéum ; fixation dans plâtre. Mais cette méthode laisse persister plus ou moins complètement l'effondrement et fréquence des enfoncements secondaires ;

Soit réduction sanglante : relèvement du thalamus à ciel ouvert, puis maintien de la réduction *soit par ostéosynthèse* (Leriche), une agrafe ou deux solidarisent thalamus et grosse tubérosité, une vis transversale corrige l'élargissement de l'os ; *soit par greffes ostéo-périostées* (Lenormant-Wilmoth) soutenant le thalamus relevé. Mais interventions délicates, nécessitant un chirurgien entraîné, et résultats parfois médiocres.

Dans l'ensemble, quelle que soit la méthode employée, la réduction anatomique, si elle donne quelques déboires, permet des résultats très supérieurs à ceux de la simple immobilisation : un an d'invalidité partielle et douleurs puis ankylose en bonne position dans près de 70 p. 100, conservation partielle d'une mobilité articulaire indolente dans près de 30 p. 100 des cas. Peut-être une *méthode mixte* (reconstitution orthopédique de la forme de l'os, puis réduction à ciel ouvert de l'enfoncement thalamique) permettrait-elle d'améliorer ces résultats.

L'immobilisation simple sera donc réservée aux fractures du premier degré, aux sujets âgés, obèses, scléreux, sédentaires, surtout s'il s'agit de tabétiques ou de diabétiques.

Fractures thalamiques vicieusement consolidées. — Si les simples moyens orthopédiques sont insuffisants, *double arthrodèse*, correctrice autant que fixatrice.

Fractures extra-thalamiques. — *Apophyses :* immobilisation plâtrée simple le plus souvent. Si insuffisant, essayer de réduire par les moyens orthopédiques.

Grosse tubérosité : parfois réduction orthopédique possible. Le plus souvent, fixation sanglante du fragment.

Angle postéro-supérieur : ablation.

Fractures écailleuses : abrasion des saillies plantaires, cause de talalgies rebelles.

CHRISTIAN PIERRA.

Endocrinologie, par Noël FIESSINGER, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Necker. Un volume de 152 pages, avec 19 figures. (Collec-
ker. Un volume de 152 pages, avec 19 figures. (Collec-
Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 34. — SAMEDI 25 AVRIL 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. — Le lundi 25 mai prochain, à 8 h. 30, s'ouvrira à l'hôpital Édouard-Herriot de Lyon un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue Michelet, 37 *bis*, à Saint-Etienne. Le registre d'inscription sera clos le vendredi 15 mai, à 18 h.

COLLÈGE DE FRANCE. — Le professeur R. Leriche a repris son cours dans la chaire de médecine du Collège de France le vendredi 24 avril, à 18 h. Il le continuera le samedi 25, à la même heure.

Objet du cours : « La douleur dans l'angine de poitrine et son traitement. »

CONCOURS DE MÉDECINS DES ASILES D'ALIÉNÉS. — Le jury du concours de médecins des asiles d'aliénés, qui s'ouvrira le 27 avril 1936, a été constitué ainsi qu'il suit :

Président : M. le docteur Raynier, inspecteur général des services administratifs.

Membres titulaires : MM. le professeur Pfersdorff, directeur de la clinique de psychiatrie de la Faculté de médecine de Strasbourg, représentant cette Faculté ; les docteurs Brissot, médecin chef de service à l'asile de Perray-Vaucluse ; Guillerm, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Saint-Méen, à Rennes ; Robert, médecin directeur de la maison de santé départementale du Gers ; Raviart, médecin directeur de la clinique départementale d'Esquermes, à Lille ; Pezet, médecin directeur de la maison départementale de santé de Châlons-sur-Marne ; M. Levêque, chef du 1er bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance.

Membres suppléants : MM. les docteurs Condomine, médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Bron (Rhône) ; Dedieu-Anglade, médecin chef de service à l'asile de Villejuif (Seine).

Secrétaire : Mlle Picquenard, rédacteur au bureau du personnel.

GUERRE. — CONCOURS POUR DES EMPLOIS DE MÉDECIN ET DE PHARMACIEN SOUS-LIEUTENANT DE L'ARMÉE ACTIVE. — Le *Journal officiel* du 21 avril publie un décret qui modifie celui du 19 août 1929 instituant un concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines réservé aux détenteurs du titre de docteur en médecine ou en pharmacie.

Le nouveau décret stipule notamment que les conditions exigées pour être admis au concours sont les suivantes :

Etre Français ou naturalisé français depuis dix ans au moins au 31 décembre de l'année du concours. Ce décret est suivi d'un modificatif à l'instruction du 19 août 1929 pour l'application du décret de même date.

Nature et durée des épreuves pour l'emploi de médecin sous-lieutenant. — 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale. — Il est accordé trois heures pour cette composition, qui doit être faite sans l'aide de livres ou de notes, et sous la surveillance constante d'un membre titulaire du jury ou du membre suppléant.

2 Examen clinique de deux malades, atteints l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale. — Le candidat disposera de vingt minutes pour l'examen de

haque malade, de dix minutes de réflexion et de dixe minutes pour exposer devant le jury le résultat de chaqu observation clinique et les conclusions pratiques à en tirer.

3° Interrogation sur une question de chirurgie d'urgence. — La durée de cette épreuve est de quinze minutes. Il est accordé au candidat quinze minutes de réflexion avant de commencer son exposé.

4° Interrogation sur les grands problèmes de l'hygiène prophylactique, particulièrement sur la prophylaxie des maladies infectieuses et des maladies sociales. — La durée de cette épreuve est de quinze minutes après quinze minutes de réflexion.

5° Examen par le jury du dossier militaire.

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE. — La Fédération des syndicats médicaux de la Seine attire l'attention des médecins sur une manœuvre qui tendrait à obtenir sous une forme nouvelle leur collaboration à des publications dites de vulgarisation et destinées au grand public. On leur demande, sous des prétextes plus ou moins justifiés, de répondre à des questionnaires, et la publication de leur réponse, avec leur nom, pourrait servir à couvrir des pratiques condamnées par tous les groupements médicaux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET D'ANALGÉSIE. — Ordre du jour de la prochaine séance, le samedi 2 mai 1936, à 14 h. 30, 12, rue de Seine, Paris (VIe).

Communications. — M. M. Thalheimer : *a.* Anesthésie par injections intraveineuses d'acide 3-méthyl 5,5 isopropylallyl barbiturique; *b.* Anesthésie par injections intraveineuses d'éthyl-sonéryl. — M. André Bloch : Anesthésie par les barbituriques en oto-rhino-laryngologie. — MM. Robert Monod et Aubin : Note sur l'intubation endo-trachéale. Sa technique et ses indications. — MM. Iselin et Sanders. Oxygénothérapie. Principes et application de la tente à O°. — MM. Lévy-Solal et Sureau : Action des anesthésiques sur la contraction utérine. — MM. Jean Régnier et Quevauviller : Action sur la chronaxie nerveuse des nouveaux sels de novocaïne. — MM. Jean Régnier, Szolosy et Mlle Lambin : Toxicité des nouveaux sels de novocaïne.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hirne, ancien interne des hôpitaux de Paris (promotion 1871), décédé à Nice; Festal (d'Arcachon), Joseph Orme (de Toulon), Albert Cochaux (de Bruxelles).

5e Congrès Français de Gynécologie (Paris, 18-24 mai 1936). — Le 5e Congrès Français de Gynécologie s'ouvrira le 18 mai prochain, sous la présidence de M. le docteur Dartigues. Ce Congrès a été placé sous la présidence d'honneur de M. le professeur Alfieri, de Milan, membre d'honneur de la Société Française de Gynécologie, et Président de la Société Italienne de Gynécologie.

La séance inaugurale aura lieu à 14 heures, à l'Hôtel des Syndicats Médicaux Français.

Aux côtés de MM. Alfieri et Dartigues, et du Doyen de la Faculté de Médecine, figureront les représentants des groupements scientifiques franco-italiens et les délégués de dix nations.

Voici le programme succinct du Congrès :

18 *mai.* — A 14 heures : séance inaugurale ; 15 heures projection du film du Congrès de Salies-de-Béarn ; 15 h. 30: Considérations générales sur la stérilité féminine. Indications de la lutte contre la stérilité : M. André Binet (Nancy). La physiologie de la fécondation et de la nidation : M. Champy (Paris). 18 heures : Réception des congressistes par M. Dartigues, Président ; 21 heures : soirée théâtrale.

19 *mai.* — 14 h. 30 : Etude clinique et étiologique de la stérilité : M. Jean Seguy (Paris) ; Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine : M. André Chalier (Lyon) ; 20 heures : dîner au Pavillon Dauphine du 5e Congrès Français de Gynécologie. Soirée dansante.

20 *mai.* — 15 heures : Les traitements physiothérapiques et thermaux de la stérilité : M. Favreau (Lille) ; présentation de films et d'appareils de physiothérapie ; 21 heures : Centre Marcelin-Berthelot, remise solennelle de la Médaille du docteur F. Jayle, Président fondateur de la Société Française de Gynécologie, suivie d'une soirée artistique avec le concours d'artistes de la Comédie-Française et de l'Opéra.

21 *au* 24 *mai.* — Voyage à Londres. Visite des principaux services de gynécologie. Réception officielle et excursions. Des visites de laboratoires, des séances opératoires et des réceptions pour les dames complètent le programme de ce Congrès.

Des réductions sur les transports ont été accordées par les compagnies de chemins de fer et de navigation.

La question de la stérilité féminine étant de la plus haute importance et susceptible d'intéresser tous les médecins, la Société Française de Gynécologie fait savoir que les séances seront publiques. Il est entendu cependant que seuls les congressistes pourront participer aux discussions.

Pour s'inscrire et tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. le docteur Maurice Fabre, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).
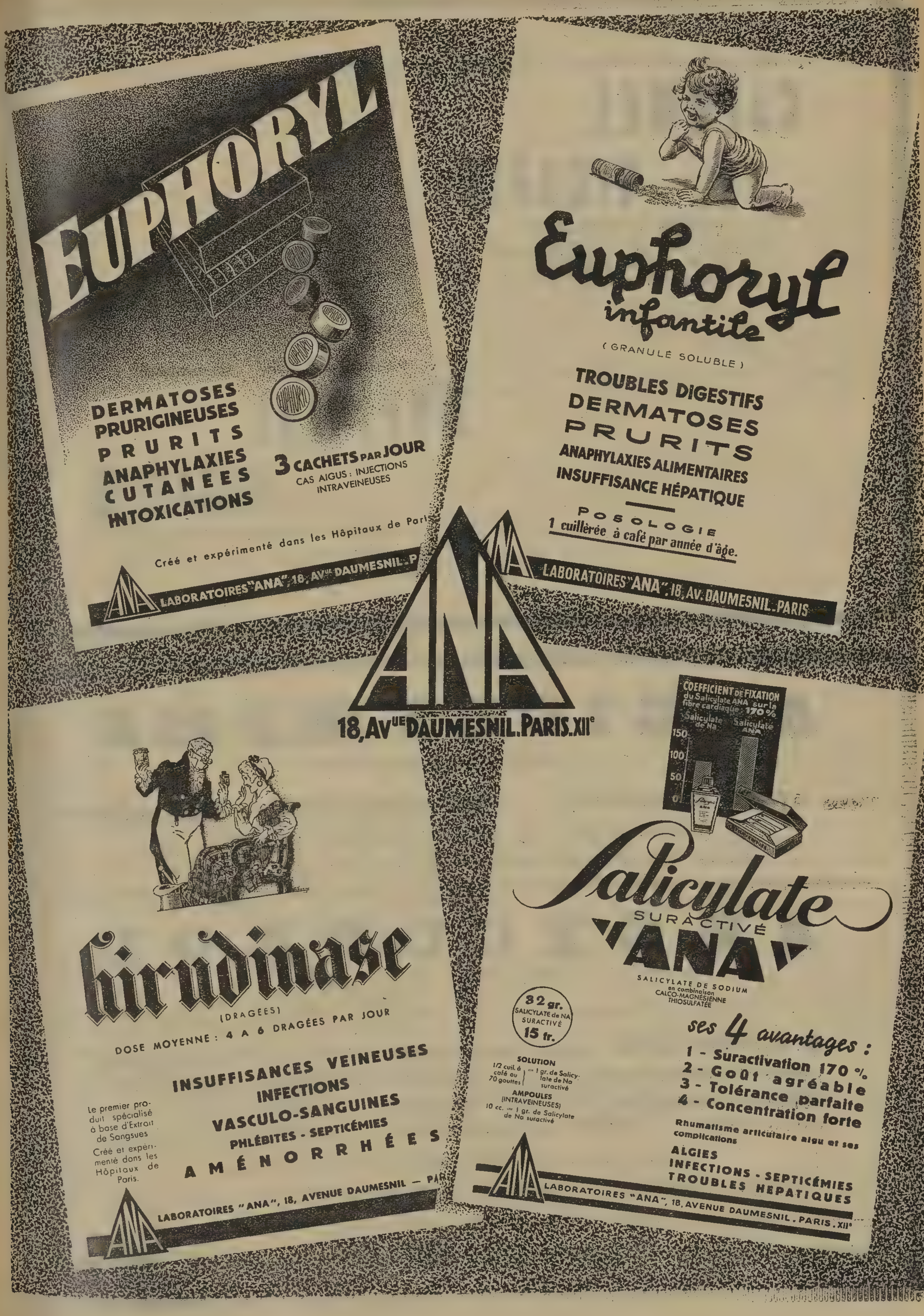
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 28 *avril.* — Jury : MM. Cunéo, président ; Lenormant, Brocq, Schwartz. — M. GOTTESMANN. Le carcino-sarcome du sein.

Mercredi 29 *avril.* — Jury : MM. Grégoire, président ; Lemierre, Loeper, Moreau. — M. SANTUCCI. L'artériographie dans les anévrismes artériels des membres. — M. BOBOC. Traitement de l'épithélioma thyroïdien par un sérum cytotoxique.

Jeudi 30 *avril.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Gougerot, Huguenin, Philibert. — Mlle LEBRETON. Du hile pulmonaire dans la tuberculose. — M. PESCHARD. Influence prédominante des facteurs sociaux et psychiques sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire dans la puerpéralité.

Samedi 2 *mai.* — Jury : MM. Nobécourt, président ; Tanon, Gastinel, Joannon. — M. MARRERO-Y-OTÉRO. Sur un cas d'hémorragie méningée au cours d'un purpura chez un syphilitique congénital. — M. PERETZ. Protection des aliments contre les souillures extérieures. — M. MARIOTTI. Extension de la fièvre ondulante en Corse.


EUPHORYL
DERMATOSES PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES CUTANÉES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA", 18, AVue DAUMESNIL. P
Euphoryl infantile
(GRANULÉ SOLUBLE)
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillerée à café par année d'âge.
LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL. PARIS
ANA
18, Avue DAUMESNIL. PARIS. XIIe
Hirudinase
(DRAGÉES)
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA
COEFFICIENT DE FIXATION du Salicylate ANA sur la fibre cardiaque : 170 %
Salicylate de Na
Salicylate ANA
150
100
50
0
Salicylate SURACTIVÉ "ANA"
SALICYLATE DE SODIUM en combinaison CALCO-MAGNÉSIENNE THIOSULFATÉE
32 gr. SALICYLATE de NA SURACTIVÉ 15 fr.
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
AMPOULES (INTRAVEINEUSES)
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HÉPATIQUES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe

REVUE GENERALE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE AUX ENVIRONS DU TERME

Par M. Maurice PAYET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Ayant eu récemment, à la Clinique Tarnier, l'occasion de voir un cas de grossesse extra-utérine à terme, nous avons été frappé par les difficultés que présenta le diagnostic dans une forme pourtant absolument classique. Les grossesses extra-utérines parvenant à terme sont en effet rarement reconnues pendant la période où le fœtus est vivant. Elles représentent le cas d'exception auquel on ne pense pas.

L'évolution des grossesses extra-utérines est interrompue avant le 3e mois par des accidents.

1. *Le décollement de l'œuf, restant sur place* dans une trompe résistante, aboutit à la formation d'un hématosalpynx.

2. L'expulsion de l'œuf par l'ostium tubae ou « *l'avortement tubo-abdominal* » pourra donner :

a) Une hématocèle à poussée successive dans les cas où cet avortement se fait en plusieurs étapes ;

b) Plus souvent une hématocèle rétro-utérine se constituant rapidement.

3. *La rupture de la trompe.* — Due à l'éclatement d'une trompe surdistendue et à l'ulcération tubaire par les villosités choriales, aboutira à des accidents hémorragiques importants : inondation péritonéale, ou hématocèle rétro-utérine, si l'hémorragie se produit en péritoine cloisonné.

Certaines variétés de grossesse extra-utérine pourront atteindre le terme. Il faut pour cela qu'elles aient franchi la période critique des trois premiers mois et qu'elles se développent dans des conditions anatomiques très spéciales.

Les grossesses extra-utérines pouvant aller à terme sont avant tout les grossesses ampullaires tubo-abdominales et péritonéales. La grossesse isthmique s'interrompt très tôt. La grossesse interstitielle à terme est une exceptionnelle curiosité. Quant à la grossesse ovarienne son existence même a longtemps été niée.

Nous étudierons avant tout les conditions anatomiques qui permettent dans chacune de ces variétés le développement de l'œuf jusqu'à terme.

Grossesse interstitielle. — Il est tout à fait exceptionnel qu'elle dépasse 3 mois. Elle exige un développement énorme de la paroi tubaire avec participation plus ou moins importante de la paroi utérine.

Le diagnostic anatomique même en est difficile, et se base avant tout sur l'absence de communication entre la poche fœtale et la cavité utérine ; la verticalisation du fond de l'utérus, et l'égalité de longueur des deux trompes qui se trouvent de ce fait en situation asymétrique ; l'observation de M. Bar où la grossesse atteignit 7 mois est la plus classique.

Grossesses ampullaires. — Les conditions de développement de l'œuf sont :

1) *La Nidation de l'œuf au bord inférieur de la trompe.* Dans ce cas le placenta se développant au contact de la paroi inférieure de la trompe et l'ayant perforée peut continuer à se développer en envahissant le ligament large. Il respecte ainsi la grande cavité péritonéale.

2) *L'hypertrophie secondaire de la trompe.* Elle doit être considérable, analogue à l'hypertrophie utérine de la grossesse normale.

3) *L'évolution secondaire de l'œuf entre les deux feuillets du ligament large.* Le placenta a amorcé la dissociation du ligament large après avoir effondré la paroi inférieure de la trompe. Au cours de son développement, l'œuf clive en bas les deux feuillets du ligament large dont la base est occupée par le placenta. En haut, il reste contenu dans l'ampoule qui s'est considérablement hypertrophiée.

Toutes ces modifications se sont accompagnées de phénomènes hémorragiques discrets insuffisants pour amener la mort de l'œuf. C'est là la forme la plus fréquente, aussi a-t-on pu dire que presque toutes les grossesses extra-utérines à terme étaient des formes intra-ligamentaires.

Grossesses tubo-abdominales. — L'œuf se développe au début suivant le même mécanisme. Mais au lieu de gagner le ligament large, il gagne la grande cavité péritonéale. Il faut dans ce cas distinguer deux éventualités qui sont :

1) La greffe péritonéale secondaire d'un œuf vivant après avortement tubo-abdominal ;

2) L'envahissement secondaire du péritoine par propagation, dans ce cas le placenta s'insère à la fois dans la trompe et sur le péritoine.

Grossesses péritonéales. — On en distingue deux variétés selon qu'elles sont primitives ou secondaires.

1) La grossesse primitive est une rareté. Dans ce cas l'œuf a été fécondé au voisinage de l'ovaire, et se greffe immédiatement sur le péritoine. Il faut pour pouvoir affirmer son existence que les trompes, l'utérus et les ovaires ne portent aucune trace de rupture. L'œuf dans la majorité des cas est greffé dans le cul-de-sac de Douglas ou sur l'un des principaux viscères du petit bassin. Mais la greffe peut parfois se faire très à distance ; greffe sur la face inférieure du foie dans quelques cas.

2) La grossesse péritonéale secondaire est la règle, nous connaissons déjà son mécanisme. C'est la greffe péritonéale, suivant l'avortement tubaire d'un œuf vivant. Plus souvent, c'est la propagation péritonéale d'une grossesse tubo-péritonéale ou plus rarement ovarienne.

Grossesse ovarienne. — On en distingue deux variétés : grossesse ovarienne interne ou externe. La grossesse ovarienne interne n'entre pas dans le cadre de cette étude.

Grossesse ovarienne externe. — Primitive ou secondaire, elle est d'un diagnostic anatomique toujours difficile. Ce diagnostic n'est possible à terme que par l'examen des pièces. Les tests indispensables sont la participation de l'ovaire à la zone d'insertion placentaire, l'intégrité de la trompe qui doit avoir conservé toute sa longueur; quant à l'intégrité du ligament tu-

bo-ovarien elle est d'appréciation beaucoup plus difficile.

Caractères anatomiques de l'œuf. — L'œuf du fait de sa situation anormale comporte un certain nombre de particularités.

1) *Absence de déciduale vraie au point d'implantation de l'œuf.* — C'est là un caractère commun à toutes les variétés de grossesses extra-utérines. On conçoit aisément son importance en pensant au rôle protecteur de la caduque contre l'envahissement par les villosités choriales. Dans les grossesses tubaires, les villosités vont donc s'implanter directement sur la muqueuse tubaire à peine épaissie. Rapidement ces villosités vont pénétrer la paroi tubaire, et l'ulcération de la trompe par les villosités choriales est la cause principale de l'interruption de la grossesse par hémorragie ou perforation de la trompe.

Au cours d'une greffe péritonéale secondaire les villosités placentaires pourront s'implanter directement sur tous les organes de l'abdomen et du petit bassin. On a pu les voir se greffer sur l'intestin, les méso intestinaux, les gros vaisseaux du bassin, même sur la face inférieure du foie. On comprend donc la possibilité d'hémorragies graves et même foudroyantes si on essayait de décoller le placenta incrusté sur des organes congestionnés par l'hyperhémie gravidique.

Membranes ovulaires. — A. *Elles peuvent être normales et complètes :* on trouve sur un sac fœtal complet formé par un amnios, un chorion, mais pas de caduque réfléchie. Ce sac ne contient que très peu de liquide, l'*oligoamnios* est un fait presque constant.

B. *Plus souvent les membranes sont incomplètes :* elles se sont rompues au cours de l'évolution de la grossesse : le sac fœtal est alors de constitution variable.

a) *Dans les grossesses tubo-abdominales et ampullaires :* il est formé par :

1) La paroi tubaire : qui présente une hypertrophie considérable de ses fibres musculaires ;

2) Par les deux feuillets du ligament large (grossesse intra-ligamentaire) ;

3) Par le tissu fibreux de la base du ligament large. Le ligament large présente des modifications importantes et des fibres musculaires vont apparaître dans son épaisseur et s'hypertrophier parfois d'une manière considérable. Ce fait explique que la poche fœtale soit dans certains cas contractile.

b) *Dans les grossesses péritonéales secondaires*, le sac est formé d'éléments disparates, l'œuf s'est insinué entre les différents viscères pelviens et sa poche peut être formée par le mésentère, le côlon, la vessie, le rectum, l'utérus même, agglomérés par des caillots et des adhérences fibrineuses.

c) Dans les deux cas il n'y a pas de liquide amniotique et le fœtus est plus ou moins comprimé. De plus la poche est en rapport intime avec l'intestin dont le contenu septique peut être une cause d'infection.

C. *L'absence complète de sac :* Le fœtus est alors libre dans la cavité abdominale évoluant parmi les anses intestinales.

Le placenta. — Il peut être *discoïde* rappelant le placenta d'une grossesse normale, ou *diffus* formé d'îlots placentaires disséminés sur tous les organes abdominaux.

Quand il est discoïde, il s'implante généralement sur le ligament large ou dans le cul-de-sac de Douglas. Il présente les caractères morphologiques d'un placenta normal. Mais il est œdématié, truffé de zones de dégénérescence. Souvent en effet ces placentas présentent des zones blanchâtres qui sont des traces d'hémorragies interstitielles ou de dégénérescence mucoïde des villosités. Ces altérations s'expliquent par des décollements placentaires successifs qui correspondent aux crises douloureuses que nous verrons plus loin.

Ces placentas pèseront donc en dehors de toute affection beaucoup plus que des placentas normaux, pouvant atteindre des poids de 1.000 et 1.200 grammes.

Le placenta diffus est formé de masses placentaires isolées et disséminées dans tout l'abdomen, on en trouve sur le mésentère, la vessie. Les villosités choriales ont pénétré profondément les parois de tous ces organes et ne sauraient être décollés comme nous l'avons vu sans des risques importants de perforation ou d'hémorragie.

Histologiquement il faut insister sur un fait : les villosités vont attaquer tous les tissus et en particulier les parois des organes abdominaux se comportant comme le ferait un cancer. Elles peuvent parfois n'être séparées du sang maternel que par un mince endothelium. On comprend que les hémorragies puissent être formidables, dans ces cas. Dans l'observation de Brugnacelli le placenta s'insérant sur le foie en avait nécrosé le tissu propre sur une épaisseur de plusieurs millimètres.

Dans tous les cas il s'agit d'un placenta malade insuffisant pour assurer une croissance normale du fœtus.

Le fœtus. — C'est un fœtus insuffisamment nourri et développé dans un œuf oligoamniotique. Aussi outre qu'il s'agit constamment de débiles, ces fœtus présentent fréquemment des malformations dues à leur compression ou à des brides amniotiques. On peut alors observer des malformations multiples : pieds bots, déformation du crâne, ankylose des membres, et des malformations internes incompatibles avec la vie.

Une statistique provenant d'Orillard, Sittner, Baronnet, groupant 303 cas où le fœtus fut extrait vivant, donne : 171 morts aussitôt après la naissance, soit 56 % ; sur les 132 survivants, dont 30 % présentaient des malformations, 50 % sont morts avant 1 an, et 18 % entre deux et cinq ans, 32 % seulement des survivants ayant dépassé 5 ans. Aussi comprend-on que certains auteurs aient pu ne pas tenir compte de la vie du fœtus dans leurs indications thérapeutiques.

Modifications de l'utérus. — Pendant l'évolution de la grossesse extra-utérine, l'utérus présentera un certain nombre de modifications :

1) Il augmente de volume, devenant gros comme le poing ;

2) Il se ramollit comme au cours d'une grossesse normale. Ce ramollissement peut être si poussé que

l'utérus peut être impossible à percevoir par le palper combiné en dehors des contractions ;

3) Il se contracte : contractions indolores comparables en tous points à celles d'une grossesse normale, et qui permettent parfois seules de repérer le corps utérin ;

4) La situation enfin se modifie. Il est redressé en général par la poche fœtale, coincé entre elle et la paroi abdominale. Il est de plus refoulé en haut et latéralement, devenant parfois difficile à dissocier de la masse de l'œuf.

5) *La formation d'une caduque* est le fait le plus important. Cette caduque est comparable à celle d'une grossesse normale. Elle sera éliminée au cours du *faux travail* qui marque le terme de la grossesse extra-utérine. Elle se reconnaîtra alors à ses caractères : épaisse, triangulaire quand elle est complète, ne se dissociant pas dans l'eau. Cette expulsion de caduque est très importante à connaître. Elle peut être confondue avec l'expulsion de caillots ou de débris placentaires au cours d'un avortement et on a méconnu dans ces cas la grossesse extra-utérine.

Evolution de la grossesse extra-utérine à terme. — Lorsque la grossesse parvient à terme on assiste au déclenchement d'un faux travail. L'utérus présente des séries de contractions douloureuses rappelant celles de l'accouchement normal. Ces contractions aboutissent à l'expulsion de la caduque.

Le fœtus ne pouvant être expulsé présente souvent des mouvements convulsifs et meurt.

Dans les semaines suivantes on assiste à la régression des signes sympathiques de grossesse et à une montée laiteuse.

Cette régression se traduit objectivement par la réduction du volume de l'œuf.

Anatomiquement : le fait le plus important consiste dans les modifications portant sur l'irrigation de la poche. La vascularisation de la poche et surtout la circulation placento-maternelle se réduisent considérablement. En outre l'hyperhémie de tout l'abdomen, constante au cours de l'évolution de toute grossesse, a disparu. Une intervention pratiquée à ce moment présentera donc des risques d'hémorragie infiniment moins importants.

Le retour de couches se produit dans les délais normaux.

En résumé, il se produit à terme un faux travail, auquel fait suite *la phase de rétention.*

Phase de rétention. — Elle peut se prolonger indéfiniment sans accident et on pourra voir :

1) Rarement la résorption sans histoire du fœtus.

2) Plus souvent le fœtus se macère puis se momifie. La rétention se prolongeant le fœtus s'infiltrera de sels calcaires et on assistera parfois à la « squelettification » du fœtus dont les parties molles se sont résorbées ; plus souvent à une transformation calcaire aboutissant à la formation d'un lithopédion. Ces lithopédions peuvent alors être indéfiniment retenus et tolérés, le cas le plus classique est celui du lithopédion de Quimperlé rapporté par Sappey où la phase de rétention dura 56 ans.

Complications. — Des accidents infectieux précoces peuvent interrompre cette évolution.

Ils consistent en la suppuration de la poche. Le kyste fœtal en effet rempli de tissu en voie de désintégration, au voisinage de l'intestin, va s'infecter rapidement.

Cette infection peut se limiter à la poche qui s'ouvrira alors secondairement dans un organe voisin, éliminant par une fistule des débris fœtaux plus ou moins importants. Dans d'autres cas, l'infection pourra s'étendre au péritoine et donner une péritonite aiguë extrêmement grave ou se généraliser aboutissant à des accidents septicémiques mortels.

Clinique. — Etant donné sa rareté la grossesse extra-utérine parvenue à terme est souvent méconnue. Alors qu'on pense systématiquement à sa possibilité lors d'accidents survenant au cours des trois premiers mois, on la méconnaît en règle quand on examine une femme dans les derniers mois de sa grossesse, et on conclut presque toujours à une grossesse utérine. C'est le plus souvent après la mort du fœtus durant sa longue phase de rétention que le diagnostic exact sera enfin posé.

Avant terme, le fœtus vivant, l'examen doit permettre le diagnostic.

Renseignements tirés de l'interrogatoire. — 1) Il s'agit d'une grossesse anormale dont l'évolution a été *marquée par des accidents douloureux.* La malade a souvent été examinée au cours de ces incidents et les diagnostics les plus divers ont pu être portés. Ceux d'entérite, appendicite, pyélonéphrite, salpingite ont alors été envisagés.

Parfois un accident plus spécial doit retenir l'attention et faire penser à la grossesse extra-utérine : ce sont de *petites poussées occlusives* qui se sont répétées, s'accompagnant de météorisme abdominal et de douleurs, mais qui aboutissent rarement au tableau de l'occlusion aiguë. Cet accident est très spécial à la grossesse extra-utérine évoluant vers le terme et commande la recherche de signes plus démonstratifs (Pinard).

2) *Fréquence des accidents hémorragiques.* — Ce sont au cours de l'évolution de la grossesse de petites hémorragies de sang noirâtre accompagnées de quelques coliques utérines. Elles font en général discuter la menace d'avortement ou l'accouchement prématuré.

Parfois il s'agit d'accidents d'allure dramatique : c'est une femme enceinte de 5 à 6 mois ayant présenté au cours de sa grossesse de petites hémorragies et qui fait brusquement un syndrome d'hémorragie interne grave forçant la main à une opération immédiate. On reconnaît la grossesse extra-utérine à l'intervention.

En dehors de ce dernier cas :

Ces signes n'ont pas beaucoup attiré l'attention sur le moment, mais l'interrogatoire permettra de les retrouver dans la grosse majorité des cas.

L'examen physique. — Il doit être conduit méthodiquement, et nous rappellerons que comme pour tout examen gynécologique, il faut obtenir de la femme un bon relâchement de la paroi abdominale et vi-

der la vessie. Cet examen cherchera à mettre en évidence l'existence d'un « *utérus vide à côté d'une poche gravide* ».

A. *Caractères de la poche gravide.* — 1) Elle est de forme ovoïde mais à grand axe souvent oblique. Elle est moins régulière qu'un utérus gravide.

2) *Sa consistance* est de même irrégulière, souple par endroits elle est à d'autres résistante et bosselée, surtout elle est plus ou moins *adhérente à la paroi* et ne se laisse pas mobiliser en masse comme un utérus gravide.

3) *Sa situation* est importante à préciser, elle est assez latérale, occupant toute une fosse iliaque et descendant parfois dans l'excavation

4) *Absence de contraction au niveau de la poche :* c'est là un signe classique ; mais qui manque malheureusement assez souvent. La poche présente en réalité de « *fausses contractions* ». Dans ces cas l'œuf, en effet, est partiellement inclus dans la trompe et dans le ligament large dont les fibres se sont hypertrophiées. La contraction de ces fibres peut mettre brusquement l'œuf en tension, donnant à la main qui palpe une sensation de durcissement intermittent.

5) *On précisera enfin la situation du fœtus.* Il peut paraître plus superficiel que dans une grossesse normale. Très rarement on aura la sensation de fœtus mobile sous la peau. Sa situation est très variable, dans la majorité des cas la présentation est longitudinale et peut même plonger profondément dans l'excavation. Enfin les bruits du cœur sont nettement perçus et affirment le diagnostic de grossesse en évolution.

B. *Recherche de l'utérus vide.* — L'utérus est, nous l'avons dit, du volume du poing environ et ramolli.

Son siège : il est en règle, antérieur refoulé en avant par la tumeur, il est également remonté. Plus rarement il peut être postérieur, et seulement accessible au toucher rectal.

Le toucher vaginal permet de préciser la situation du col.

La déviation du col est en effet un des signes les plus importants. Il est remonté, plaqué derrière la symphyse pubienne, repoussé du côté opposé à la tumeur, haut situé dans un des culs-de-sac latéraux. En résumé, cette déviation lui donne une situation haute, antérieure, et latérale.

Il n'y a pas de modification de sa longueur ni de sa consistance. Toutefois le ramollissement du corps et surtout de l'isthme peuvent lui permettre une extrême mobilité.

Le toucher combiné au palper précisera les rapports du col et du corps. L'utérus peut être très difficile à sentir par suite d'un ramollissement excessif. De plus il est plaqué et étalé contre la poche, coincé entre elle et la paroi et difficile à dissocier de la poche gravide.

L'existence de contractions permettra seule d'affirmer qu'il s'agit de l'utérus en le rendant plus facilement palpable. Mais elles peuvent être très espacées et ne pas se produire au moment de l'examen. Dans ce cas on peut essayer de les provoquer par un massage discret de l'utérus. Enfin on a proposé de faire une injection d'hypophyse avant l'examen pour provoquer sûrement les contractions dans les cas où le doute persiste.

Les difficultés de l'examen et de l'interprétation des signes tiennent le plus souvent au fait que l'utérus très ramolli est impossible à différencier de la poche gravide. Parfois l'utérus siégeant en arrière on ne peut l'atteindre par le palper. Enfin les contractions utérines peuvent être très espacées et très fugitives.

Des examens complémentaires sont alors nécessaires. — 1) Le cathétérisme vésical, donnant la situation exacte de la vessie ;

2) Toucher rectal, permettant parfois de sentir le fond utérin ;

3) Recherche des contractions utérines après injection d'hypophyse sur laquelle nous avons déjà insisté.

Radiographie de l'abdomen : c'est une méthode diagnostique intéressante mais d'interprétation difficile. On voit parfois que le fœtus est très élevé au-dessus du D. S. Très replié sur lui-même, tassé dans un œuf très petit.

Devant ces difficultés, si la femme est à terme ou près du terme, en milieu chirurgical, comme premier temps d'une intervention, on pratiquera :

Un cathétérisme du col : il permettra de localiser le siège de l'utérus et d'en affirmer la vacuité, surtout il montrera dans certains cas un allongement très important du col.

Dans les mêmes conditions on pourrait recourir au *lipio*-diagnostic en injectant la cavité utérine. Cette méthode pourrait donner des résultats très intéressants en précisant exactement les dimensions de l'utérus et sa situation.

Au moment du faux travail : le diagnostic reste difficile, tout au moins au début. Il s'agit d'une femme qui paraît entrer en travail. Elle présente des douleurs à intervalles réguliers et perd des glaires et un peu de sang.

A l'examen local : aucune modification du col, ou parfois un col perméable mais gardant toute sa longueur. La présentation parfois s'engage. On perçoit des bruits du cœur normaux.

Aux examens successifs : on ne note aucune progression du travail mais un fait important a pu se produire, c'est :

L'expulsion de la caduque utérine : Elle peut être complète, formant une poche membraneuse épaisse, ou au contraire déchirée et plus difficilement reconnaissable, son examen dans l'eau permettra de la reconnaître plus aisément. Cette expulsion isolée de caduque a une valeur diagnostique de premier plan, elle permet d'affirmer la grossesse extra-utérine.

La durée de ce faux travail est variable : elle est de quelques heures en moyenne. Puis le fœtus va présenter des mouvements convulsifs et les bruits du cœur disparaissent.

Les douleurs s'espacent et le faux travail prend fin. Bien souvent le diagnostic n'est soupçonné qu'à ce moment.

Phase de rétention. — Le diagnostic est alors facile car l'interrogatoire réunit tous les éléments précédents et fait écarter immédiatement l'idée de grossesse utérine prolongée.

A l'examen :

La poche gravide s'est réduite de volume et on n'entend plus de bruit du cœur à son niveau.

L'utérus a amorcé ou terminé son involution, mais il s'agit là de signes d'interprétation beaucoup plus difficile.

Les phénomènes sympathiques de la grossesse ont disparu de même que les signes de compression pelvienne, une montée laiteuse se produit les jours suivants.

Durée de cette phase de rétention. — Sans complication cette durée peut être indéfinie. Nous avons vu les différents stades par lesquels passait le fœtus, momification, macération, puis infiltration calcaire. Il ne constitue alors plus qu'une tumeur qui n'est gênante que par son volume.

Complications. — Il s'agit avant tout de complications infectieuses. Ces complications sont dans la règle assez précoces : l'œuf contenant des tissus en voie de désintégration étant au contact de l'intestin dont le milieu septique peut l'infecter.

On peut voir : *la suppuration de la poche.* Elle peut rester localisée à la poche formant un volumineux abcès qui évoluera spontanément vers la fistulisation dans l'intestin, à la peau, dans le vagin ou dans le rectum. Par cette fistule vont s'éliminer lentement des débris fœtaux encore reconnaissables. Mais la fistule est toujours insuffisante pour assurer un drainage convenable. L'état général est très touché comme au cours de toute suppuration importante.

L'infection peut dans d'autres cas se généraliser, soit par rupture de la poche dans le péritoine, soit par voie lymphatique donnant une péritonite diffuse hyperseptique, ou se compliquer de septicémie mortelle.

La possibilité de ces accidents graves, leur précocité parfois, constitue l'une des meilleures indications de l'intervention au terme de la grossesse, le fœtus étant vivant.

Diagnostic. — On ne saurait trop insister sur la nécessité de poser un diagnostic avant la mort du fœtus. Il faut savoir devant quelques signes anormaux penser malgré sa rareté à la possibilité d'une grossesse extra-utérine à terme et rechercher les signes de certitude : *l'existence d'un utérus vide à côté d'une poche gravide.*

Les douleurs peuvent faire discuter tous les petits incidents marquant l'évolution d'une grossesse normale. Nous rappellerons encore la fréquence avec laquelle on pense à des douleurs coliques simples, à une appendicite, à une pyélonéphrite dont les manifestations vont pourtant tourner court. Nous insisterons sur la fréquence de petites crises occlusives qui, coïncidant avec une grossesse à évolution anormale, doivent faire penser à la grossesse extra-utérine et en faire rechercher les signes.

Les écoulements sanglants peuvent faire discuter un accouchement prématuré, une simple endométrite, plus rarement une insertion basse du placenta.

L'utérus a été souvent confondu avec une tumeur proevia, fibrome ou kyste de l'ovaire, on a même discuté parfois la possibilité d'une grossesse évoluant dans un utérus double ; l'utérus étant alors confondu avec la corne vide d'un utérus duplex.

En conclusion le diagnostic est souvent très difficile avant le début du faux travail, il faut savoir y penser, s'efforcer d'affirmer par un examen clinique soigneux et des examens supplémentaires. l'existence d'un utérus vide accolé à une poche gravide.

Traitement. — 1) *Avant terme :* il se résume à l'abstention sous condition d'une surveillence soigneuse.

2) *A terme :* il est très discuté et nous envisagerons successivement les différentes méthodes.

L'abstention a longtemps été préconisée. On attend dans ce cas la mort du fœtus pour opérer 4 à 6 semaines après. L'avantage de cette méthode est surtout d'attendre la réduction de la circulation sanguine et de diminuer considérablement les risques d'hémorragie. Mais elle sacrifie délibérément le fœtus et ne met pas à l'abri des complications septiques qui, nous l'avons vu, peuvent être très précoces.

L'intervention à terme rallie actuellement la majorité des auteurs. Plusieurs procédés sont possibles.

a) *Extirpation en un bloc de la poche gravide.* C'est évidemment l'idéal. Ce n'est possible que si la poche est mobile et si les pédicules vasculaires sont ramassés, ce qui est rare.

b) *Marsupialisation.* Après incision de la poche et extraction du fœtus, on coupe le cordon au ras du placenta. La poche est alors fixée à la paroi, le placenta étant laissé en place. Le placenta s'éliminera, dans les mois suivants : l'avantage de ce procédé est de réduire le risque d'hémorragie immédiate. Mais il augmente les risques d'infection et la possibilité d'hémorragie secondaire importante en assombrit le pronostic.

c) *Extraction du fœtus et fermeture de la paroi sans drainage* : le placenta reste en place et se résorbera aseptiquement. Les résultats de cette méthode récemment reprise par les auteurs américains paraissent bons.

d) *Extraction du fœtus suivie du décollement du placenta.* C'est évidemment l'opération la plus rationnelle, mais elle est grevée de gros dangers d'hémorragie immédiatement mortelle.

M. Brindeau conseille d'être éclectique, tout en tendant à faire à terme une intervention aussi complète que possible.

Incision large remontant au-dessus de l'ombilic et examen des possibilités opératoires ventre ouvert.

Deux cas sont à envisager :

1) *Il s'agit d'une poche difficile à décoller.* On peut alors placer des clamps sur les pédicules supérieurs de la tumeur (pédicule utéro-ovarien), les sectionner entre deux ligatures.

On peut alors essayer de décoller la poche de haut en bas.

2) *La tumeur est intraligamentaire.* 1. Hystérectomie préventive. Elle diminue le risque d'hémorragie car tous les pédicules sont alors liés. Elle donne du jour. Elle permet d'aborder la poche de bas en haut.

2. Extraction du fœtus.

3. Décollement du placenta ; la conduite à tenir varie suivant que le placenta est discoïde ou diffus.

a) Le placenta est discoïde ou très ramassé : décollement prudent en pensant toujours à la possibilité d'une hémorragie foudroyante et aux rapports très dangereux que sont l'uretère et la vessie.

— Repéritonisation partielle aussi complète que possible ;

— Mise en place d'un volumineux Mickulicz sur les surfaces cruentées ;

— Transfusion post-opératoire si l'hémorragie a été importante.

b) Le placenta est diffus : refermer sans y toucher et sans drainage.

Quant à la voie vaginale :

Si le diagnostic est fait elle est toujours formellement contre-indiquée n'ayant donné que des désastres, même à la phase de rétention.

A la phase de rétention : l'intervention est alors beaucoup plus facile car les risques d'hémorragie sont beaucoup moindres.

Traitement de la suppuration : faire simplement une ouverture large de la poche.

En présence d'une fistule, on l'agrandira simplement si elle est vaginale ou cutanée. Viscérale elle se traitera par l'extirpation de la poche suivie de l'oblitération de la fistule.

En conclusion, les grossesses extra-utérines aux environs du terme tirent leur intérêt des difficultés de leur diagnostic, difficultés tenant surtout à ce qu'on envisage rarement leur possibilité tant que le fœtus est vivant. Il faut savoir y penser, et les discuter en présence de toute anomalie de la grossesse à terme, pour ne pas laisser passer le moment où une intervention bien conduite permettra d'avoir un enfant vivant, sans toutefois faire courir à la mère un risque excessif.

Bibliographie

MAYGRIER. Thèse d'agrégation, Paris 1886.
POZZI. *Traité de Gynécologie.*
PINARD. *Ann. de Gyn.*, 1889.
SITTNER. *Arch. f. Gyn.*, 1908.
SAPPEY. *Acad. des Sciences*, 1883.
POPOFF. *Wracht.*, 1900.
MURET. *Rev. de Gyn. et de Chir.*, abd. 1903.
BAR. *Soc. d'Obst. de Paris*, 1909.
JEWETT. *Americ. Journ. of Obst.*, fév. 1923.
POTOCKI. *Ann. de Gyn.*, 1904.
ORILLARD. *Thèse Paris*, 1894.
PELLIS. *Thèse de Lausanne*, 1921.
SIPPEL. *Deutsch. Medic. Woch.*, 1892.
SEGOND. *Congrès de Gyn. de Marseille*, 1898.
COUVELAIRE. *Thèse de Paris*, 1891.
CUENET. *Thèse de Lausanne*, 1923.
BRINDEAU. *Leçon du jeudi soir*, 1926.
COURTOIS. *Thèse de Paris*, 1928.
PALLIEZ. *Thèse de Lille*, 1927.
BARONNET. *Thèse de Paris*, 1922.
DENSMORE. *Thèse de Paris*, 1931.

Chirurgie du pancréas, par P. BROCQ, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et G. MIGINIAC, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse. Un volume de 428 pages, avec 74 figures et une planche en couleurs. — Prix : 75 fr. — Paris, Masson et Cie.

DU TRAITEMENT DES FURONCLES ET ANTHRAX PAR LA MÉTHODE SÈCHE ET L'ACIDE SALICYLIQUE EN POUDRE

Par M. HENRI MEURIOT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et M. MAHMOUD SLIM.

Il est des erreurs qu'il est très difficile de redresser ; il est des préjugés qu'il est encore plus difficile de déraciner.

C'est une erreur de croire à l'existence de la furonculose en tant qu'entité morbide, c'est un préjugé fâcheux que de soigner les furoncles en les recouvrant de pansements humides.

Il n'y a pas de furonculose, maladie générale, il n'y a que des furoncles, infection locale.

Une expérience de plus de trente ans nous a permis de nous convaincre de la réalité de ces deux affirmations et nous a amené à traiter les furoncles uniquement par la méthode sèche.

Nous n'avions jamais songé à publier le résultat de nos observations, nous venons de le faire récemment dans la thèse de notre ami M. le Dr Slim.

Parallèlement à nos recherches, le Dr Gallois, poursuivant les siennes, était arrivé aux mêmes conclusions. Il proscrit absolument le pansement humide et préconise le pansement sec avec l'emploi du glycérolé d'amidon. De notre côté nous employons l'acide salicylique en poudre et le pansement sec.

Nous ne pouvons mieux faire que de donner un résumé de la thèse du Dr Slim où la question est très clairement exposée (1).

En voici le résumé dans ses grandes lignes :

Après de vaines recherches dans la littérature médicale pour trouver trace de l'emploi de l'acide salicylique cristallisé dans le traitement des furoncles, l'auteur n'arrive qu'à citer le nom du Dr Legris, médecin homéopathe, ami du Dr Meuriot.

Puis suivent quelques notions sommaires cliniques et anatomo-pathologiques sur le furoncle et l'anthrax, une énumération documentaire des principales méthodes de traitement de ces affections cutanées, et une étude également sommaire sur les différentes propriétés thérapeutiques de l'acide salicylique.

Au deuxième chapitre se trouve exposé le mode opératoire simple, commode et pratique : une fiole de liqueur d'Hoffman naphtolée

Ether.	} ãã	30 grammes
Alcool..............	}	
Naphtol β...........		0g15

pour aseptiser la région environnante, un flacon d'acide salicylique cristallisé en poudre pour saupoudrer le ou les cratères ou même les bourrer de cette poudre au cas où ils sont largement ouverts et profonds, et enfin de la gaze, du coton et des coupures d'albuplast.

Parmi les huit observations prises entre tant d'autres, nous en retiendrons trois très intéressantes :

La 1re — n° 6 — où l'auteur ayant eu la chance de

(1) Traitement local des furoncles et anthrax par l'acide salicylique cristallisé, Dr Mahmoud Slim, *Thèse de Paris*, 1936. Jouve et Cie, éditeurs.

trouver trois furoncles sur le même sujet au même stade d'évolution les traita par différents antiseptiques et constata que seul l'acide salicylique donnait des résultats satisfaisants.

La 2e — n° 7 — concerne le cas d'un furoncle anthracoïde énorme de la nuque où échouèrent successivement les pulvérisations diverses, l'extrait de Lucila séricata, les pommades vaccins et même le propidon et où l'acide salicylique fit merveille.

La 3e enfin — n° 8 — démontre d'une façon indubitable le danger des pansements humides qui, sous prétexte de diminuer les élancements douloureux et de remédier à la lymphangite de voisinage, provoquent fâcheusement le réensemencement du pourtour et la naissance d'une abondante folliculite tout autour du furoncle initial.

Enfin dans ses conclusions, l'auteur attire l'attention sur les avantages multiples de cette méthode. Après avoir rappelé que le traitement local évite les incisions et leurs conséquences inesthétiques, les cicatrices balafrées ou chéloïdiennes et ménage la voie digestive, très susceptible dans ces cas, contrairement aux thérapeutiques per os préconisées par les champions de la furonculose maladie générale, l'auteur conclut :

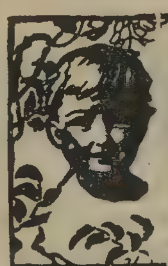
« Enfin et surtout grâce à ses propriétés antiseptique, antifermentescible et émolliente, l'acide salicylique réduit la suppuration au minimum et détache rapidement le bourbillon... Cette atténuation de la suppuration diminue considérablement la tension douloureuse si pénible pour le malade. Elle réduit notablement aussi les chances de complications générales par septico-pyohémie et de réensemencement par auto-infection de voisinage. »

Et, faisons-le remarquer pour terminer, le grand avantage de l'emploi d'un acide dans le traitement des furoncles et anthrax est d'entretenir l'acidité normale de la peau et de la rendre ainsi moins sujette à l'infection ainsi que l'a fait si judicieusement remarquer M. Darier.

L'Annuaire Médical Belge, 39e édition, vient de sortir de presse. Une innovation heureuse y a été apportée, par la création d'une liste des Spécialités, qui passe en tête de l'Annuaire.

Volume de 500 pages environ, sous couverture cartonnée, comprenant la liste des médecins de Belgique et du Grand-Duché de Luxembourg, classés alphabétiquement par communes, par spécialités. En outre, les listes des dentistes, pharmaciens, cliniques, journaux médicaux, etc.

Prix de vente : 50 francs. S'adresser à l'*Annuaire Médical Belge*, 59, avenue Fonsny, à Bruxelles, ou en librairie.



ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(*XXIe Session, avril 1936.*)

ASSISES FRANCO-ITALIENNES DE NICE [1]

LES APPENDICITES CHRONIQUES OPÉRÉES (RÉSULTATS ÉLOIGNÉS)

Synthèse des conclusions des Assises départementales, par le docteur Henri GODLEWSKI, secrétaire général.

L'expression d'appendicite chronique est consacrée par l'usage ; elle se rapporte à deux catégories de malades : les chroniques d'emblée et ceux devenus chroniques. Les premiers, rares, n'ont jamais de crise aiguë ; celle-ci est relevée au contraire chez les seconds, qui comprennent la majorité des opérés. Telle est la constatation faite dans la plupart des départements et résumée par les Alpes-Maritimes.

Des conditions anatomiques variées rendent compte de la diversité clinique : à l'appui, le Vaucluse cite les torsions de l'organe sur son méso tendu en corde ; le ganglion inflammé de l'extrémité de ce méso ; l'Eure-et-Loir, la forme calculeuse opérée parfois très tardivement ; le Puy-de-Dôme, l'appendice kystique ; le Gard, l'Hérault, l'Ille-et-Vilaine, la folliculite appendiculaire, part de lésions de l'iléo-cœcum.

Les relevés de carrières médicales et chirurgicales, confrontés en grand nombre à ces Assises, font ressortir des résultats éloignés favorables chez les opérés, en moyenne dans la proportion des deux tiers aux trois quarts des cas.

Il y a accord général pour dire que la clé de la thérapeutique est la précision du diagnostic. De sa qualité dépend la qualité de la guérison, disent ensemble le Blaisois, la Sologne, la Beauce, la Bretagne, l'Angoumois, la Saintonge, le Nivernais, l'Anjou, la Lorraine, les Cévennes, la Provence, le Languedoc, le Roussillon, les Causses.

On appuie le diagnostic positif sur la recherche de la douleur, dont la valeur est accrue lorsqu'elle existe avec amaigrissement, nausées et constipation. Cette douleur au point de Mac Burney fait cependant défaut, parfois longtemps ; d'autres fois, elle résume la symptomatologie. Le dossier fouillé, qui doit être celui de tout suspect, comporte en outre les principaux éléments suivants : toucher vaginal et rectal, examens hématologiques et radiographiques, précisant la localisation douloureuse, la stase, le spasme, la mobilité, tous examens gagnant à être répétés.

La lésion associée la plus fréquente est la colite droite, dont les troubles chez l'opéré subsistent non comme séquelle mais comme reliquat de la maladie (Hérault) ; vient ensuite la tuberculose péritonéale particulièrement mentionnée en Indre-et-Loire, Eure, Pas-de-Calais, Doubs, Puy-de-Dôme, Haute-Loire, Lot-et-Garonne.

Les échecs tiennent surtout aux erreurs de diagnostic : échec constant chez les neuro-psychiques (souvent ptosiques), sauf les phobiques « affolés d'appendicite » (Cher), qui guérissent lorsque est supprimé le motif de leur anxiété; échec par confusion avec l'ulcus, les lithiases, les annexites.

Ces Assises, en Indre-et-Loire, Puy-de-Dôme, Vaucluse, Ille-et-Vilaine, Côtes-du-Nord, Loiret, Seine-et-Oise, Bouches-du-Rhône, Nièvre, Eure-et-Loir, Cher, Alpes-Maritimes, Pyrénées-Orientales, ont montré que l'appendicite chronique disparaît de l'observation courante dans les secteurs de carrière, où, depuis Dieulafoy, on opère précocement et surtout les enfants, à la moindre alerte de crise aiguë ou subaiguë.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936. n° 30, p. 514.

Les principes généraux de technique opératoire, utile aux résultats éloignés, sont bien résumés dans cette formule de l'Ille-et-Vilaine, qui répond au sentiment général : « L'exploration sera aussi étendue que possible, la besogne accomplie avec minutie, douceur et asepsie parfaites ». Il s'agit en effet de supprimer un foyer et de rétablir un bon fonctionnement organique, pour supprimer les troubles de dysergie iléo-cœcale.

Les soins et la diététique règlent l'avenir du sujet. L'arsenal thérapeutique est chaque jour enrichi. La physiothérapie moderne jouit d'une faveur méritée. Les bienfaits thermaux diminuent les chances de réintervention : Châtel-Guyon et Plombières, pour les troubles intestinaux ; Vichy et Vittel pour les hépatiques ; la Preste, pour la colibacillose ; cures de désintoxication d'Evian et Contrexéville ; cures sédatives de Néris, de Divonne, de Saujon, sous contrôle médical vigilant : l'acte chirurgical ne supprime pas l'acte médical (Eure-et-Loir).

Ayant pris connaissance des conclusions des assises départementales, les maîtres italiens et français réunis à Nice après une discussion scientifique très étendue formulèrent les conclusions suivantes :

La qualité de la guérison dépend de la qualité du diagnostic, clé de la thérapeutique. Tout appendice en cause doit être opéré, aussi précocement que possible. Les manifestations du « flanc droit douloureux » diminuent de fréquence dans les régions où depuis trente ans fut mis en pratique ce précepte de Dieulafoy.

Ce texte rédigé en italien et en français fut adopté à l'unanimité.

Félicitons encore le Dr H. Godlewski et ses collaborateurs d'avoir mené à bien cette réunion scientifique qui fut une éclatante et très heureuse manifestation d'amitié franco-italienne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1936)

M. le PRÉSIDENT fait part du décès de M. Vaquez, membre titulaire depuis 1919 dans la 1re section (médecine).

Un cas de fièvre ondulante d'origine bovine. — MM. MERLIAC et LISBONNE, dans une note présentée par M. LEMIERRE, rapportent un cas de fièvre ondulante d'origine bovine qui montre le danger pour l'homme de la prémunition animale par les vaccins vivants.

Il s'agit d'une femme qui fut contaminée en trayant une vache vaccinée contre l'avortement épizootique au moyen de vaccin commercial contenant des cultures vivantes de brucella abortus.

Quelques vétérinaires se sont déjà infectés en maniant le vaccin. Ici l'infection s'est faite par l'intermédiaire de l'animal.

M. LEMIERRE estime nécessaire d'attirer l'attention des médecins et des hygiénistes sur ce danger. Il apparaît également nécessaire de surveiller ces vaccins.

Le B. C. G., inoffensif pour les sujets sains, l'est-il aussi pour les tuberculeux ? — M. L. GUINARD. En vue de rechercher si des injections répétées de B. C. G., pourraient avoir une influence favorable sur l'évolution d'une tuberculose, l'auteur a entrepris, avec le professeur Calmette, une série d'essais chez 34 femmes soignées aux sanatoriums de Bligny.

Ces essais ont été poursuivis de novembre 1927 au début de décembre 1929, sans résultats permettant d'apprécier exactement la valeur que pourrait avoir le B. C. G. dans la thérapeutique de la tuberculose.

Par contre, il ressort que, malgré la répétition et la prolongation des injections, il n'y a aucune apparence que le B. C. G. ait déterminé, en quoi que ce soit, une aggravation des cas traités. Dix malades seulement ont présenté quelques réactions fébriles passagères sans aucun retentissement sur l'état local, ni sur l'état général.

« En résumé, dit l'auteur, si, avec Calmette, nous n'avons pas cru avoir les éléments suffisants pour conclure à l'efficacité du B. C. G. dans le traitement de la tuberculose, nous avons acquis la certitude que ce vaccin, inoffensif pour les sujets sains, l'est aussi pour les tuberculeux. »

M. GUÉRIN. — « Les constatations expérimentales que vient de nous rapporter M. Guinard présentent le plus grand intérêt, car elles confirment, pour l'espèce humaine, celles qui ont été faites dans l'espèce bovine. Les bovidés tuberculeux sont, en effet, susceptibles de tolérer par injection intraveineuse des quantités considérables de B. C. G., cent milligrammes, par exemple, soit quatre milliards, cinq cents millions de bacilles sans aggravation des lésions antérieures. Ces expériences apportent la preuve définitive de l'innocuité du B. C. G., même pour les sujets tuberculeux, l'homme y compris. Mais il y a plus, les bovidés déjà tuberculeux possèdent la même tolérance vis-à-vis du bacille tuberculeux virulent. J'ai déjà rapporté à cette tribune, cette expérience fondamentale : si l'on injecte dans la veine jugulaire de deux bovidés, dont l'un est tuberculeux et l'autre ne l'est pas, la même dose de bacilles virulents qui doit tuer en 60 jours, fait extraordinaire, le bovidé qui était sain, qui n'était pas tuberculeux, meurt dans le délai ordinaire (60 jours) de granulie pulmonaire massive. L'autre, qui était déjà tuberculeux, ne paraît pas se ressentir de l'inoculation sévère qui lui a été faite, il continue à jouir de toutes les apparences de la santé, ses lésions antérieures ne sont pas aggravées. Ceci nous explique pourquoi les bovidés tuberculeux qui ne crachent pas et qui ingèrent la totalité de leurs expectorations virulentes, ne se surinfectent pas ; il semble que, chez eux, la généralisation de la maladie ne se fasse que par continuité ou contiguité de tissu. En toute logique, ces considérations doivent aussi jouer pour l'espèce humaine. »

Premiers résultats d'une expérimentation au Levant du test cutané de Frei. — MM. ESCHER et CHAGLASSIAN (de Beyrouth).

Troubles des humeurs dans la scarlatine. L'insuffisance fonctionnelle des reins dans la scarlatine. — MM. SLATINEANA, BALTEANU, SIBI, FRANCHE, WEITH, BUTESCU et CANTACUZÈNE.

Conservation et vieillissement des stock-sérums agglutinants. — M. Paul MICHON (de Nancy).

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 12 MARS 1936)

Présentation d'appareil. — M. P. GENAUD présente un nouveau carbomètre.

A propos d'un cas de polyintolérance au traitement antisyphilitique avec érythrodermie exfoliante généralisée. — MM. LE BOCH et TALON commentent l'observation d'un syphilitique qui présenta successivement une érythrodermie

arsenicale et une rechute due à une injection de bismuth ; accidents graves qui rétrocédèrent rapidement, grâce à des injections intraveineuses d'hyposulfite de soude.

Quelques cas d'érysipèle traités par le chlorhydrate de sulfamino-chrysoïdine. — MM. L. FERRABOUC, G. ANDRIEU et P. MOUTIER, à propos de six cas traités avec succès, soulignent l'intérêt de ce nouveau médicament et conseillent de compléter cette thérapeutique par un traitement local.

Observation d'un cas d'inflammation et perforation du diverticule de Meckel. — MM. COSNIER et VIDAL rapportent une observation intéressante non seulement à cause de la rareté, en pratique journalière, des accidents inflammatoires occasionnés par le diverticule de Meckel, mais parce qu'elle souligne une fois de plus, l'utilité d'avoir toujours présente à l'esprit la tragique réalité du diverticule en pathologie abdominale.

Remarque sur l'évolution anormale d'une épidémie de scarlatine. — MM. FERRABOUC, PLACIDI, ANDRIEU et MOUTIER présentent l'étude épidémiologique d'une épidémie de scarlatine, dont le début soudain, la massivité des atteintes et l'arrêt brusque s'écartent de l'épidémicité habituelle de cette maladie. L'enquête épidémiologique révéla seulement comme facteurs favorisants de l'éclosion ou de l'extension des cas de surmenage occasionné chez les sujets atteints par la préparation intensive d'un concours, certaines défectuosités du casernement. L'arrêt brusque de l'épidémie n'est pas moins intéressant à noter que son explosion massive ; à ce sujet, les auteurs soulignent que les angines observées dans cette période furent considérées comme des formes frustes dé la scarlatine ; leur isolement précoce peut expliquer dans une large mesure l'extinction rapide de l'épidémie.

Un cas de septicémie à bacillus fœcalis alcaligènes. — MM. ANDRIEU, CROSNIER et MOUTIER rapportent que le bacillus foecalis alcaligénes peut déterminer chez l'homme un syndrome anatomo-clinique voisin de la fièvre typhoïde. Un de leurs malades présenta brusquement une élévation thermique à 40° avec courbature généralisée ; la fièvre se stabilisa très vite en un plateau à 38° pendant une dizaine de jours. Le malade accusa une lassitude profonde et présenta des sueurs profuses, des gargouillements de la fosse iliaque droite, un ventre très légèrement météorisé. La défervescence se fit ensuite régulièrement en lysis. L'hémoculture permit d'isoler un bacillus foecalis alcaligénes et le germe ainsi identifié fut agglutiné au 1/500 par le sérum du malade.

Note au sujet du diagnostic de la rubéole. — MM. MILLET et LEMAIRE insistent sur l'importance de la recherche de la monocytose sanguine et de la splénomégalie.

Ostéochondrite disséquante du coude. — MM. MEMBREY et CONNES rapportent l'observation d'un soldat qui huit jours après un traumatisme du coude par retour de manivelle qui avait fait penser au début à une entorse du coude avec arrachement osseux, fut reconnu atteint d'ostéochondrite disséquante dont la cause est rapportée aux micropolytraumatismes auxquels était exposé le malade, mineur de profession, qui maniait fréquemment une perforeuse pneumatique.

A propos d'un cas d'abcès corticaux du rein. — M. LISCOET insiste sur l'insidiosité du début sur l'existence de point douloureux fixe au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'intérêt de la notion d'une furonculose ayant évolué quelques jours avant le début du syndrome infectieux et la constatation de staphylocoques dans les urines.

L'injection antitétanique préventive en médecine militaire. — M. LISCOET rappelle la fréquence avec laquelle la prophylaxie du tétanos se pose en milieu militaire. En 1935, pour un effectif de 700 hommes, 60 injections de sérum ont été pratiquées à l'infirmerie et 50 à l'hôpital. L'auteur conclut en insistant sur les avantages de la vaccination par l'anatoxine tétanique.

Syndrome hémorragique et purpura généralisé à la suite d'une injection intramusculaire de quinine uréthane. — M. BERTIER rapporte l'observation d'un paludéen qui avait déjà présenté des épistaxis et des gingivorragies (gros mangeur éthylique) à la suite d'injections de quinine. Une injection de quinine uréthane déclencha un syndrome hémorragique foudroyant qui enleva le malade en 18 heures.

Poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte. Réinfection possible. — MM. BOLSINGER et FALCONNET.

Diabète hydrurique d'évolution rapidement progressive apparu chez un traumatisé cranien atteint consécutivement de méningite cérébro-spinale et d'infection ourlienne. — MM. TRICAULT et BLAN.

A propos de quelques lettres inédites de D. Larrey. — M. BREILLAT.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

HERBORISTES

15666. — M. Desgranges, député, demande à M. le ministre de la Santé publique quels sont les droits des herboristes relativement au mélange des plantes médicinales destinées à la vente au détail. (*Question du 27 février* 1936.)

Réponse. — En l'état actuel de la jurisprudence, les herboristes n'ont pas le droit de vendre des plantes médicinales mélangées, le mélange de plantes étant, en effet, considéré comme une opération pharmaceutique.

(*J. O.*, 4 mars 1936.)

ASSURANCES SOCIALES — INTERNE

14485. — M. J. Mitton demande à M. le Ministre du Travail, si un interne en médecine d'un asile public d'aliénés, accomplissant un service réglementairement limité à deux ans et n'ayant aucun avantage à espérer des assurances sociales, doit être assujetti à la loi et faire nécessairement des versements. (*Question du* 5 *décembre* 1935.)

Réponse. — Réponse négative. Les travaux effectués au cours du stage pratique obligatoire pour l'obtention de certains titres dont la délivrance est réglementée, ne présentent pas le caractère de travaux salariés. (*J. O.*, 4 avril.)

IMPÔT SUR LES SPÉCIALITÉS

16433. — M. Ballu, député, demande à M. le Ministre des Finances, si les produits conditionnés dans l'officine d'un pharmacien ou en dehors de cette officine par un façonnier mais portant un nom spécial fantaisiste, par exemple « pastilles de borate, menthol et cocaïne du docteur X » ; mais destinés à n'être vendus et sans aucune publicité que dans la seule officine du pharmacien propriétaire, sont passibles de l'impôt de 5 % sur les spécialités. (*Question du* 14 *février* 1936.)

Réponse. — Aux termes du second paragraphe de l'article 75 du Code de l'impôt sur le chiffre d'affaires et des taxes uniques, seuls peuvent bénéficier de l'exemption de la taxe unique de 5 % et restent soumis à l'impôt sur le chiffre d'affaires les produits que les pharmaciens préparent dans leur officine pour les livrer directement à leur clientèle sans publicité et exclusivement au détail. (*J. O.*, 4 avril.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 35. — MERCREDI 29 AVRIL 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE) PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Jury : MM. Vignes, Brindeau, Desnoyers, Funck, Cathala, Tinel, Chevassu; lecteurs : MM. Sureau, Digonnet; censeur : M. Lacomme.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — Jurys :

Médecine générale (4 mai). — Président : M. Bezançon ; MM. Carnot, Sergent, Gougerot, Debré, Mattei, Dupérié, Carrière, Margarot, Pautrier, Favre, Tapie.

Chirurgie générale (15 mai). — Président : M. Tixier; MM. Chevassu, P. Duval, Lenormant, Marion, Mathieu, Ducuing, Chauvin, Michel, Stolz, Rocher.

Anatomie et histologie (11 mai). — Président : M. Argaud; MM. Rouvière, Champy, Cunéo, Dubecq, Lucien, Debeyre.

Chimie médicale et physique médicale (4 mai). — Jury commun. Président : M. Vlès; MM. Desgrez, Strohl, Tiffeneau, Maillard, Cristol, Fabre.

Histoire naturelle pharmaceutique (4 mai). — Président : M. Coutière; MM. Sartory, Golse, Fourment, Mercier.

Pharmacie (4 mai). — Président : M. Lebeau; MM. Volmar, Musso, Morel, Labat.

Ophtalmologie (15 mai). — Président : M. Terrien; MM. Strohl, Weill, Gorse, Imbert.

Obstétrique (7 mai). — Président : M. Brindeau; MM. Couvelaire, Lereboullet, Garipuy, Villard, Caussade, Guyot.

Histoire médicale et parasitologie (4 mai). — Président : M. Guiart; MM. Brumpt, Debré, Tanon, Lisbonne, Parisot, Labat.

Physiologie (4 mai). — Président : M. Dubois ; MM. Binet, Fiessinger, Desgrez, Tournade, Hédon, Chevallier.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — REPORT DE CRÉDITS. — Par décret en date du 17 avril 1936, un crédit de 31.280 fr. a été reporté de l'exercice 1935, chapitre 73, du budget de la santé publique et de l'éducation physique, sur l'exercice 1936, chapitre 79 : « Subventions allouées au titre de l'hydrologie et de la climatologie. » (*J. O.*, 23 avril 1936.)

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE. — Cette assemblée aura lieu sous la présidence de M. le docteur Chapon le dimanche 17 mai 1936, à 14 h., dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des sociétés locales et les membres de la Presse médicale.

Le soir, banquet à l'Hôtel Continental, rue Rouget-de-Lisle, sous la présidence de M. le docteur Siredey, ancien président de l'Académie de médecine, vice-président de l'Association. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant avant le 15 mai leur adhésion et le prix du banquet (50 fr.) à M. le docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). Chèques postaux : Paris 186-07. Tél. : Littré 61-43.

CENTRE DE RÉADAPTATION DE L'ENFANT A SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — Il vient d'être créé à Saint-Germain-en-Laye :

1° Un centre de rééducation et d'orthophonie, annexe de l'Œuvre du docteur de Parrel, et dirigé par Mme Louise Matha. On y rééduque les enfants qui entendent mal (sourds,

demi-sourds, sourds-muets), qui parlent mal (dyslaliques, dysphoniques, bègues), qui respirent mal, qui comprennent mal.

2° Une Œuvre de l'enfance déficiente, dirigée par Mme le docteur Suzanne Canale, et destinée au traitement gratuit des enfants arriérés et instables, de famille indigente.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mme le docteur Canale, 73 *bis*, rue de Pologne, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise). Téléphone 515.

CONFÉRENCES DE PHYSIOLOGIE (1re et 2e années). — A partir du lundi 27 avril, M. Ch. Richet, agrégé, traitera, dans ses conférences « de la chaleur animale et de la sécrétion rénale ».

Ces deux questions étant comprises dans le programme, MM. les étudiants de 1re année sont invités à suivre ces conférences.

COURS THÉORIQUE ET PRATIQUE DE BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE. — Le docteur André Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, fera, avec le concours de ses assistants, un cours de broncho-œsophagoscopie, qui aura lieu du 11 mai au 16 mai 1936 inclus.

I. *Cours théorique.* — Six leçons théoriques seront faites par le docteur Aubin, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de clinique oto-rhino-laryngologique du professeur Lemaître. Elles commenceront chaque jour, à 10 h.

2. *Cours pratique.* — Le cours pratique comportera six leçons pratiques : trois sur le cadavre, trois sur le chien vivant. Chaque élève fera lui-même tous les exercices et toutes les manipulations sous la direction et le contrôle du docteur Aubin.

Les travaux pratiques auront lieu à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, tous les jours, de 14 h. à 16 h. 30.

Le cours comportera au maximum douze auditeurs.

Droit d'inscription : 500 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, jusqu'au 7 mai.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE D'HYGIÈNE. — *Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.* — Le prochain examen aura lieu à Paris, en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène sous la direction du professeur Tanon, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de M. le docteur Joannon, agrégé d'hygiène; M. Lindemann, adjoint au directeur des services du travail et de l'enseignement maritimes au ministère de la marine marchande; M. Roubinet, chef de bureau à l'établissement national des invalides de la marine; MM. les docteurs Cambessédès, assistant d'hygiène et ancien chef de clinique de la Faculté de médecine; Clerc, assistant d'hygiène et conseiller technique sanitaire du ministère de la Marine marchande; Neveu, chef du laboratoire des épidémies à la Préfecture de police; Navarre, sous-directeur de l'Institut d'hygiène et professeur à l'Ecole de médecine de Caen.

Le cours durera du 18 mai au 5 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, de 16 h. 30 à 18 h. 30, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques (de 9 h. à midi).

Peuvent s'inscrire à ce cours :

1° Les docteurs et étudiants en médecine, à scolarité terminée, Français et du sexe masculin;

2° Les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 h., et salle Béclard, de 9 à 11 h. et de 14 à 16 h.

Le droit à verser est de 200 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une vive peine la mort de M. Charles Dauzats, président de la Presse de l'Institut. Le talent et la conscience avec lesquels il faisait dans le *Figaro*, puis dans le *Petit Parisien* et l'*Excelsior*, les comptes rendus des Académies et en particulier de l'Académie de médecine, lui valaient l'estime de tous. Ce confrère aimable et courtois sera sincèrement regretté par tous ceux qui l'ont connu.

CORRESPONDANCE

M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France, nous adresse la lettre suivante :

Monsieur le Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*,

La *Gazette des Hôpitaux* du 4 avril contenait, encarté, un prospectus de M. Lemoine, pharmacien, consacré à un médicament qu'il a dénommé *Cryptotoxyl*.

D'une manière visiblement intentionnelle étaient mentionnés, en première ligne, mon nom (en gros caractères) ainsi que les recherches que j'ai faites sur les cryptotoxines.

Connaissant l'esprit de justice de son Directeur, je m'adresse à la *Gazette des Hôpitaux*, lui demandant de vouloir bien insérer ma vive protestation contre l'usage, sinon l'abus qui est fait de mon nom dans une réclame industrielle, et qui pourrait laisser croire que j'ai inspiré ou patronné ce médicament.

Je ne suis pour rien ni dans l'idée commerciale qui a présidé à sa préparation, ni dans l'affirmation de ses effets thérapeutiques.

Il résulte, du reste, de mes recherches que les acides aliphatiques, très actifs *in vitro*, n'ont aucune action *in vivo* dans les toxémies microbiennes ni dans les intoxications alcaloïdiques ou autres.

Avec mes remerciements, veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments bien dévoués.

H. VINCENT.

Paris, le 19 avril 1936.

RENSEIGNEMENTS

GRAND APPARTEMENT à louer, 159, faub. Poissonnière. Escalier particulier. Conviendrait bien pour un docteur.

INFIRM. dipl , dame comp. 40 ans. Ch. sit. près mal. ou p. âgée. Mult. serv. Voyag. — Debost, 7 pl. des Fêtes, La Varenne-Saint-Hilaire (Seine).

SUR LA PATHOGÉNIE DES ŒDÈMES AIGUS DU POUMON

Par M. L. LANGERON (de Lille).

Si la clinique des œdèmes aigus du poumon semble bien précisée, si les règles thérapeutiques qui leur sont applicables semblent nettement arrêtées, on a par contre l'impression que leur pathogénie reste encore confuse et un peu embrouillée dans la plupart des travaux qui leur sont consacrés.

Cette confusion vient, probablement en partie, de ce qu'on ne considère pas assez les œdèmes aigus du poumon dans le cadre général des œdèmes et qu'on a trop tendance à vouloir en faire une manifestation à part.

C'est pourquoi il peut n'être pas inutile de tenter de revoir cette pathogénie à la lumière de nos conceptions générales sur les œdèmes, en insistant en même temps sur ce qui donne leur allure spéciale à ces œdèmes du poumon.

***

On peut distinguer schématiquement dans l'œdème en général quatre facteurs qui tendent à l'accumulation dans les tissus du liquide constitutif de l'œdème.

1) La pression hydrostatique, d'origine cardiaque, tendant à faire sortir des vaisseaux les liquides qui s'y trouvent ;

2) La pression osmotique, réglée par la composition sanguine, qui tend au contraire à attirer dans les vaisseaux les liquides interstitiels ;

3) La capacité d'imbibition des tissus, ou hydrophilie tissulaire dépendant de la teneur en sel, de la réaction acide, de la richesse en lipoïdes, qui tend à appeler et à fixer l'eau dans les tissus ;

4) La paroi capillaire qui, par les modifications de ses fonctions, favorise le passage des liquides du sang dans les tissus.

Il n'y a pas d'œdèmes à l'état normal parce que ces forces s'équilibrent harmonieusement ; pression hydrostatique et pression osmotique se correspondent, les tissus n'ont pas d'appétence exagérée pour l'eau, les capillaires fonctionnent normalement.

Qu'au contraire, la pression hydrostatique augmente, soit par turgescence active, soit par stase passive, que la pression osmotique diminue par suite d'adultérations sanguines (augmentation des globulines avec diminution des protéines, rétention sanguine de NaCl), que les tissus se montrent avides d'eau (acidose, surcharge lipoïdique, teneur en ions minéraux, rétentions salées), que la paroi capillaire favorise, en plus, ces différents phénomènes, et les œdèmes peuvent faire leur apparition.

Il est évident que ces facteurs n'agissent pas isolément, mais qu'au contraire ils sont d'habitude associés, avec prédominance relative ou absolue de l'un d'eux ; ainsi, dans les néphrites, il y a concurremment augmentation de la pression hydrostatique par fatigue cardiaque, baisse de la pression osmotique par altérations sanguines, appétence des tissus pour l'eau par acidose et rétentions salées ; dans certaines endocrinopathies, il y a, avec l'insuffisance thyroïdienne, surtout appétence tissulaire ; chez les cardiaques, il y a surtout augmentation passive de la pression hydrostatique ; dans les inflammations locales, il y a augmentation active de cette pression hydrostatique, etc...

J'ai insisté ailleurs sur ces différents points (voir, par exemple, un article du *Journal des Sciences Médicales* de Lille, du 24 février 1935 sur les Œdèmes endocriniens).

***

On peut dire qu'avec des variantes, qui seront indiquées chemin faisant, les œdèmes du poumon obéissent aussi à ces règles générales ; il est inutile de discuter, en les opposant dans de stériles controverses, les théories mécanique, vaso-motrice ou toxique, des œdèmes aigus du poumon ; chacune de ces théories est vraie, c'est affaire de cas particuliers.

Que deviennent, en effet, au niveau du poumon, les facteurs généraux d'œdèmes ?

La pression hydrostatique se fait sentir là comme ailleurs, mais avec deux différences fondamentales.

La tension intra-vasculaire de la petite circulation est plus faible que celle de la grande circulation, 1/3 admet-on, au moins à l'état normal ; sa mensuration chez l'homme est naturellement impossible. Cette tension a sa source dans la contraction ventriculaire droite, au lieu que dans la grande circulation c'est le ventricule gauche qui est chargé de ce rôle de pompe de refoulement.

Cette tension se trouve en plus fortement diminuée par l'aspiration du cœur gauche, ventricule et oreillette, qui joue le rôle de pompe d'épuisement ; cet épuisement, peu sensible dans la grande circulation, sauf aux approches du cœur droit, est ici capital ; il faut y ajouter l'effet de l'aspiration thoracique, du vide pleural, la physiologie nous enseignant que le vide intra-thoracique est une cause constante d'aspiration du sang dans les vaisseaux pulmonaires ; ceci est particulièrement vrai de l'inspiration qui augmente considérablement le calibre des vaisseaux. Faiblesse relative de la contraction droite, aspiration par le cœur gauche, aspiration respiratoire et surtout inspiratoire, font que la pression hydrostatique est naturellement basse dans les vaisseaux pulmonaires ; à ce point de vue les conditions sont peu favorables à l'œdème.

La pression osmotique ne semble pas avoir de raisons d'être différente là de ce qu'elle est ailleurs ; étant donnée la faiblesse de la pression hydrostatique, la balance penche nettement en sa faveur ; condition encore peu favorable à l'œdème.

L'hydrophilie tissulaire est aussi forcément très réduite, par suite de la réduction même du parenchyme extra-vasculaire, le poumon n'est au fond qu'une éponge aérienne doublée d'une éponge sanguine ; entre les deux, fort peu de chose où puisse se faire un appel et une rétention œdémateuse, ce qui explique que les œdèmes du poumon soient essentiellement des exsudations intra-alvéolaires ; du fait même de la structure du poumon, les œdèmes y revêtent donc un caractère tout particulier, ils ne sont pas tissulaires, mais intra-alvéolaires.

La paroi capillaire joue ici le même rôle qu'ailleurs, assez mal connu, du reste.

On voit donc que, de par leurs conditions anatomiques et physiologiques, les œdèmes du poumon dépendront, en somme, à peu près exclusivement des variations de la pression hydrostatique, en d'autres termes que les facteurs mécaniques y seront nettement prédominants ; il pourra s'y joindre d'autres éléments mais à titre plus épisodique et plus accessoire.

Une augmentation de la pression hydrostatique capable d'aboutir à l'exsudation intra-alvéolaire peut résulter de plusieurs facteurs.

Augmentation par excès ventriculaire droit, ou hypertension d'origine ventriculaire droite ; le fait est assez difficile à vérifier, mais on peut le supposer avec vraisemblance de par certains signes cliniques, radiologiques surtout, par exemple dans le rétrécissement mitral. A lui seul, ce facteur peut être secondaire, mais il n'en sera pas de même s'il s'ajoute au suivant.

On peut faire les mêmes remarques au sujet de « l'hypertonie de la circulation de retour » invoquée par certains auteurs (Laubry et Tzanck).

Augmentation par insuffisance ventriculaire gauche, c'est l'inverse, la pompe d'épuisement est défaillante ; l'importance de ce facteur est classique et tous les auteurs y ont insisté depuis Fraentzel ; il se conçoit aisément ; si le sang continue à affluer dans le poumon du fait de la contraction droite, à plus forte raison si cette contraction est en excès, hypertension droite précédente, pendant que le cœur gauche cesse d'évacuer ce sang, il s'ensuit inévitablement un encombrement rapide, avec exsudation, de la circulation pulmonaire ; ce qu'on dit du ventricule s'applique également à l'oreillette gauche.

La clinique nous dit d'ailleurs assez l'importance de ce facteur en nous montrant la fréquence des œdèmes aigus des poumons dans tous les syndromes d'insuffisance ventriculaire gauche, hypertensions, néphrites, aortites, etc..., au point de faire de ces œdèmes un caractère séméiologique majeur de l'insuffisance ventriculaire gauche.

Augmentation par excès circulatoire, ce sont toutes les vaso-dilatations pulmonaires d'origine diverse, mais qui, en entraînant une augmentation de cette circulation, risquent, et ceci avec d'autant plus de facilité que le cœur gauche sera impuissant à assurer l'évacuation du poumon, d'aboutir à un encombrement tel que l'exsudation œdémateuse s'ensuive.

Une telle vaso-dilatation peut être de cause locale ; une lésion inflammatoire infectieuse, grippe, pneumococcie, tuberculeuse ou irritative comme celle des gaz de combat, comporte, à la manière d'une inflammation périphérique, un vulgaire panaris, une cause d'appel sanguin et d'exsudation périlésionnelle ; ici, cette exsudation ne pouvant se faire ailleurs, est intra-alvéolaire.

Une vaso-dilatation peut dépendre d'une action nerveuse périphérique, irritation péri-aortique, polynévrite.

Elle peut être d'origine nerveuse centrale, traumatismes cérébraux, médullaires, hémorragies des centres, épilepsie, tumeurs de la moelle.

Elle peut dépendre d'une perturbation endocrinienne, agissant partie par la vaso-motricité, partie par les perturbations sanguines que nous verrons plus loin ; l'hypothyroïdie semble la principale de ces endocrinopathies ; à la périphérie, ces œdèmes sont connus, souvent du type Quinke, ils peuvent aussi avoir lieu dans le territoire pulmonaire.

Elle peut dépendre d'une perturbation végétative générale telle qu'on la trouve dans les chocs, l'œdème du poumon est en effet une lésion constante du grand choc anaphylactique.

Plus simplement encore, cette vaso-dilatation peut survenir à la suite d'une déplétion trop rapide ou trop abondante d'un épanchement qui en décomprimant un poumon y attire brusquement le sang en excès (œdème a vacuo).

Ce peut encore être le fait du froid, vaso-dilatation profonde, ou d'un poison à action élective, pilocarpine et muscarine, venins, adrénaline.

Ces éventualités sont donc multiples mais elles comportent toutes les mêmes effets : excès circulatoires par vaso-dilatation, augmentation de la pression hydrostatique, dangers d'exsudation.

Si cette augmentation de la pression hydrostatique joue le rôle, sinon constant, du moins principal, dans les œdèmes du poumon, il reste quand même que d'autres facteurs peuvent intervenir.

Des changements de composition du sang peuvent amener une diminution de la **pression osmotique**, cette force qui tend à faire revenir, ou à conserver, dans les vaisseaux les liquides qui y sont contenus ; dans les œdèmes en général, on note plus ou moins régulièrement, une hydrémie sanguine avec diminution des protéines, surtout sérines, une augmentation en revanche du NaCl, avec surtout surcharge chlorée des globules et acidoses, plus accessoirement augmentation de la cholestérine ; le taux d'urée ne semble pas avoir d'importance. Ces modifications facilitent, pour la dilution la sortie des vaisseaux, pour l'hypoprotéinémie et la chlorémie globulaire la diminution de la pression osmotique.

Pour ce qui intéresse les œdèmes du poumon, les documents, ou bien ne sont pas nombreux, ou bien sont contradictoires, et les conditions de soudaineté de ces œdèmes qui ne laissent guère de loisir aux recherches biologiques expliquent cette carence. Quoi qu'il en soit, on a pu aussi rencontrer ces diverses modifications isolées ou associées, on a pu, par le régime influencer ces œdèmes ; on a vu, au cours des chlorurations thérapeutiques des œdèmes pulmonaires ; il est donc certain que le métabolisme du NaCl y joue un rôle, et que d'une façon générale, la composition du sang n'y est pas indifférente, si elle passe au second plan dans beaucoup de cas ; la rétention chlorée, l'acidose, les modifications protéiniques en sont les principaux éléments, et dans ces modifications le rôle du rein est assez évident pour qu'il soit inutile d'insister.

Pour parler un langage plus clinique nous dirons maintenant que dans les œdèmes pulmonaires on peut distinguer sur le terrain pathogénique, des œdèmes :

a) A prédominance mécanique, augmentation de la pression hydrostatique, par insuffisance d'aspiration

jointe ou non à un excès de refoulement, dans les insuffisances ventriculaires gauches des hypertendus, des rénaux, des aortiques, et auriculaire gauche des mitraux ;

b) Par excès circulatoire dû à une vaso-dilatation, elle-même sous la dépendance :

1) D'une lésion locale irritative, grippés, pneumococciques, tuberculeux, gazés ;

2) D'une perturbation nerveuse centrale, traumatisme, hémorragies, épilepsie, tumeurs ;

3) D'une perturbation nerveuse périphérique, polynévrite, irritation péri-aortique ;

4) D'un état de choc général, anaphylaxie ;

5) D'un état endocrinien, hypothyroïdie ;

6) D'une déplétion locale, œdème a vacuo ;

7) D'une vaso-dilatation a frigore ;

8) D'un toxique à action élective, pilocarpine, muscarine, adrénaline, venins ;

c) A prédominance dyscrasique, altérations sanguines, néphrites.

Il est bien évident que ces facteurs seront le plus souvent intriqués, dans ces œdèmes comme dans les autres. Par exemple, les cardio-rénaux sont des insuffisants du cœur gauche en même temps que leur sang est adultéré.

L'adrénaline détermine une crise cardiaque gauche en même temps qu'une vaso-dilatation pulmonaire.

L'insuffisance thyroïdienne associe à des troubles vaso-moteurs une augmentation de la masse liquide du sang.

Les pneumoniques et les grippés peuvent être des insuffisants cardiaques.

Et ainsi de suite.

Il est évident aussi que le facteur mécanique, augmentation de la pression hydrostatique, est le principal et ne manque que rarement ; cliniquement, les œdèmes pulmonaires évoquent la défaillance gauche.

Une constatation, expérimentale, de Gougerot est bien démonstrative ; cet auteur injecte, pour une raison quelconque, du $CaCl^2$ à un sujet, il note une surcharge chlorée sanguine avec forte acidose, et des œdèmes purement périphériques, le cœur étant sain ; inversement, chez des rénaux à cœur malade, la chloruration a pu déterminer l'œdème du poumon.

Il est évident aussi qu'une lésion pulmonaire antérieure peut jouer un rôle d'appel important, épine analogue à celle de l'asthme par exemple.

Mais il est non moins évident que les œdèmes du poumon n'échappent pas aux lois générales des œdèmes ; on y trouve des œdèmes mécaniques, des œdèmes dyscrasiques, une intrication pathogénique habituelle ; là comme ailleurs, une force tend à faire sortir les liquides des vaisseaux, une autre tend à les y faire rentrer ou à les y conserver, au travers d'une membrane cellulaire dont les fonctions sont difficiles à apprécier ; à l'état normal, il y a équilibre entre ces forces, à l'état pathologique le déséquilibre crée l'œdème.

Un exemple récent et personnel peut servir à montrer la complexité de ces facteurs, en même temps qu'il apporte une contribution à l'étude du sang dans les œdèmes du poumon. Un homme de 71 ans (1935 HI 48) présente brusquement, au moment de la visite, une crise de dyspnée intense ; les poumons sont encombrés de râles, encore bronchiques, le cœur est rapide, galopant, la tension est de 25/15, alors que la veille elle était à 17/9 ; une saignée de 300 gr. fait disparaître les phénomènes, et la tension redescend immédiatement à 21/10 ; puis le lendemain à 15/9 ; il n'y a pas eu inondation alvéolaire ni expectoration mousseuse, mais celle-ci était bien imminente et la saignée l'a empêchée. Dans le sang pris en crise, on trouve une forte hydrémie (rapport volume plasma/volume globules=1,90 alors que normalement il est de 1,20), une hyperchlorémie totale à 3,12 avec forte acidose (rapport chlore globules/chlore plasma=0,74), les protéines sont normales, mais de quantité diminuée si on tient compte de la dilution. Quelques jours après, tout allant bien, la dilution s'est abaissée (1,67), l'acidose aussi (rapport=0,55). La tension reste à 15/9. La chlorémie est descendue à 3,07. On trouve donc réunies une crise hypertensive entraînant la défaillance gauche (galop, hypertension du Mn), des altérations sanguines, dilution, acidose, hypoprotéinémie relative. On a surpris en somme, l'œdème à la phase sanguine, et la saignée a empêché l'inondation alvéolaire (1).

***

Il reste, enfin, à montrer les **caractères particuliers de ces œdèmes pulmonaires,** caractères pathogéniques qui expliqueront les caractères cliniques de soudaineté et de gravité rapidement mortelle parfois.

Ce qui fait la caractéristique de ces œdèmes c'est avant tout leur siège : ils obéissent aux conditions anatomiques et physiologiques de l'organe où ils se produisent.

Nous avons dit que le poumon ne comportait pratiquement pas de tissus interposés entre les éponges aérienne et sanguine ; ce fait, qui explique l'absence ici du facteur interstitiel, appétence des tissus pour l'eau, rend en même temps compte que le liquide d'œdème ne peut s'épancher que dans les alvéoles, seul espace libre offert à son issue hors des vaisseaux.

Cette exsudation alvéolaire s'aggrave immédiatement et d'une façon rapidement très grave par le simple jeu des forces respiratoires, et il semble y avoir là une notion très simple qui n'a pas retenu suffisamment l'attention.

Une exsudation alvéolaire, même limitée, déclanche immédiatement, par restriction du chemin de l'hématose et aussi probablement par voie réflexe, une certaine dyspnée ; il semble aussi, au moins dans certains cas, que cette dyspnée préexiste à l'inondation alvéolaire, dans notre observation par exemple, vraisemblablement par acidose sanguine (on sait bien que l'acidose du sang est un excitant respiratoire) ; quoi qu'il en soit, cette dyspnée, secondaire ou primitive, a comme effet, mécanique, une aspiration intense intra-pulmonaire, particulièrement marquée à l'inspiration, aspiration qui ne peut manquer d'exercer son action, d'autant encore qu'il existe un obstacle à l'entrée de l'air, sur la circulation pulmonaire dont elle augmente l'intensité et sur l'exsudation séreuse

(1) Ces chiffres sont dus à mon collègue le professeur Paget.

qui découle de cette circulation exagérée ; un véritable cercle vicieux s'installe, l'encombrement pulmonaire augmentant la dyspnée, la dyspnée augmentant l'encombrement pulmonaire, l'acidose sanguine augmentant du fait de la gêne de l'hématose, la dyspnée augmentant du fait de l'acidose.

Cette intrication pathogénique rend bien compte de la soudaineté et de la gravité cataclysmique des accidents ; en quelques secondes ou quelques minutes, la totalité des poumons pouvant être inondée et l'expectoration abondante, mousseuse caractéristique, est alors le témoin de ce qui se passe à l'intérieur. Le même phénomène a d'ailleurs lieu dans certaines hémoptysies, pour lesquelles la cessation de cette aspiration pulmonaire s'impose absolument.

On conçoit aussi la nécessité d'une thérapeutique rapide et énergique ; la saignée dérivative, en dehors du sang qu'elle soustrait au poumon encombré et du secours qu'elle apporte ainsi au cœur gauche, agit probablement en même temps par un mécanisme humoral complexe ; la morphine calme et fait disparaître ces réflexes pathologiques vicieux ; l'ouabaïne vient en aide au cœur ; l'association de ces méthodes est parfaitement légitime du point de vue pathogénique, la clinique vérifie cette légitimité.

Ce sont ces conditions particulières qui font bien mériter l'épithète d' « aigus », appliquée à ces œdèmes. A la périphérie, l'infiltration œdémateuse met des jours à se constituer et son silence clinique est remarquable ; au poumon, au contraire, et pour les causes qui viennent d'être dites, il en va tout autrement, la constitution en est quasi soudaine et la traduction clinique intense.

Ces quelques lignes n'apportent rien de bien nouveau à la pathogénie des œdèmes du poumon, en dehors du fait cité chemin faisant d'un œdème surpris à sa phase sanguine, mais, et c'était leur but, elles permettront peut-être de mieux comprendre ces œdèmes, en les plaçant dans le cadre des œdèmes en général, dont ils suivent les grandes lois, avec les particularités signalées, tenant à la structure et aux fonctions des organes où ils se produisent.

L'Année de l'Obélisque (1), par le docteur LUCIEN-GRAUX.

C'est une idée charmante que vient d'avoir le docteur Lucien-Graux, et avec quel agrément, quelle saveur évocatrice il l'exprime ! Il a imaginé — et il fallait y songer — de nous reporter à cent ans en arrière, de faire revivre *l'Année de l'Obélisque*, 1836.

Lire *l'Année de l'Obélisque*, c'est vivre, pendant quelques heures, dans la parfaite intimité de la société la plus variée, aux temps, si proches, du roi Louis-Philippe, et, vraiment, sans le moindre effort, rentrer « comme chez soi » dans une époque qui nous est restituée avec tous les accents et sous toutes les couleurs de la plus chatoyante actualité.

Certainement, le docteur Lucien-Graux a dû trouver un plaisir immense à brosser sous un pinceau si alerte, et avec des tons si enjoués, cette fresque centenaire. Ce plaisir, tout le monde, en goûtant son livre de page en page, le partagera demain. C'est un impeccable et délicieux modèle du genre. L. G.

(1) In-4 de luxe. — Prix : 50 fr. — Librairie Corti, 6, rue de Clichy, Paris.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LE RÉGIME DANS LA DYSPEPSIE DU LAIT DE VACHE [1]

(*dyspepsie du lait de vache pur* de Marfan *dyspepsie albumineuse* de Combe)

Par M. L. BABONNEIX
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Dans cet état, que caractérisent, cliniquement, les symptômes suivants : troubles d'abord dyspeptiques, puis dystrophiques, modifications des selles, volumineuses, grises ou blanches, de consistance ferme, *mastic*, d'odeur fade, de réaction alcaline, parce que très riches en ammoniaque, pauvres en pigments biliaires, riches en savons de chaux et de magnésie, quel régime prescrire ? (1).

§ I. — Pour le Prof. Marfan, il faut distinguer deux cas.

Dans les premiers mois, si la maladie survient chez des enfants convenablement alimentés, il faut les remettre au *sein*, en leur donnant, au début, des doses de lait un peu inférieures à celles qu'ils prenaient auparavant.

La mise au sein est-elle impossible, on s'adressera au *lait d'ânesse*, et, à son défaut, aux *laits modifiés*, qui ne réussissent que s'ils remplissent trois conditions : 1. leur caséine doit avoir subi des transformations telles qu'elle est devenue plus digestible ; 2. ils doivent avoir été appauvris en beurre et 3. enrichis en glucides de digestion facile. Le meilleur d'entre eux est assurément le babeurre. N'est-il pas supporté, ou ne peut-on s'en procurer, on a le choix entre le lait condensé, la poudre de lait maigre ou demi-maigre additionnés de sucre, le képhyr ou le yogourt maigres dilués dans de l'eau bouillie sucrée, le lait homogénéisé. A défaut de ces produits, on pourra employer, mais avec moins de chances de succès, le *lait de vache* écrémé, dilué et convenablement sucré, ou même, s'il est impossible de faire autrement, du lait de vache préalablement stérilisé, dilué d'abord au 1/4 ou au 1/5, et additionné de ferments digestifs (pancréatine, hépatiques, pepsine, présure) ou lactiques.

La cure commencera par une courte période de diète hydrique, puis on donnera les aliments qui viennent d'être indiqués. Les doses, d'abord inférieures aux doses normales, seront ensuite augmentées prudemment et progressivement. Au bout de quelques jours, on leur substitue peu à peu le lait de vache, d'abord largement dilué avec de l'eau sucrée à 10 % ou additionnée d'extrait de malt à 5-6 %. Se produit-il une rechute, ce qui est fréquent, force est de revenir aux régimes restreints, et même, en certains cas, au lait de femme.

Après quatre et avant six mois, on peut, aux aliments précédents, ajouter les bouillies maltosées, les bouillies de farine lactée ou la soupe au beurre et à la farine de Czerny-Kleinschmidt. Au bout de quelques jours, on diminue la quantité de ces aliments, auxquels on substitue peu à peu le lait de vache.

Après six mois, on peut remplacer les bouillies précédentes par des bouillies aux farines ordinaires, d'abord à l'eau, puis au lait. Dès l'amélioration obtenue, « il faut s'efforcer de revenir peu à peu, sans se hâter, mais sans s'arrêter, au régime qui est normal pour l'âge et pour le poids de l'enfant ».

§ II. — M. R. Mathieu envisage trois périodes.

Premier trimestre. — Le lait de vache pur occasionnant des accidents, souvent (Ribadeau-Dumas) à la faveur d'une

(1) Cf. A.-B. MARFAN, *Les affections des voies digestives et les états de dénutrition dans la première enfance*. Paris, 1930, in-8°, p. 272-276. — R. MATHIEU, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, article *Pédiatrie*, 4046, p. 1-10.

tare telle que l'hérédo-syphilis, le premier soin du pédiatre doit être de la couper (Marfan) ou de lui substituer soit des laits modifiés, soit du lait de femme ou d'ânesse, soit des mélanges à base de lait.

Nous venons de voir le *coupage* proposé par le Prof. Marfan. Pour M. R. Mathieu, il réussit dans la plupart des cas, mais non toujours.

Les *laits modifiés* sont mieux tolérés que le lait de vache, grâce, soit aux modifications chimiques qu'y a subies la caséine, soit à leur écrémage partiel. De tous, le plus recommandable est le babeurre, qu'on ne peut malheureusement prescrire que peu de temps, à moins qu'on ne puisse lui associer du lait de femme. Le lait sec partiellement écrémé peut, lui non plus, n'être administré seul que pour une période très courte. Echoue-t-il, on recourra au lait condensé sucré.

Le *lait de femme* lui-même, et, à défaut, le *lait d'ânesse*, ne réussissent eux-mêmes que s'ils sont donnés avec certaines précautions (Czerny et Keller, Ribadeau-Dumas), par exemple en alternant une tétée avec un biberon de babeurre, une soupe de malt ou une crème de riz maltée.

Les divers laits de régime échouent-ils, ce qui n'est pas rare, on s'adressera avec prudence aux *farines* : bouillie de babeurre (contenant 1 % de farine) chez les tout jeunes, farine de riz ou de tournesol, maltosan, chez les autres.

Au régime, on adjoindra, aussitôt que possible, des vitamines A, B et C.

Deuxième trimestre. — « Il est possible de réduire la quantité de lait de vache donnée quotidiennement et de le remplacer par des hydrates de carbones et même par des albumines végétales. La condition essentielle du succès est de bien équilibrer les matériaux alimentaires et de fournir à l'organisme les substances indispensables à la croissance : vitamines, acides animés, sels minéraux » (R. Mathieu). Trois manières de réaliser ce programme :

a) *Régimes mixtes de lait et de farine.* Ils peuvent être constitués d'une des manières suivantes :

Mélange de lait sec et de farine lactée :

Lait sec .... }	une cuillerée à soupe rase
Farine lactée .... }	
Eau	100 gr.

en ayant soin d'ajouter des vitamines.

Mélange de lait condensé sucré et de farine lactée :

Mêmes proportions pour l'eau et pour la farine lactée, mais une cuillerée à café de lait condensé au lieu d'une cuillerée à soupe de lait sec. Ce mélange, qui dégage autant de calories que 100 gr. de lait de vache, est déséquilibré : il est, en effet, trop riche en glucides, trop pauvre en lipides ;

Soupe au malt de Keller, maltosan, remplacé, en cas de diarrhée avec acidité de matières, par le nutromalt ;

Bouillies maltosées.

b) *Farines azotées.* Ce sont les bouillies de *tournesol* et de *soja.*

Pour éviter les syndromes frustes de carence, débutant vers le sixième mois, on prescrira en même temps des *légumes*, d'abord (Tobler, Ribadeau-Dumas) sous forme de jus de légumes, puis de purée de carottes et de salades cuites, données, pour commencer, à petites doses.

Second semestre. — Le régime doit être élargi et comprendre des aliments divers, poudres de légumes, compotes de fruits, jaune d'œuf, etc., donnés avec précautions, en surveillant attentivement les selles et en se rappelant qu'ils ne conviennent pas en cas de fermentations intestinales, avec selles acides et liquides.

III. — Nous n'avons rien à objecter aux conceptions précédentes. Comme le Prof. Marfan, nous donnons la préférence, chez le nourrisson de moins de quatre mois, au lait de femme ; à son défaut, au lait d'ânesse, puis aux laits modifiés, dont, surtout, le babeurre. Comme MM. Ribadeau-Dumas et Mathieu, nous croyons qu'on peut, en usant de précautions, introduire de bonne heure, dans l'alimentation, des glucides, dont, surtout, des poudres de légumes, et qu'on doit, en tout cas, ajouter au régime les vitamines nécessaires, administrées à doses suffisantes. Avec tous les auteurs, nous estimons que les règles théoriques, quelle que soit leur valeur, doivent céder le pas à l'observation, et que, dans ces cas qui nécessitent toute la science et tout le doigté du médecin d'enfants, seule, l'expérience permettra de dire quel aliment est supporté, qu'il s'agisse des différents laits modifiés, qu'on doit parfois essayer l'un après l'autre, ou des farines, dont, parfois, une seule réussit.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME

Réunion du 30 mars 1936

Le traitement métathésique de la diathèse rhumatismale. — M. Wolf (de Strasbourg). Peut-on modifier la prédisposition rhumatismale ? M. M. Wolf développe dans une courte conférence les bases actuelles du traitement destiné à influencer, éventuellement à corriger, la prédisposition rhumatismale.

Après avoir rapidement insisté sur l'état actuel de la question de l'origine endogène ou exogène du R. C. P. G. (rhumatisme chronique progressif généralisé), il montre qu'aucune des théories n'est capable d'expliquer le développement du rhumatisme sans tenir compte de la prédisposition individuelle. Cette prédisposition, sur la dénomination de laquelle on peut discuter, correspond au qualificatif de diathèse, c'est-à-dire à un ensemble de qualités ou de défauts amenant un individu à réagir à des irritations d'un ordre quelconque par un mode de réaction spécial.

C'est à la définition biologique et clinique de ce mode de comportement, appelé provisoirement diathèse, qu'est destiné le rapport de l'auteur.

Dans tout organisme, on peut considérer que l'ensemble des phénomènes physio-pathologiques est constitué par l'intervention de trois facteurs qui se combinent dans leur modalité réactionnelle. Ceux-ci, pour la diathèse rhumatismale, portent leur effet essentiel sur le tissu conjonctif ou le mésenchyme ; les conséquences sur les tissus épithéliaux ou de souche épithéliale pouvant être négligées provisoirement. Ces trois facteurs sont les suivants :

1° *L'état tissulaire ou fondamental* correspond aux modalités de réaction du mésenchyme :

a) Tendance à la pullulation ou à l'involution scléreuse des cellules conjonctives ;

b) Tendance à la pullulation qualitative d'un certain type d'éléments mobiles par prédominance aux autres (réactions leucocytaire, lymphocytaire ou monocytaire) ;

c) Tendance des vaisseaux à une prolifération plus ou moins marquée.

2° *L'état endocrinien* qui correspond à la synergie des glandes endocrines avec prédominance ou déficience de certaines de celles-ci, dont l'influence est capitale sur la réalisation des états conjonctifs. Celle-ci est largement développée dans le rapport de l'auteur.

La diathèse se compose essentiellement de la combinaison de l'état *tissulaire* correspondant à la constitution et de *l'état endocrinien*, image du tempérament de l'individu. A ces deux états s'ajoute un troisième qui est l'état de réactivité.

3° *Etat de réactivité ou réactionnel.* — Celui-ci caractérise les réactions de l'organisme vis-à-vis de toute action antagoniste accidentelle ou momentanée.

Il correspond donc surtout à l'intensité ou amplitude de la réaction des tissus : production de cellules conjonctives, réaction vaso-motrice, exsudation de liquide interstitiel.

L'état de réactivité immédiat conditionne donc le sort momentané de toute lésion, tandis que la diathèse commandera les possibilités et modalités de guérison définitive de toutes ces lésions.

Dans la deuxième partie de son rapport, l'auteur développe *les moyens d'étude clinique de la diathèse*.

1° *L'étude de l'état fondamental* comporte l'examen de la colloïdité du tissu conjonctif (méthode interférométrique et autres) ; de l'imprégnation minérale (analyse histochimique et méthode de micro d'incinération) ; de courants d'action d'un type spécial au niveau du tissu conjonctif (sur l'exécution technique, l'auteur donne quelques indications) ; du type vaso-moteur (examens directs de la peau, capillaroscopie, applications excitantes externes ou sous-cutanées comme l'histamine ; de la stabilité colloïdale du plasma (réaction de sédimentation globulaire, phénomènes de précipitation).

2° *L'étude de l'état endocrinien* comporte le bilan des fonctions endocrines (dosages chimiques dans le sérum ou le plasma de certains minéraux et du glucose, estimation du métabolisme basal, tests de la surrénale, de l'hypophyse et réactions provoquées d'ordres divers).

3° *L'étude de l'état de réactivité* se fait essentiellement par les examens hématologiques, par l'étude de la vésicule provoquée au vésicatoire de Kauffmann, du module inflammatoire à la térébenthine, par l'étude des réactions vasomotrices immédiates.

Après avoir montré quelles sont les modifications obtenues dans l'examen de ces différentes réactions sur les sujets offrant la diathèse rhumatisme, en dehors ou au cours des poussées aiguës, l'auteur passe à l'étude rapide des lésions anatomopathologiques qui constituent le corollaire des phénomènes physiopathologiques observés. Il insiste surtout sur le rôle du cartilage et des tissus conjonctifs périarticulaires à côté de l'os (ostéolyse) et de la synovie (imbibition sérique) pour la réalisation des transformations locales qui aboutissent aux modifications caractéristiques du R.C.P.G.

L'auteur termine par une étude des moyens dont nous disposons pour agir sur les différents éléments constitutifs des trois états développés antérieurement. Il montre la possibilité qu'offre l'utilisation combinée de certains de ces moyens (chimiques, biologiques et physiothérapiques) et notamment de certains extraits cartilagineux, pour aboutir à des résultats très importants et des améliorations souvent très notables dans les syndromes du R.C.P.G.

Rapports de la sciatique et du rhumatisme. — M. Hagueneau étudie successivement les rapports de la sciatique avec le rhumatisme articulaire aigu et avec le rhumatisme chronique.

Il expose toute une série de raisons cliniques et anatomiques qui s'opposent à faire jouer un rôle au rhumatisme articulaire aigu dans l'apparition de la sciatique essentielle.

L'auteur étudie ensuite les sciatiques qui surviennent au cours du rhumatisme chronique. Il insiste sur ce fait que la sciatique ne survient chez les sujets atteints d'arthrite chronique qu'autant que la colonne vertébrale est touchée ; bref, qu'il s'agit chez eux d'une atteinte plus en rapport avec une localisation anatomique qu'avec le facteur étiologique lui-même.

Abordant alors le problème de la sciatique essentielle, il recherche, par l'étude des caractères intrinsèques de la sciatique et des conditions extrinsèques de son apparition, quels sont les rapports du rhumatisme et de la sciatique. Il apporte en particulier des précisions sur l'examen systématique clinique et radiologique des colonnes vertébrales et des articulations du bassin au cours de la sciatique essentielle.

Il conclut : 1° que les sujets atteints de sciatique ne versent pas avec une particulière fréquence dans le rhumatisme chronique ; 2° que les sujets atteints de rhumatisme chronique ne présentent de sciatique qu'autant qu'il y a atteinte vertébrale ; 3° que l'étude systématique des colonnes vertébrales des sujets atteints de sciatique ne révèle que dans une proportion très faible des lésions de spondylite.

Le traitement de la névralgie sciatique par les injections lipiodolées. — M. Jean Paraf. Depuis plus de quinze ans, l'auteur a eu occasion de traiter plus de cent cas de sciatique par an. En particulier, depuis 1931, il a pu traiter et suivre 418 malades atteints de sciatique « essentielle, primitive, rhumatismale », d'une certaine intensité et durant depuis plus de quinze jours.

Il a pu ainsi se rendre compte de l'inefficacité de certains traitements pourtant couramment pratiqués.

Par contre, le traitement par injections locales de lipiodol tel que l'a décrit Sicard, ou par injections épidurales de lipiodol, lui a paru pleinement efficace, puisque 70 p. 100 des malades ainsi traités ont été guéris en moins de 15 jours.

La radiothérapie profonde lui a donné également de bons résultats.

La sciatique du carrefour lombo-sacro-iliaque. — MM. Mathieu-Pierre Weil, Charles Polak, René Theiler et Mlle Litchewsky montrent que la cause de beaucoup la plus fréquente de la sciatique est une lésion des dernières vertèbres lombaires ou du sacrum, et que ce qu'on appelle ordinairement de ce nom est moins une souffrance du nerf que de ces racines lombaires. De fait, la 5e racine, la plus grosse, remplit normalement et complètement le trou de conjugaison correspondant, le plus étroit, où elle peut facilement souffrir lors de mouvements de congestion du plexus veineux qui l'accompagne, ou de l'inflammation des articulations vertébrales postérieures contiguës. Mais le trou de conjugaison franchi, ses racines épousent des rapports extrêmement étroits avec les rebords des deux dernières vertèbres lombaires et leurs disques, puis avec l'articulation lombo-sacrée, si fréquemment malade, et plus loin les articulations sacro-iliaques. C'est dans une souffrance de ces régions que réside l'altération la plus fréquente du nerf. Le lumbago, la scoliose, l'enraidissement lombaire, la douleur en certaines régions localisées, en sont l'expression, ainsi que les désordres que la radiographie peut déceler. Mais ceux-ci sont toujours tardifs, souvent minimes ; la radiographie montre constamment moins de lésions qu'il n'en existe : attendre pour faire le diagnostic l'existence de grosses altérations radiologiques est risquer de méconnaître longtemps un diagnostic qui implique l'application de mesures thérapeutiques très particulières.

Ont pris part aux discussions : MM. Coste, Delacroix, J. Forestier, Joltrain, Perrin, Terray, Teulon-Valio, Weissenbach.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 6 avril 1936)

Sur les cristalloïdes de la glande mammaire. — M. Jean Grynfeltt.

Production de polynévrite aviaire au moyen de régimes riches en glucides, en protides et en lipides comportant de fortes doses de vitamines B, par simple addition d'acide lactique. — M. Raoul Lecoq.

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1936)

Contributions à l'étude physique et chimique de la panification. — M. Emile FLEURENT rapporte un ensemble d'observations montrant l'influence des actions physiques et chimiques résultant des phénomènes biologiques qui se produisent au cours de la panification, la variation du pH servant de mesure pour régler, suivant les besoins, la qualité du pain qui en résultera.

L'agent principal de réception de ces actions étant le gluten, on peut conclure qu'il apparaît dès maintenant comme possible, en tenant compte de sa composition immédiate, de régler le travail de boulangerie de façon à obtenir le même pain avec n'importe quel blé qui en contiendra au moins le minimum reconnu indispensable.

Action conjuguée de la température et des poisons du système végétatif sur le développement des jeunes mammifères. — M. MARIUS BACCINO.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1936)

Traitement des affections génito-urinaires par un mélange de Bismutho-S. oxyquinoléine et d'isopropylnaphtalène sulfonate de soude. — M. L. GROLLET, suivant les conclusions des travaux d'Erlich, de Sazenac, de Levaditi, de Riganati, de Jausion, de Sabli et de Miget, sur l'emploi du bismuth en thérapeutique, a essayé de traiter les endométrites, les vulvo-vaginites des petites filles et les uréthrites par un mélange de bismuth, d'oxyquinoléine et d'isopropylnaphtalène sulfonate de soude, dont voici la formule :

Bismutho-S. oxyquinoléine	10 gr.
Isopropylnaphtalène sulfonate de soude.	0 gr. 1
Eau distillée stérile	100 gr.

Il a obtenu des résultats très remarquables quant à la rapidité et à la durée, et rapporte toute une série d'observations démonstratives.

Evolution de la folliculine urinaire chez la femme castrée par ovariectomie ou radiothérapie ovarienne. Résultats de la radiothérapie de la région hypophysaire. — MM. Guy LAROCHE, H. SIMONNET et J.-A. HUET ont étudié le taux de l'hormone folliculaire et de l'hormone gonadotrope chez des femmes castrées par radiothérapie ou par ovariectomie. Sur 28 malades ayant subi l'ovariectomie double, ils ont trouvé 8 fois (28 p. 100 des cas) une quantité de folliculine urinaire supérieure à 20 U. R. par litre, 3 fois 50 unités, 1 fois 200 unités ; dans un cas, le taux de folliculine était élevé à la fois dans l'urine et dans le sang.

Ces taux élevés sont plus fréquents encore chez les sujets castrés par radiothérapie.

Ils discutent l'origine de ces hormones et plus particu-

lièrement celle de la folliculine, pour laquelle aucune des hypothèses actuellement proposées n'est valable.

Ils rapportent les heureux effets du traitement radiothérapique et attribuent à l'hypophyse un rôle de premier plan dans la genèse des accidents consécutifs à la ménopause provoquée.

Traitement parathyroïdien de certaines formes de rhumatisme chronique. — M. Gaston PARTURIER rappelle que MM. Weissenbach et Françon ont publié des cas d'amélioration de rhumatisme chronique par la paratyrone. L'auteur apporte l'observation d'une périarthrite fibreuse et calcifiante, avec pseudo-ankylose du genou et du coude droits, qui fut amenée à un état voisin de la guérison.

Il a vu aussi s'améliorer des cas où dominait la contracture des muscles périarticulaires.

Par contre, il a noté l'inefficacité ou même la nocivité de la paratyrone, notamment chez une dame âgée où l'hydarthrose des deux genoux, qui avait suivi l'administration de la paratyrone, fut guérie par l'emploi du neptal et du cyanure de mercure.

Les échecs de la paratyrone ont conduit l'auteur à l'idée d'un sérum éparathyroïdien, réalisé par M. Penau. La malade présentée à la Société se tient debout sans appui et marche assez aisément à l'aide d'une canne. Les mouvements de son corps ont une souplesse suffisante. Elle tourne bien la tête. Les membres supérieurs ne laissent paraître aucune gêne.

Or, le 30 novembre dernier, ses genoux étaient obstinément fléchis à 75° — et douloureux. Epaules, poignets étaient dans le même état de douleur et d'extrême limitation des mouvements. Le rachis était immobilisé, la tête projetée en avant par la flexion du cou, tout mouvement de rotation impossible.

Les images radiologiques montrent un éclaircissement et un dessin plus net de l'interligne fémoro-tibial.

Une vingtaine d'autres observations sont rapportées par l'auteur avec, pour plusieurs, l'étude du taux de calcium comparé dans le sang et dans les ongles. Il semblerait qu'on puisse conclure à une fixation du calcium dans les tissus.

C'est dans les « arthroses » que le sérum aurait des chances d'être efficace. Son action semble spécifique, car ses résultats heureux et les accidents qu'il comporte (accidents spasmodiques, colique hépatique, constipation spasmodique, etc..) rentrent dans le syndrome de l'hypoparathyroïdie, et sont susceptibles d'une correction par la paratyrone.

Action antichoc de la paratyrone. — MM. Gaston PARTURIER et le professeur JAME, du Val de Grâce, signalent que les lapins qu'on traite par des injections répétées de globules de mouton lavés (en vue de la réaction du Bordet-Wassermann) meurent souvent de choc anaphylactique à la deuxième ou troisième injection.

La paratyrone injectée avant les globules semble protéger l'animal contre pareil accident et réalise une économie considérable de lapins et de temps.

Septicémie streptococcique, érysipèle de la face et adénopathie suppurée. Guérison par le sérum de H. Vincent. — MM. G. CAUSSADE et F. MORISSE présentent une observation dont on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Chez une jeune fille, atteinte de septicémie à streptocoques, d'un érysipèle de la face et d'une adénopathie sous-maxillaire étendue et suppurée, atteinte, en outre, d'un état général grave (hyperthermie, épistaxis, diarrhée fétide et noirâtre), la guérison a été obtenue par des injections intra-musculaires de sérum antistreptococcique de H. Vincent, à la dose de 170 cmc. au total, mais cette guérison a été retardée parce qu'il y a eu une reprise de tous les phénomènes signalés ci-dessus, et cela, parce que les doses initiales étaient trop faibles. Les auteurs ajoutent que, comme le conseille expressément H. Vincent, aucun adjuvant thérapeutique n'a été employé.

2° Les échecs malgré le sérum de H. Vincent sont attribuables, non seulement à des doses insuffisantes trop faibles, mais aussi à l'institution tardive du traitement sérothérapique, mais en pratique médicale une intervention précoce est difficile, sinon impossible. Peut-on, en effet, prévoir une septicémie analogue à celle observée par les auteurs quand il s'agit d'une amygdalite banale, légère et passagère, et que les conséquences funestes n'apparaissent que 8 jours après celle-ci, alors qu'elle est complètement guérie ? Néanmoins, dès que la clinique ne laisse plus de doute sur la septicémie, ou, qu'à défaut de la clinique, une hémoculture est positive, toute hésitation n'est plus permise, il faut agir — et agir énergiquement — sans avoir la certitude du succès pourvu que s'offrent des chances sérieuses comme dans le cas rapporté par les auteurs.

Des observations récentes sont en faveur de cette manière d'agir (de Haren et Fallas, J. Minet, Roose, Warembourg, Manoussakis).

LIVRES NOUVEAUX

La Cure de Soleil (1), par le docteur A. ROLLIER (de Leysin), membre correspondant de l'Académie de Médecine de Paris.

Comme nul ne l'ignore, le grand mérite de Rollier, dans le traitement des tuberculoses chirurgicales, est d'avoir remplacé l'insolation locale que pratiquaient exclusivement ses prédécesseurs par l'insolation de toute l'enveloppe tégumentaire. C'est aussi par l'association du climat d'altitude à l'héliothérapie totale, d'avoir visé comme but principal le relèvement de l'état général des malades, la complète rénovation de leur organisme.

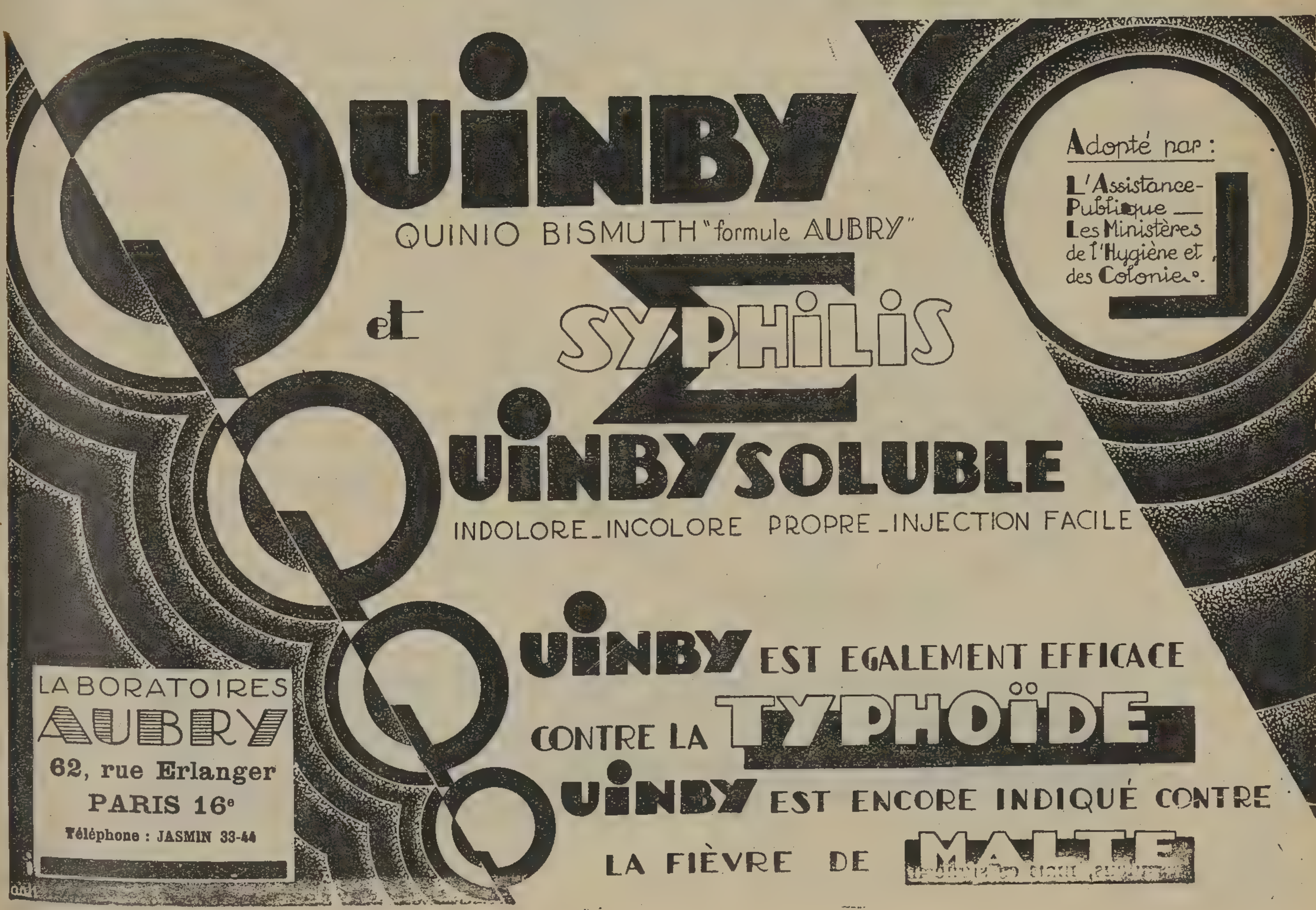
Dans le monde entier, il a fait école, et chacun prétend aujourd'hui faire de la cure solaire, mais rares sont ceux qui en connaissent bien les principes. C'est l'origine de nombreux accidents ; l'héliothérapie n'est efficace qu'exactement dosée et strictement individualisée. La posologie et la technique des bains de soleil forment donc un des chapitres les plus importants du nouveau livre.

A chacune des localisations de la tuberculose ostéo-articulaire correspond une orthopédie spéciale, minutieusement étudiée et exposée. Les interventions sanglantes en sont, en principe, exclues, comme en sont proscrits les grands appareils plâtrés occlusifs ; ils sont remplacés par des dispositifs de contention et d'extension d'une extrême simplicité, qui rendent accessible au soleil et à l'air la région malade sans jamais entraver la réfection de la musculature.

Merveilleux sont les résultats obtenus. C'est ce qu'apprend le chapitre réservé à leur description ; c'est ce dont témoignent surtout, parmi les 185 figures et les 23 planches qui illustrent l'ouvrage, ces photographies où, par exemple, un pottique, gibbeux et cachectique avant le traitement, apparaît quelques mois plus tard redressé, fortement musclé, resplendissant de santé, méconnaissable. D'autres photographies démontrent avec non moins d'éloquence la solidité des guérisons. Ce sont celles d'une série d'anciens malades, dont Rollier a traité les tout premiers, il y a plus de trente ans.

Il faut toutefois mettre en relief le chapitre le plus neuf du livre, celui sur la cure de travail. Cet adjuvant à la cure de soleil tend à rendre au malade l'équilibre moral non

(1) In-4 (20×26) de 212 pages avec 185 figures. — Prix : 65 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE _ INCOLORE PROPRE _ INJECTION FACILE
Adopté par :
L'Assistance-Publique _
Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES
AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

moins troublé que l'équilibre physique par la maladie. Chez les tuberculeux chirurgicaux indigents, la cure de travail, à l'aide d'une réadaptation professionnelle, cherche à résoudre le problème de leur retour, après guérison, dans la société. Elle a pour expression concrète la clinique manufacture internationale de 120 lits, dont la construction fut terminée en 1930.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE

L'ulcère de la petite courbure représente la moitié des ulcères de l'estomac.

Il est *un des plus riches en symptômes*, comme l'expliquent ses rapports anatomiques avec la coronaire stomachique et les ramifications nerveuses du pneumogastrique et du sympathique, mais dans sa forme typique, situé à la partie moyenne de la petite courbure, *il ne s'accompagne pas de trouble du transit gastrique.*

Aussi peut-il évoluer longtemps sans obliger à intervenir, et cette tolérance relative, limitée seulement par la survenue de complications ou par l'impossibilité de supporter plus longtemps les douleurs, explique la fréquence des formes *calleuses, géantes*, capables de provoquer un travail d'organisation tel qu'il aboutisse à la formation d'une sténose médiogastrique.

SYMPTOMES

Début. — Classiquement, il est insidieux et progressif par des douleurs vagues, des brûlures, des pesanteurs, du ballonnement post-prandial, des régurgitations acides.

— Pour certains auteurs, cette période dyspeptique préulcéreuse n'existe pas, et la symptomatologie est d'emblée typique.

De plus une *hématémèse* peut être le premier signe et on peut dire qu'un dyspeptique qui vomit du sang avant d'avoir présenté une histoire nette d'ulcus a des chances d'avoir un ulcère de la petite courbure (Gutman).

Etat. — A) Le signe capital est fourni par les *douleurs*, dont il faudra rechercher par un interrogatoire soigneux tous les caractères. Ici, comme dans presque tous les diagnostics gastroentérologiques, l'interrogatoire a une importance capitale.

a) *Intensité.* — Elles sont violentes, comparées par les malades à une sensation de brûlure atroce, de crampe, de torsion, de broiement, mais à cette période elles ont encore les caractères communs à toutes les douleurs ulcéreuses, et ce n'est que plus tard, lorsque l'ulcus sera extériorisé, qu'elles prendront une acuité toute spéciale.

b) *Horaire.* — Il est indispensable de reprendre avec le malade l'histoire digestive de toute sa journée.

On constate alors que le malade ne souffre pas le matin à jeun, ne souffre pas tout de suite après le repas, mais que c'est après un espace libre, d'ailleurs assez variable :

— Quelquefois très précoces (1 heure après le repas) et alors très caractéristiques ;

— Quelquefois plus tardives (2 heures, 2 heures 1/2 après le repas), et alors sans signification localisatrice.

En fait l'horaire est assez variable et dépend de la hauteur de la lésion sur la petite courbure.

c) *Durée.* — Elles durent de 1/2 à 2 heures et se calment habituellement spontanément.

d) *Modification.* — Elles sont classiquement moins bien calmées par les ingestions alimentaires ou alcalines que dans les autres ulcus, mais ce signe n'est pas toujours vrai au début.

Quelquefois le lait de bismuth les calme, si le sujet se met ensuite sur le côté droit ou en position de Trendelenbourg (Loeper). Mais ce signe, qui a une grosse valeur lorsqu'il est net et constant, n'a malheureusement que rarement ces caractères.

e) *Le siège* des douleurs est au creux épigastrique, à la partie toute supérieure de celui-ci.

f) *Les irradiations* sont variables, mais transfixiantes. Elles se font surtout aux dernières vertèbres dorsales, mais quelquefois en haut, à droite ou à gauche, sous le rebord costal, le sein, vers l'épaule et l'omoplate gauche.

g) *Evolution.* — Elles se produisent par crises de une à 3 semaines, séparées par de longs intervalles, symptôme diagnostic de la plus haute valeur, cependant les périodes intercalaires sont souvent moins latentes que dans l'ulcus duodénal et il persiste souvent quelques troubles dyspeptiques entre les crises, de plus les périodes douloureuses sont souvent plus rapprochées que dans l'ulcus duodénal.

Les vomissements sont très inconstants. Ils surviennent au moment des crises.

Ils peuvent être tardifs et terminer la crise, ou apparaître à des heures variées, avoir un horaire capricieux qui contraste avec la régularité des vomissements dans l'ulcus pylorique.

Ils sont soit alimentaires, soit muqueux acides.

Les hématémèses sont loin d'être constantes ; mais elles sont plus fréquentes au cours de l'ulcus de la petite courbure que dans les autres ulcères. Elles sont suivies de melœna et elles sont souvent abondantes et nécessitent des transfusions d'urgence.

Examen du malade. — On est en présence d'un malade souvent un peu amaigri, mais dont l'état général est resté bon, l'appétit normal.

A la palpation du creux épigastrique, on trouve pendant les périodes douloureuses :

Une résistance de la partie supérieure des droits ;

Une douleur épigastrique haute ou même rétro-sternale, signe malheureusement trop commun à tous les dyspeptiques qui souffrent de leur plexus solaire.

Il n'existe pas de clapotage à jeun, signe négatif important.

Examens complémentaires. — 1° *Recherche du sang dans les selles* après mise au régime lactovégétarien pendant trois jours.

Elle est presque toujours positive au cours des crises douloureuses et constitue un excellent signe, si elle est positive à plusieurs examens.

Elle est négative au contraire dans les périodes d'indolence ou tout ou moins intermittente.

2° *Tubage gastrique.* — Il montrera :

a) *A jeun :* l'absence de liquide de stase ; en période douloureuse, l'existence d'hypersécrétion ;

b) *Après repas ou injection d'histamine :* une hypersécrétion, une hyperacidité totale, une hyperchlorhydrie, une hyperpepsie.

3° *Examen radiologique.* — a) La *niche* est exceptionnelle à cette période ; si elle existe elle est superficielle sous forme d'une petite tache discutable n'entraînant pas la conviction, prenant cependant une grosse valeur si elle correspond à un point particulièrement douloureux et si d'autres signes radiologiques viennent appuyer le diagnostic.

b) En l'absence de niche, on est donc réduit à rechercher des signes non pathognomoniques et qui devront être discutés.

(*A suivre.*) JEAN FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION. 17, RUE CASSETTE.

N° 36. — SAMEDI 2 MAI 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'AIDE D'ANATOMIE DES HÔPITAUX. — Un concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux — vacantes : la première le 1er novembre 1936 ; la deuxième le 1er novembre 1937 — sera ouvert le lundi 8 juin 1936, à 9 h., à l'administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, bureau du Service de santé, à partir du lundi 11 mai jusqu'au mercredi 20 mai 1936 inclusivement, de 15 à 18 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat.* — Le concours pour deux places de prosecteur s'est ouvert à la Faculté le vendredi 1er mai, à midi, sous la présidence de M. le professeur Gosset.

Le jury est constitué ainsi qu'il suit :

Juges titulaires : MM. Gosset, Grégoire, Lenormant, Marion, Mathieu, Rouvière, Hovelacque, L. Binet, R. Debré.

Juges suppléants : MM. Fey, Olivier, Richet.

— *Concours de l'adjuvat.* — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira à la Faculté le jeudi 7 mai 1936, à midi, sous la présidence de M. le professeur Cunéo.

Le jury est constitué ainsi qu'il suit :

Juges titulaires : MM. Rouvière, Olivier, Gayet, Grégoire, Chevassu, Cunéo, Ombrédanne.

Juges suppléants : MM. Hovelacque, Richet, de Gaudart d'Allaines.

— MARSEILLE. — Ont obtenu, à la session de mars 1936, le diplôme d'études supérieures de médecine coloniale : MM. Bouyssou, Ceccaldi, Colleter, Gaubert, Nguyen-Tan-Loc, Panzani, Poitrot, Romieu.

LES ÉLECTIONS DE DIMANCHE DERNIER. — Sauf erreur ou omission, voici les médecins élus au premier tour :

MM. les docteurs Tallandier, à Mauriac ; Péchenot, à Valence-sur-Rhône ; Lévy, à Lyon-Villeurbanne ; Berneix, à Thonon.

Sont en ballottage :

MM. les docteurs Landry (Laon 2e), Feuillette et Hollande (Saint-Quentin), Desfosses (Moulins), Grenaud (Lapalisse), Vidal-Revel (Nice 3e), Boissel (Mézières 2e), Teissonnière (Marseille 4e), Moustier et Agnel (Aix 1re), Prentout (Falaise), Ramond (Aurillac), Roclore et Vangeon (Semur-Montbard), Choffé (Saint Brieuc 1re), Guittard, Simounet et Dupuy (Bergerac), Biétrix (Besançon 1re), Reynold (Evreux 1re), Mazé (Morlaix 1re), Sansuc (Libourne 2e), Delon et Boulet (Montpellier 1re), Joly (Rennes 2e), Ravissac (Saint-Malo), Mirveaux (Châteauroux 3e), Martin (Grenoble 2e), Carrier (Saint-Marcellin), Castera (Mont-de-Marsan), Mossé, Aulagnier et Fauchery (Saint-Etienne 2e), Fontanilles (Saint-Etienne 3e), Messines (Agen), Michaud (Lorient 1re), Burger (Metz), Bondoux (Château-Chinon), Delay (Clermont-Oise), Touzart (Arras 1re), Ménard (Montreuil-sur-Mer), Penel (Ambert), Levadoux (Riom 1re), Détezac (Bayonne 2e), Frey et Roos (Strasbourg 3e), Francillon (Lyon 1re), Renaud (Autun), Ros (Saint-Jean-de-Maurienne), Guy (Bonneville), Pelbois (Melun), Arbeitier (Coulommiers), Aumont (Versailles 4e), Zakine (Corbeil 1re), Lemesle (Rouen 1re), Devoisins (Albi 1re), Jaubert (Toulon 3e), Benedetti (Sartène).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE STOMATOLOGIE. — M. le docteur Ch. Ruppe, chargé de cours, commencera le cours de stomatologie le mardi 5 mai

1936, à 18 h. (amphithéâtre Cruveilhier), et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours : « Pathologie bucco-dentaire. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du professeur Ottorino Rossi, directeur de la Clinique des maladies nerveuses et mentales, recteur de l'Université de Pavie; des docteurs Georges Engelhardt (de Marseille), Pierre Isnel (de Brignoles), Jules Guillemaut, docteur en médecine, ancien préfet, maire de Châteaurenaud (Saône-et-Loire); Jean Wittmann, à Schaerbeck (Belgique); M. L. Bouwman, professeur de neuro-psychiatrie à l'Université d'Utrecht (Pays-Bas); le général médecin de l'armée italienne Vincenzo Spina.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMITÉ D'ACTION CORPORATIVE DES GROUPEMENTS MÉDICO-PHARMACEUTIQUES DE PARIS ET DE LA SEINE

28, rue Serpente, Paris (VIe).

Nous sommes heureux de porter ci-dessous à la connaissance des confrères une première liste de noms de candidats aux élections législatives de Paris et de la Seine, qui ont accepté le cahier de revendications du Comité d'Action Corporative des Groupements médico-pharmaceutiques de Paris et de la Seine, qui leur a été présenté.

Nous remercions MM. les candidats qui lui ont fait bon accueil et nous les recommandons vivement aux médecins.

Nous publierons ultérieurement, ici même, la liste complète.

Pour le Comité d'Action Corporative des Groupements médico-pharmaceutiques de Paris et de la Seine :
Dr DOURNEL.

1re *liste de noms de candidats aux élections législatives de Paris et de la Seine ayant accepté le cahier de revendications du Comité d'action corporative des groupements médico-pharmaceutiques de Paris et de la Seine.* — 1er arr. : MM. Parès (Michel), Villette (Georges), Taittinger (P.), Voirin (André).

2e arr. : MM. Dailly, Reynaud (Paul).

3e arr. : MM. Ory (Georges), Gignoux.

4e arr. : MM. Edmond Bloch, Robert Lange, Colonna Santini.

5e arr. : MM. Raoul Brandon, Rollet-Maine (lég. rés.), Louis Rollin, Colonel Raynal.

7e arr. — M. Louis Dumas.

8e arr. : MM. des Isnards, Fougère.

9e arr. : MM. Soulier, Cousin.

10e arr. : MM. R. Susset, Berthier, Faillet, Fabry.

11e arr. : MM. Lucien Besset, René Fiquet.

12e arr. : MM. Emile Faure, Potier, R. Chaffard.

13e arr. : MM. André Berthon, Louis Gélis, Boulanger.

16e arr. : MM. Fernand Laurent (légères réserves), Evain.

17e arr. : MM. Denais, Grosclaude.

18e arr. : MM. Perrin, Sabatier, Pillot, Montagnon, Jouy, Sellier.

19e arr. : MM. Martinaud-Deplat, Masmonteil.

20e arr. : MM. Albert Rigal, Marcel Déat, Paul Marion.

Pantin : M. Guitton.

Saint-Denis : MM. Grisoni, Courbevoie-La Garenne ; Secqueville, Courbevoie-La Garenne ; Frilet, Asnières ; Pilliet, Asnières.

Aubervilliers : MM. Foulon, Tillon.

(*Communiqué.*)

CHRONIQUE

L'HOMMAGE DE CUBA A PASTEUR

Nous avons déjà annoncé qu'à l'occasion du cinquantième anniversaire de la première vaccination antirabique, la ville de La Havane a élevé à la mémoire de Pasteur un monument surmonté du buste de l'illustre Français.

Le monument occupe le centre d'une magnifique place, la place Pasteur.

Mon ami, le professeur Francisco Dominguez, associé étranger de l'Académie de médecine de Paris, ancien ministre de Cuba, a bien voulu m'adresser la brochure éditée à la Havane à cette occasion. Cet ouvrage relate les fêtes qui ont eu lieu à la Havane pour l'inauguration du monument.

Ce furent de véritables fêtes nationales auxquelles ont pris part des représentants du gouvernement, l'Alcade, le ministre de France : M. E. Carteron, les plus grands savants de Cuba et, en particulier, notre ami le maître Presno.

Grande manifestation, qui traduisit un véritable élan national de reconnaissance envers Pasteur.

En parcourant la liste des souscripteurs qui ont permis l'achèvement du monument, on voit, en effet, que les médecins cubains ont tous tenu à manifester leur admiration pour l'illustre savant et leur fidèle amitié pour la France.

Et de cela nous devons garder un souvenir plein de gratitude.

F. L. S.

LE JEUDI 28 MAI 1936

à 15 h., il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication d'une FOURNITURE D'ARTICLES DE PANSEMENTS nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant six mois, à partir du 1er juillet 1936.

Cette fourniture comprend des articles de coton cardé et coton hydrophile, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt, cellulose hydrophile et des tampons hygiéniques en cellulose.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin central des hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes d'admission jusqu'au jeudi 14 mai 1936.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULd PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude des symptômes lombaires de l'appendicite rétro-cæcale aiguë (1), par Karime DJAMCHIDI.

La position rétro-cæcale de l'appendice est bien souvent une constatation opératoire et rien avant l'intervention ne l'avait fait souçonner. Dans certains cas, par contre, on observe des symptômes à siège lombaire qui peuvent en imposer pour une suppuration péri-rénale et faire négliger les symptômes abdominaux.

Djamchidi décrit très soigneusement les différents aspects de cette éventualité et met sur pied, à ce propos, à l'aide de nombreux documents du service du professeur Massabuau, une étude d'ensemble de l'appendicite rétro-cæcale.

ANDRÉ GUIBAL.

Contribution à l'étude du traitement de certaines fractures de jambe par traction directe sur le squelette (2), par Jean HUGONNET.

Le nombre des appareils préconisés pour le traitement des fractures de jambe est considérable, et, d'autre part, les méthodes de traitement sont extrêmement diverses. C'est dire les difficultés aussi bien de la réduction que de la contention de ces fractures.

Hugonnet présente un dispositif réalisé sous la direction du professeur Massabuau, qu'il utilise fréquemment avec d'excellents résultats, dans son service. Il s'agit de l'application de la traction continue à l'aide du fil de Kirschner transfixant le calcanéum. L'appareil qui permet d'assurer la réalisation de cette méthode, avec un maximum d'efficacité, est le même que celui qu'utilise le professeur Massabuau pour les fractures de cuisse et qu'il a décrit dans la thèse d'Antoniades (1933).

Hugonnet apporte plusieurs observations personnelles très instructives, et spécifie nettement que l'indication de cette méthode de traitement ne saurait être généralisée à toutes les fractures de jambe, qui consolident habituellement bien par les méthodes classiques. Mais l'indication de la traction directe sur le squelette lui paraît nettement indiquée dans certains cas de fractures ouvertes et dans les fractures fermées à grand déplacement, difficilement réductibles.

ANDRÉ GUIBAL.

Quelques réflexions sur l'anesthésie à l'évipan sodique, d'après la statistique de l'hôpital Sadiki de Tunis (3), par Marie BERTHÉZENE.

L'auteur, se basant sur une expérience de 522 cas, conclut que l'évipan sodique n'est pas un produit absolument inoffensif et ne doit pas être considéré comme un anesthésique universel. Elle fait ensuite le bilan des avantages, tant pour l'opérateur que pour l'opéré, et des inconvénients de la méthode ; signalons les principaux de ces derniers : anesthésie courte, résultat inconstant, absence de silence abdominal, fréquence des secousses musculaires. Les contre-indications principales seraient les suivantes : infection grave de l'oro-pharynx, insuffisance hépatique, cachexie ou infection grave ou hémorragie, alcoolisme.

Il importe de bien préciser la dose nécessaire, qui est strictement individuelle. L'évipan serait l'anesthésique idéal chez les vieillards et chez les femmes.

ANDRÉ GUIBAL.

(1) *Th. de Montpellier*, 1935. — Une brochure de 181 pages. — Imprimerie de la Presse, rue Jardin-Martel, Montpellier.

(2) *Th. de Montpellier*, 1935. — Une brochure de 58 pages. — Imprimerie de la Presse, rue Jardin-Martel, Montpellier.

(3) *Th. de Montpellier*, 1935. — Une brochure de 67 pages. — Imprimerie du Progrès, rue de Verdun, Montpellier.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies de l'intestin (1), par les docteurs Paul CARNOT, J. CAROLI, P. JACQUET, J. RACHET, BOUTTIER, Jacques DUMONT, J. FRIEDEL, E. LIBERT.

Ce volume a pris une extension considérable en raison de tous les faits nouveaux relatifs aux maladies de l'intestin depuis l'introduction des techniques radiologiques, coprologiques, endoscopiques et bactériologiques. Le 1er fascicule, qui vient de paraître, consacré aux *maladies générales de l'intestin*, comprend, en effet, 676 pages de texte et sera suivi bientôt d'un 2e fascicule, beaucoup plus court, sur les *maladies particulières aux divers segments digestifs* (ulcères du duodénum, appendicites, colites, recto-sigmoïdites, etc.).

Malgré l'abondance des matières traitées et le nombre des collaborateurs, cet ouvrage conserve cependant une grande unité de plan et de descriptions, étant entièrement rédigé par le professeur Paul Carnot et ses collaborateurs de chaque jour à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il comprend d'abord un article d'ensemble de P. Carnot et J. Dumont sur les *microbes de l'intestin*.

Vient ensuite un important article de 200 pages de P. Carnot et E. Libert sur les *techniques d'exploration* (examen clinique ; endoscopie ; radiologie ; tubages intestinaux ; coprologie) et sur les *grands syndromes intestinaux* (constipation et stases intestinales chroniques ; diarrhées ; perforations ; occlusions ; syndromes muco-membraneux ; infarctus ; crises entéralgiques, etc.) communs à des affections de pathogénies différentes, et qui ne doivent pas être traités comme des maladies autonomes.

Puis vient une étude d'ensemble de P. Carnot et P. Jacquet sur les *malformations digestives* (136 pages), qu'il y a intérêt à rapprocher, quel que soit leur siège, parce que sont associés : diverticules du duodénum, d. de Meckel, d. du gros intestin ; ptoses digestives ; gigantisme et nanisme intestinaux ; mégaduodénum ; méga et dolichocôlon ; brachycôlon, etc. ; malformations pariétales (éventrations diaphragmatiques et abdominales ; hermès épigastriques, etc.).

L'étude des *dystopies intestinales* est due à P. Carnot et à Caroli. Celle des *parasitoses et infections intestinales* est faite par P. Carnot et J. Rachet, elle comprend l'étude des verminoses, de la lambliase, de l'amibiase, etc., ainsi que celle des dysenteries bacillaires, des tuberculoses intestinales diverses, etc.

Enfin la dernière partie est consacrée aux *tumeurs bénignes ou malignes de l'intestin* (117 pages) par P. Carnot et Bouttier ; ici on rapproche et on compare les divers néoplasmes intestinaux (cancer du duodénum, ampullome-cancer de l'appendice, cancers des côlons, etc.). Les *tumeurs ano-rectales* sont étudiées par P. Carnot et Friedel.

Un grand nombre de schémas, de dessins, de photographies et de radiographies complètent les descriptions.

Ainsi qu'on le voit, ce plan nouveau est orienté nettement vers la pathogénie et compare constamment les lésions pathogéniquement semblables des différents segments, en reliquat à la sémiologie, les syndromes communs ou encore mal définis ; et c'est là, semble-t-il, un progrès didactique important qui permet de mieux classer les faits accumulés en ces dernières années relativement à la pathologie de l'intestin.

L. G.

(1) Premier fascicule du tome XVII du *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique*, dirigé par les professeurs P. Carnot et P. Lereboullet. Grand in-8 de 676 pages avec 197 figures et 17 planches. — Prix : 150 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

REVUE GENERALE

LES PARENTÉS DE LA MIGRAINE

Par M. A.-C. GUILLAUME.

Connaître les parentés de la migraine, c'est avancer beaucoup dans la connaissance de la physiopathologie de cette affection.

Une étude des parentés pathologiques ne doit pas seulement préciser les rapports effectifs qui lient la migraine à d'autres maladies ou groupements pathologiques, elle doit aussi montrer que bien des rapports supposés sont, en réalité, seulement des apparences ; il serait inutile en effet d'encombrer la physiopathologie de simples apparences, notions peu faites pour en faciliter l'étude.

Les parentés morbides de la migraine. — Rattacher la migraine à un système pathologique ou à une maladie est engageant, et nombreuses sont les théories et les hypothèses qui font de la migraine un phénomène satellite ou une conséquence d'une maladie, d'un syndrome ou d'une diathèse.

Très justement, Sarda écrivait, en 1886 : « Alors que les anciens ne voyaient dans la migraine que l'accès lui-même et les circonstances dans lesquelles il se produit, les contemporains voient, au-dessous de l'accès, la modification subie par l'organisme des migraineux, modification dont l'accès n'est que la manifestation extérieure. Pour eux, le sujet atteint de migraine est malade dans l'intervalle des accès, et l'accès n'est qu'un syndrome clinique de l'état morbide constitutionnel ».

Il est bien évident, en effet, que derrière l'accès de migraine, phénomène paroxystique intermittent, il y a un terrain migraineux, une constitution migraineuse. L'accès est le phénomène visible, extériorisant le phénomène occulte qu'est la constitution migraineuse.

Rapports de la migraine et des diathèses. — Pendant longtemps, la recherche des causes véritables de la migraine a conduit à faire admettre l'existence de formes cliniques en rapport avec des causes supposées. Bien souvent, ces formes étaient d'ailleurs l'effet d'apparences plus que de réalités démontrées, et les formes ainsi créées étaient le résultat de coïncidences observées pendant les accès ou dans l'intervalle des accès. On a décrit, ainsi, des *migraines stomacale*, *utérine*, *rectale*, survenant en coïncidence avec des troubles gastriques, avec les règles ou avec des périodes de constipation ; on a décrit des *migraines diathésiques*, *rhumatismales*, *goutteuses*, *pléthoriques*, parce qu'elles surviennent chez des patients ou dans des familles où ces diathèses avaient été constatées. En réalité, beaucoup de ces parentés pathologiques de la migraine ont été admises sans un contrôle suffisant des faits, de la nécessaire interprétation de ces faits, enfin de la fréquence relative des différentes affections entre lesquelles on croit trouver une parenté.

C'est à juste titre que Pasteur-Vallery-Radot écrit : « En parcourant l'abondante littérature sur la migraine, il est aisé de voir combien la confusion entre la migraine proprement dite et d'autres céphalées est commune et a pu obscurcir le problème pathogénique ». Il est donc utile de reprendre l'étude des faits et des théories et d'en faire la critique.

La migraine, la diathèse exsudative, l'hémoclasie, les chocs, et les états anaphylactiques. — On peut, dans une certaine mesure, rapprocher, par leurs manifestations, les états anaphylactiques et la *diathèse exsudative*. A la suite des conclusions de Lesné et Richet, puis de Pagniez, Vallery-Radot et Nast, on a beaucoup attribué à l'anaphylaxie dans la migraine. En Amérique, en particulier, on a étendu de telle façon cette explication anaphylactique de la migraine, sous le nom de *migraines allergiques*, qu'on en est arrivé à faire de l'anaphylaxie la cause principale de la migraine. A l'inverse, Pasteur-Vallery-Radot, qui possède en matière d'états anaphylactiques une compétence exceptionnelle et qui a beaucoup étudié les migraines anaphylactiques, a conclu, tout récemment, que la part faite à l'anaphylaxie dans la production de la migraine était beaucoup trop importante : souvent les auteurs ont, dans les recherches, confondu migraines et céphalées ; l'interprétation des réactions provoquées dans le but de reconnaître le mode anaphylactique de réagir a été, de plus, exagérément étendue dans un sens trop favorable à l'hypothèse anaphylactique ; beaucoup des réactions ainsi obtenues ne sont pas du tout la preuve d'une action positive ou anaphylactique de l'organisme, mais sont une simple réaction locale d'irritation due à la protéine injectée. Enfin, dans la presque totalité des cas où l'on fait intervenir l'explication anaphylactique, il s'agit d'accès migraineux produits par une ingestion alimentaire ; or il est très difficile, dans ces cas, de reconnaître la part anaphylactique et la part des troubles digestifs ou hépatiques. Ce ne sont pas les protéines alimentaires initialement contenues dans les aliments qui sont la cause des accidents, mais ce sont d'autres protéines, produites au cours des processus de désintégration de la molécule albuminoïde primitive, protéines de désintégration qui sont les produits d'un processus digestif normal, et plus souvent encore d'un processus pathologique.

Le mauvais fonctionnement du tube digestif a d'ailleurs une part importante dans les processus d'anaphylaxie alimentaire. Pasteur-Vallery-Radot remarque avec juste raison que « les sujets présentant de l'anaphylaxie alimentaire ont souvent des troubles digestifs; ce sont précisément ces troubles qui permettent l'apparition des accidents alimentaires ». Dans de telles conditions, un patient n'a pas de réactions du type anaphylactique parce qu'il est un sujet primitivement anaphylactisé, mais il devient allergique parce que son intestin a des digestions anormales, productrices de substances (alimentaires, tissulaires ou microbiennes) anaphylactisantes ; parce que l'intestin est anormalement perméable à ces substances ; parce que le foie altéré, primitivement ou secondairement, n'a plus, dans son intégralité, la fonction de défense qui empêche le passage de ces protéines dans la circulation. D'ailleurs, dans bien des cas il est vraisemblable que le passage de quelques protéines anormales

n'est pas la seule agression humorale produite par les désordres digestifs, et que les autres poisons digestifs agissent aussi pour produire la migraine.

On ne peut pas dire des migraines ainsi produites qu'elles sont des migraines anaphylactiques, on doit dire qu'elles sont des *migraines digestives avec manifestations anaphylactoïdes*, produites par l'état digestif. Les réactions anaphylactoïdes (urticaire, asthme, prurit) observées en association avec la migraine, dans des cas où l'anaphylaxie alimentaire est possible, sont un phénomène du même ordre que les dermatoses (eczéma, acné) que l'on observe habituellement en association avec certains troubles digestifs intestinaux.

Disons de ces réactions morbides, y compris la migraine, que ce sont des réactions anaphylactoïdes, produites dans un organisme non allergique par des toxiques et des protéines, nés, dans l'organisme, du mauvais fonctionnement digestif, et qui passent dans les humeurs comme une conséquence du mauvais état de l'intestin et du foie. Ce qui le fait penser, ce sont les constatations faites par Vallery-Radot, qui n'a jamais trouvé une réaction de Prausnitz-Kustner (réaction d'anaphylaxie passive ou indirecte) positive chez les migraineux examinés, fait qui concorde avec la rareté des résultats positifs obtenus de la même façon chez les migraineux par Kustner, Balyeat et Rinkel. Ajoutons aussi que les réactions cutanées de sensibilisation directe (par cuti-réaction ou intra-dermo-réaction, chez le sujet lui-même), comportent une part interprétative fort importante et Pasteur-Vallery-Radot estime que beaucoup d'auteurs ont conclu à cette réaction positive dans des cas où une telle conclusion est erronée.

Ainsi, dans l'opinion de Pasteur-Vallery-Radot, « les migraines anaphylactiques sont un type étiologique rare » et, malgré certaines apparences, les résultats thérapeutiques obtenus par le régime, la désensibilisation (spécifique ou non), la peptonothérapie (avant les repas), n'ont, en aucune façon, la valeur qu'on est tenté de leur attribuer et n'autorisent aucune conclusion, car elles peuvent être expliquées de différentes façons, autres que l'action anaphylactique.

On a voulu retenir également, comme un argument, l'analogie des modifications humorales constatées dans la migraine et dans les manifestations de l'anaphylaxie : éosinophilie, leucopénie, inversion de la formule leucocytaire, modification de l'index réfractométrique. On a également constaté, dans ces deux conditions, des modifications de l'équilibre acide-base, et parfois une alcalose qui précède l'accès migraineux, comme elle précède, plus souvent encore, la crise épileptique. On a isolé, dans le sang de différents patients, surtout dans l'asthme, mais, aussi, dans l'urticaire, l'épilepsie et la migraine, une substance vasoconstrictive et d'action motrice sur les muscles lisses de l'intestin.

Toutes ces constatations auraient une très grande importance si elles avaient un caractère constant ; mais, en ce qui concerne les réactions humorales de type anaphylactique (formule sanguine, modification de l'index du sérum), les recherches sont loin de donner des résultats concluants ou d'une certaine fréquence ; même quand on sépare, comme il se doit, les faits constatés avant l'accès, pendant l'accès, ou dans l'intervalle des accès, les constatations faites sont souvent contradictoires. Chez la presque totalité des migraineux examinés par eux, Pasteur-Vallery-Radot et Blamoutier, malgré des recherches attentives, n'ont pas constaté l'existence de modifications sanguines ou sériques.

Pour les modifications de l'équilibre acide-base et l'alcalose qui précéderait l'accès, ce ne sont pas, nécessairement, des perturbations humorales autonomes, elles peuvent être précisément une conséquence des causes qui provoquent la migraine, un effet latéral, ou un des moyens par lesquels ces causes arrivent à produire l'accès migraineux. Dans l'épilepsie, où cette alcalose, qui précède la crise, est beaucoup plus constante que dans la migraine, Pagniez ne lui attribue pas un rôle direct, mais celui de favoriser la formation, dans le sang, de produits toxiques convulsivants. C'est la même signification que celle attribuée aux constatations de Storm, van Leeuwen et Zeydner, sur la présence, dans le sang des migraineux, de substances vaso-constrictrices et agissant sur la contraction des muscles lisses.

L'accès migraineux est une forte secousse, un fort ébranlement temporaire, infligé à l'organisme, et dont les humeurs ne peuvent être exemptes. On constate indirectement ces modifications des humeurs dans les modifications secondaires des urines et des éliminations. L'inconstance des résultats obtenus dans des recherches également attentives, permet cependant de penser que ces modifications, éventuellement observées, sont plus des effets que des causes premières, ou seulement des moyens. En tous cas, les résultats, fort contradictoires, ne permettent pas de bâtir une théorie. Tout ce que l'on sait permet de dire seulement *qu'il existe une crise humorale en rapport avec l'accès migraineux, et qu'il existe des modifications humorales pouvant être la conséquence d'autres éléments représentant la cause véritable de la migraine et du déclanchement de ses accès.*

C'est la même interprétation qu'il faut donner des constatations faites par Bouché et Hustin (réactions sanguines dans l'asthme, l'urticaire, l'épilepsie et la migraine). Ces réactions, ou *choc vasotrophique* (diminution des leucocytes dans les capillaires, diminution de l'index réfractométrique, chute de la pression sanguine artérielle, augmentation de la coagulatibilité du sang), qui existent au début de l'accès, sont suivies ensuite d'une réaction inverse. Ce sont des phénomènes semblables sinon identiques à ceux que Widal et Abrami ont décrits sous le nom de *crise ou choc colloïdoclasique* et des phénomènes complémentaires des modifications vasculaires, tensionnelles, sanguines et humorales que j'ai constatées dans les états de shock. Il s'agit là de faits qui sont sous la dépendance des états de choc (choc hémoclasique, choc toxique ou traumatique, choc floculaire) ; et si semblable crise est constatée dans un bon nombre de phénomènes anaphylactiques, c'est parce que les états anaphylactiques sont accompagnés de phénomènes de choc, et non pas parce qu'ils sont des états anaphylactiques : *On est en présence d'un phénomène de choc dont la cause peut être une sensibilisation anaphylac-*

tique suivie d'une action déclanchante, mais qui peut être aussi une autre cause que l'anaphylaxie.

Tout ceci fait comprendre pourquoi la migraine a une certaine parenté avec les états anaphylactiques ou anaphylactoïdes et la diathèse exsudative (asthme, urticaire, états angio-neurotiques du type de l'œdème de Quincke et dermatoses du type de l'eczéma) ; mais on comprend aussi pourquoi ce rapport n'est ni habituel, ni nécessaire ; car, selon toute apparence, tout ceci est, dans la plupart des cas, seulement une conséquence indirecte des troubles digestifs et des troubles hépatiques, ces troubles digestifs, hépatiques, et dont les conséquences pathologiques sont variées, comprennent des effets de choc, des états anaphylactiques, et d'autres modifications humorales. On voit la manifestation de ces conditions anaphylactiques chez les migraineux, sous l'aspect d'urticaire, d'asthme, de troubles vaso-moteurs, d'œdème, d'éruptions coïncidant avec les phases de migraine, sans qu'aucune de ces manifestations soit cependant nécessaire à la production de la migraine ; il s'agit ici de phénomènes satellites.

La migraine et les états convulsifs. — La migraine, comme le somnambulisme d'ailleurs, est, pour certains, un équivalent épileptique. Migraine et épilepsie seraient, ainsi, deux manifestations cliniques différentes d'une même affection.

Liveing admet l'existence d'un rapport entre la migraine et les grandes névroses ; il trouve l'épilepsie, l'hystérie ou la folie chez les ascendants des migraineux. La chorée, l'asthme, l'angine de poitrine, le torticolis, le tic douloureux de la face seraient, avec ces troubles, les éléments d'un groupe héréditaire auquel appartiendrait la migraine.

De toutes ces affections, c'est l'épilepsie qui, pour beaucoup, aurait avec la migraine les rapports les plus certains ; la migraine se transformerait en épilepsie et les deux affections auraient des analogies symptomatiques. L'hystérie serait également proche parente de la migraine. Pour Rosenthal, la migraine serait même une forme larvée de l'hystérie.

La migraine et l'épilepsie. — Lasègue et Huchard ont contesté l'exactitude des conclusions de Liveing. Tout d'abord, dans les idées de Lasègue, la migraine n'est pas une névrose. « Parmi les gens à névrosité pathologique, la migraine est plus près de l'exception que de la règle et, à nombre égal, on ne trouve pas chez eux plus de migraineux que chez les gens jouissant d'un fonctionnement nerveux correct. » D'ailleurs, d'après Lasègue, et d'après Huchard, les observations de Liveing se rapportent non pas à des faits d'épilepsie, mais à des faits d'hystéro-épilepsie, ou simplement aux troubles présentés par certaines femmes nerveuses. Malgré l'opinion catégorique de Lasègue et celle de Huchard, l'idée d'un rapport entre la migraine et l'épilepsie est restée un problème dont on peut discuter, et, très récemment encore, des opinions opposées ont été émises sur ce point.

Dans leur rapport à la réunion neurologique internationale, Christiansen et Pasteur-Vallery-Radot concluent à l'absence de tout rapprochement possible entre les deux affections. Mais Pagniez admet toujours l'existence d'une étroite parenté de l'une et de l'autre, tout en séparant cependant les faits de migraines accompagnées d'épilepsie des cas d'association de la migraine et de l'épilepsie, chez le même sujet, ou dans la même lignée héréditaire.

De même, Davenport et Weeks, Neisser, et avec certaines réserves Phillips, reconnaissent la parenté des deux affections.

Tout récemment, au IIe Congrès neurologique international, le rapport de J. Abadie conclut, pour l'*épilepsie commune, qu'elle n'est ni constitutionnelle, ni innée, elle est personnelle et acquise, elle est toujours un syndrome résultant de lésions encéphaliques de nature et d'origine variables* ; mais le rapport de Buscaïno admet *l'existence d'une prédisposition endocrinienne très souvent congénitale et liée à des mécanismes héréditaires.*

On ne peut juger entre des opinions aussi opposées sans reprendre l'examen attentif de faits. Les observations apportées il y a une cinquantaine d'années comme une démonstration de rapports possibles de l'épilepsie et de la migraine sont très peu nombreuses. Chez 67 migraineux, Liveing constate l'épilepsie 4 fois chez les parents des malades et 5 fois chez le migraineux lui-même ; ce serait déjà beaucoup que cette proportion de 10 % d'épilepsie chez les migraineux, si l'épilepsie était vraiment établie dans ces cas ; mais il n'en est rien, et, avec Lasègue et Huchard, il faut faire des réserves sur les observations de Liveing. En dehors des faits rapportés par Liveing il y a bien peu d'observations d'épilepsie chez des migraineux. Il y a une observation de Tissot, une de Sieveking, une de Chaumier, une douteuse de Tardieu. Deux observations de Féré indiquent l'existence de l'épilepsie chez des migraineux. Raullet a rapporté également deux observations de migraines ophtalmiques chez des épileptiques, Sarda une observation. Robiolis aurait vu les accès d'épilepsie débuter par une migraine ophtalmique, et Charcot, aux dires de Sarda, l'aurait constaté plusieurs fois dans l'ascendance ou chez le malade atteint de migraine ophtalmique.

Il serait pour le moins léger de conclure sur aussi peu de faits : 14 observations de migraine chez des épileptiques, parmi lesquelles les partisans de la théorie reconnaissent eux-mêmes qu'un bon tiers au moins de ces observations est douteux, quelques cas d'épilepsie chez les ascendants de migraineux, voilà tout le bagage de ceux qui admettaient, à l'époque, l'existence d'un rapport entre les deux affections. Et cela en beaucoup d'années d'observation. Or, la migraine, ne l'oublions pas, atteint environ 15 à 20 % des individus, il est donc évident que dans les observations rapportées il s'agit simplement d'une coïncidence, et que l'on trouverait aisément la même coïncidence à propos de l'appendicite, de la salpingite ou du fibrome utérin ; d'autant qu'il est assez difficile, dans certains cas, de séparer cliniquement les manifestations de l'épilepsie et ses équivalents, des manifestations de la migraine, et qu'il peut y avoir des accidents épileptiques à forme migraineuse.

Pour la période récente, les observations publiées comme une démonstration d'un rapport entre la migraine et l'épilepsie, sont des observations d'épilepsie

et de migraine coexistant chez un patient, ou l'une des deux maladies existant chez un individu et l'autre dans son hérédité ; ces observations ne sont pas non plus très nombreuses. On trouve un certain nombre de ces faits dans la thèse de Jean, dans un mémoire de Neisser, de Pelz, Girard, Cornu, Gowers, Horsmann, Costedoat et Hugonot, Phillips, Strohl, Folly et Debenedetti, et d'autres travaux sur le même sujet. Dans l'ensemble, il n'y a encore là qu'un bien petit nombre de faits, si l'on tient compte de la fréquence de la migraine et de l'épilepsie.

Et, surtout, ces faits sont, comme les faits plus anciens, assez disparates et d'inégale valeur. Peut-il en être autrement quand il s'agit de deux affections aux limites assez mal tracées, aux variétés cliniques nombreuses, comprenant, parmi leurs modalités cliniques, des formes majeures aux caractéristiques précises et des équivalents aux particularités estompées. Il faut apporter la plus grande attention à chaque cas, et connaître sa signification véritable.

Sans vouloir juger, pour l'instant, l'hypothèse d'une parenté entre l'épilepsie et la migraine, il faut remarquer, parmi les cas publiés, des faits que l'on peut classer dans des catégories très différentes. Tout d'abord les faits que l'on peut classer parmi les phénomènes épileptoïdes (troubles moteurs épileptiques, troubles moteurs observés au cours de la migraine). Phillips, à propos de ces migraines accompagnées de phénomènes épileptoïdes, admet l'existence de tels faits, mais les sépare de l'épilepsie ; Pasteur-Vallery-Radot a la même opinion ; ce serait, si l'on veut, une migraine avec troubles moteurs épileptiques dépendants de la migraine et non de l'épilepsie véritable. Les migraines accompagnées d'équivalents épileptiques sont évidemment des arguments cliniques douteux. On refuse aussi la valeur d'une preuve à des cas d'épilepsie véritable accompagnés de migraine, car les céphalées et les troubles migrainiformes seraient en réalité les manifestations cliniques de l'aura épileptique, qui prend alors l'aspect migraineux.

On a ainsi beaucoup réduit le nombre des faits cliniques publiés ; l'ardeur correctrice des critiques ne s'arrête pourtant pas devant de si appréciables résultats et cet examen critique s'attaque encore à d'autres observations. Pasteur-Vallery-Radot dit que beaucoup de cas classés migraine accompagnée d'épilepsie, s'éloignent si visiblement du tableau clinique habituel de la migraine et de son évolution, qu'il est bien difficile de les considérer comme des migraines authentiques. Il s'agit souvent de lésions organiques du système nerveux. Quand on a retranché ainsi tous les faits prétendus entachés d'erreur, il ne reste, parmi les faits indéniables, qu'une dizaine de cas dans lesquels la migraine alterne véritablement avec l'épilepsie et autorise un rapprochement entre les deux affections.

On peut se demander si le légitime souci de rigueur scientifique ne fait pas apporter une excessive sévérité à l'examen des observations publiées. D'une manière générale, en médecine, dès qu'on élève le doute à la dignité de méthode majeure, il y a bien peu de faits cliniques qui restent absolument sans critique, surtout dans les affections où aucune donnée anatomo-pathologique ne vient apporter ses précisions au diagnostic clinique. On ne saurait cependant reprocher la rigueur et la recherche de la précision, mais il ne faut pas être étonné, alors, si, dans ces domaines de la migraine et de l'épilepsie, on est conduit à éliminer beaucoup de faits cliniques ; il en serait de même dans la plupart des autres domaines de la pathologie. Sauf, cependant, les constatations humorales, on peut dire que l'étude des faits cliniques récents n'ajoute pas beaucoup, dans l'ordre d'un rapprochement possible entre la migraine et l'épilepsie, à la connaissance acquise par l'étude des faits cliniques plus anciens.

En plus des faits isolés, il y a aussi des statistiques, qui ont été interprétées dans des sens opposés.

Les statistiques de M. Ulrich et celles de Flatau se rapportent à des migraineux. Sur 500 migraineux dans chacune de ces deux statistiques, ces auteurs trouvent, l'un 61 épileptiques (soit 12 %), l'autre 36 épileptiques (soit 7 %). Au total, sur ces 1.000 patients, l'épilepsie existait dans 9,7 % des cas. C'est beaucoup pour l'épilepsie en général, qui n'est pas aussi fréquente, mais, parmi ces cas, combien y avait-il de sujets chez lesquels l'épilepsie était diagnostiquée sur le fait de convulsions chez des migraineux au cours des accès, et combien d'épileptiques considérés comme migraineux par suite de l'aura et des céphalées ?

Les statistiques de Vining et de Nielsen se rapportent à des épileptiques. Sur 604 épileptiques, il y avait, dans ces statistiques, 98 migraineux (soit au total 24 %), chiffre évidemment plus élevé que celui de la fréquence moyenne de la migraine, mais qui en diffère trop peu pour qu'il puisse être retenu. Bassoe, sur 200 épileptiques, trouve 26 % de migraine chez les parents. Dollken, Kammerer trouvent, chez les épileptiques, une fréquence de la migraine qui ne diffère pas sensiblement de la fréquence habituelle de la migraine.

Buchanan fait voir un autre aspect du problème ; il constate que 29 % des épileptiques sont migraineux et 75 % des épileptiques seraient le produit d'un père migraineux et d'une mère migraineuse ; ainsi le migraineux peut transmettre à ses descendants aussi bien l'épilepsie que la migraine ; *la migraine et l'épilepsie seraient équivalentes dans leur filiation héréditaire*, la loi de Mendel expliquerait alors la répartition des caractères héréditaires.

Cette théorie est habile et ingénieuse, elle n'est pas pleinement confirmée cependant par d'autres recherches. Allan, Pagniez, n'ont pas observé un plus grand nombre d'épileptiques chez les descendants de migraineux que chez les autres, et Bassoe ne trouve que 26 % de migraineux chez les parents d'épileptiques.

Les statistiques d'Ely portent sur 104 migraineux, 171 épileptiques et 100 sujets normaux. Chez les migraineux, l'hérédité ascendante migraineuse existait dans la proportion de 71,1 % et l'hérédité ascendante épileptique dans la proportion de 5,7 %. Jusque-là rien de bien curieux, mais voilà qui est plus important : chez les épileptiques, l'hérédité ascendante migraineuse existait dans la proportion de 60,8 %, et l'hérédité ascendante épileptique dans la proportion de 14 % ; enfin, chez les sujets normaux, l'hérédité ascendante migraineuse existait dans la proportion de 17 % et l'hérédité ascendante épileptique

dans la proportion de 7 %. Ces faits publiés par Ely semblent bien démontrer qu'il existe un rapport héréditaire entre les deux affections.

Une synthèse des faits publiés n'entraîne donc pas la conviction. On voit en effet qu'une critique sévère des observations ramène numériquement à peu de choses les faits cliniques de migraine associée à l'épilepsie ; de plus, les pourcentages indiqués dans certaines statistiques ne dépassent pas suffisamment les chiffres normaux pour entraîner la conviction, d'autant que ces pourcentages, légèrement supérieurs à la normale, ne sont pas un fait constant dans les statistiques publiées. Cependant tout n'est pas décevant parmi ces faits publiés, il en est qui font impression, par exemple ceux d'Ely. Si d'autres statistiques donnaient des indications analogues et de même valeur, il est bien évident, malgré les critiques que l'on pourrait faire au détail de ces observations, qu'il faudrait admettre l'existence d'un rapport entre la migraine et l'épilepsie. Sans prétendre apporter une solution, j'ai voulu voir, par l'examen de mes observations, s'il était possible d'admettre l'existence d'un rapport entre la migraine et l'épilepsie. Bien que d'une certaine importance numérique, mes observations ne sont pas assez nombreuses pour prétendre à conclure dans un aussi difficile problème. L'hérédité migraineuse est très souvent constatée dans mes observations de migraineux, et l'étude des familles met encore bien plus en évidence l'influence de ce facteur héréditaire de la migraine, mais, au contraire des constatations d'Ely, l'épilepsie n'est presque jamais signalée par les patients.

Chez 42 patients avec migraines indéniables, il y avait 20 fois, soit 46 %, une hérédité migraineuse reconnue ; admettons, ce qui est possible, que l'on doive en réalité augmenter de 10 % la proportion des cas à hérédité migraineuse, car il est évident que certains parmi les patients ont, soit par oubli, soit pour d'autres raisons, omis de renseigner sur ce point. Ceci donnerait environ 55 % d'hérédité migraineuse. Dans les antécédents héréditaires de ces 42 migraineux, on trouve encore différentes maladies : asthme, syphilis, diabète, angine de poitrine, cardiopathies, goutte, maladies nerveuses diverses, troubles mentaux, on trouve une fois l'hystérie, et jamais l'épilepsie. Chez les malades eux-mêmes on voit qu'une malade avait été éclamptique, et il y avait un cas de somnambulisme, mais pas d'épilepsie. Il est vrai que les patients ont pu cacher ce détail. Il serait curieux qu'il en soit ainsi cependant, car ils déclarent volontiers toutes les autres maladies, y compris les troubles mentaux, et il n'y a pas de raison pour qu'ils aient omis de signaler l'épilepsie.

Je ne compte pas les 12 cas où la migraine était cliniquement douteuse ; parmi ces cas il y avait une observation dans laquelle on n'a pas de certitude absolue pour décider s'il s'agit d'une migraine atypique ou d'une épilepsie à symptomatologie incomplète.

Parmi 23 familles groupant 238 personnes, avec 39 migraineux, 12 fois, soit 52 %, on constate que la migraine a, dans ces familles, un caractère héréditaire, et là il ne peut y avoir d'erreur, car l'enquête à laquelle j'ai procédé m'a permis, pour chacune de ces familles, d'explorer complètement au moins trois générations successives, et d'explorer aussi, le plus souvent, les familles collatérales ; dans ces familles, j'ai souvent trouvé des troubles nerveux imprécis, des troubles mentaux, du diabète, de l'asthme, des affections hépatiques, des états goutteux, des rhumatismes, des cas de tuberculose, de cancer, de syphilis, dans l'ensemble la plupart des affections de la clinique courante, dans aucune de ces 23 familles, groupant 238 individus, je n'ai trouvé d'épilepsie. Ces 23 familles représentaient un ensemble homogène, puisque c'étaient toutes les familles observées (à propos d'un des leurs) dans une période déterminée. Depuis, recherchant la migraine chez tous les patients qui venaient me consulter, j'ai examiné à ce propos plus de 500 personnes, parmi lesquelles une certaine proportion de migraineux et trois épileptiques. Aucun des migraineux n'avait d'épilepsie. Les épileptiques examinés n'étaient pas migraineux ; deux n'avaient pas de migraineux chez les parents, grands-parents et frères ; l'autre n'avait pas de migraineux dans ses ascendants directs et son fils n'était pas migraineux. Dans plusieurs cas, chez les migraineux de cette série, j'ai fait une enquête attentive sur les conditions héréditaires et je n'ai trouvé aucun cas d'épilepsie sauf dans une famille où il y avait une double hérédité épileptique et migraineuse conjuguée, hérédité si importante qu'elle mérite d'être signalée comme un fait mémorable.

En partant de l'ancêtre commun, nous trouvons un couple I, dont l'homme n'a rien et la femme est épileptique. Ils ont un fils qui n'a rien, marié à une femme qui n'a rien ; ce couple II va devenir le point de départ d'une des branches complètement explorées et dont l'état pathologique sera indiqué ensuite. L'homme du couple II a 5 frères et 2 sœurs, sur lesquels il n'y a pas de renseignement précis. L'un de ses frères donne un fils qui se marie avec la fille d'une des sœurs, constituant ainsi un couple III. Le couple III est donc fait de cousins germains, il va donner la seconde branche explorée dans cette famille.

Dans la première branche, le mari du couple III est issu de la souche commune, la femme a une autre origine, aucun fait pathologique chez l'un ou l'autre. Le couple II a 8 enfants, 6 garçons et 2 filles, l'un de ces garçons constitue le couple IV avec une femme sans parenté avec la famille. Dans ce couple IV, le mari est un hépatique, il a 5 frères et deux sœurs. Les 5 frères n'ont rien de remarquable et ils ont en tout 18 enfants, qui n'ont rien actuellement. Les deux sœurs ne se marient pas, une d'elles est épileptique. La femme du couple IV a des parents qui ne sont ni épileptiques ni migraineux, mais elle a 5 frères et 6 sœurs, dont un frère est migraineux, et une sœur est migraineuse ; de ces parents sont issus 4 fils dont deux sont migraineux, et deux filles, dont une est migraineuse ; aucun épileptique.

Dans la deuxième branche (issue du couple III) le père et la mère sont cousins germains ; le père n'a rien, la mère est épileptique, elle a un frère goutteux et 5 sœurs, dont une est migraineuse. Ce couple III a 5 fils, dont deux ont des troubles mentaux caractérisés et graves, mais il n'y a ni épilepsie ni migraine

chez aucun de ces 5 fils, tous actuellement des hommes.

Cette observation, faite dans une famille de médecins, montre une intrication de la migraine et de l'épilepsie. Dans la lignée I, l'hérédité épileptique se rencontre avec une hérédité migraineuse maternelle, aussi, sur 6 enfants il y a 3 migraineux. Dans la lignée II, le père et la mère sont cousins germains et proviennent d'une hérédité épileptique ; sur les 5 enfants il y a deux mentaux fort atteints, mais ni épileptique, ni migraineux. Ces faits donnent à penser ; ou bien il y a dans cette famille deux hérédités évoluant parallèlement, chacune pour son propre compte; ou bien la migraine et l'épilepsie trouvent au moins leur parenté dans une cause commune qui a produit les deux affections ; ou bien les deux hérédités se pénètrent parce qu'il existe une parenté entre les deux affections.

C'est le seul fait clinique entre tous les cas de migraine que j'ai étudiés, dans lequel on trouve un argument pour penser que la migraine et l'épilepsie peuvent avoir une certaine parenté. Avec toutes les réserves que comporte une conclusion qui, dans des conditions aussi complexes, n'est pas appuyée sur des centaines de cas de migraine et des centaines de cas d'épilepsie, j'aurais certainement, avant l'observation de cette famille, et devant les constatations toutes négatives faites jusqu'alors, pensé que les deux affections sont totalement indépendantes ; aujourd'hui, je n'oserais pas conclure d'une manière négative, et j'ai tendance à penser qu'il y a peut-être quelque chose de commun entre les deux affections.

Pasteur-Vallery-Radot semble avoir fait la même évolution ; après avoir, à l'exemple de Lasègue, nié l'existence d'une relation quelconque entre la migraine et l'épilepsie, il a écrit, plus récemment, avec Hamburger et Blamoutier : « il nous semble que toutes ces recherches ont surtout l'intérêt de souligner que la migraine et l'épilepsie font partie de cette vaste classe morbide des *crises à déterminisme local*. Migraine et épilepsie peuvent y être plus particulièrement rapprochées comme étant toutes les deux des *orages nerveux*. Mais il ne nous semble pas possible, tout au moins actuellement, d'établir une parenté plus étroite entre migraine et épilepsie ». Pagniez est beaucoup plus catégorique : il admet que la pathogénie de la migraine se rapproche beaucoup de celle de l'épilepsie.

Il ne me semble pas abusif de conclure : *la migraine et l'épilepsie ont une analogie dans l'évolution clinique, les manifestations humorales et les conditions déclanchantes des accès.*

La migraine, l'hystérie, l'accès vaso-vagal, la chorée et le nervosisme. — Pour l'hystérie, le problème pouvait être simple il y a une trentaine d'années ; il faut aujourd'hui, avant de discuter l'existence de rapports entre la migraine et l'hystérie, définir exactement l'hystérie. Dans la plupart des cas, l'hystérie se ramène à un nervosisme violent et souvent convulsif, à une crise de nerfs, pour parler un langage plus imagé mais peut-être plus exact en l'espèce.

Il faut aussi tenir compte des rapports de la migraine avec l'*accès vaso-vagal de Gowers-Bolten*, dans lequel un léger trouble passager de la conscience, une perte de connaissance du type syncopal, ou une obnubilation de la conscience, sont associés à du vertige, parfois, à des troubles sensitifs, des frissons, engourdissements des bras, une perte de la vue, des accès douloureux du type migraineux, de la narcolepsie et des phénomènes épileptoïdes ou des convulsions tétaniformes des mains et des pieds, souvent aussi des troubles respiratoires (dyspnée), cardiaques (tachycardie), digestifs (nausées, vomissements, spasme intestinal), circulatoires (vasodilatation). Cette affection est à la limite de l'épilepsie et de l'hystérie, elle a une parenté avec les crises vasculaires toxiques.

Dans la chorée, on a signalé la fréquence des céphalées paroxystiques avec vomissements, et on a conclu, de ce fait, à l'existence d'une parenté de la chorée et de la migraine. Il est bien évident qu'il s'agit là de troubles appartenant à la chorée elle-même et non à la migraine en général.

La névropathie est apparue à beaucoup comme une cause de migraine, et Grasset dit que le nervosisme est le plus souvent la manifestation d'une diathèse et l'existence de la migraine, dans ces cas, montre sa nature diathésique. Tout ce qui a été dit pour établir l'existence d'un rapport entre la migraine et les affections nerveuses, montre surtout que s'il existe un rapport évident, c'est celui de la migraine avec le nervosisme (tempérament nerveux chez les migraineux). La migraine est très souvent observée dans des conditions de terrain individuel ou familial de nervosisme, en particulier dans les états sympathicotoniques ; s'il existe une parenté de la migraine avec des affections nerveuses, c'est bien avec les névroses anxieuses et la sympathicotonie.

La migraine et les diathèses goutteuses, rhumatismales, arthritiques et herpétiques. — On a beaucoup insisté depuis longtemps sur les rapports de la migraine avec les diathèses dérivées de l'arthritisme.

Ceux qui parlent de diathèse arthritique, neuro-arthritique ou rhumatismale, seraient bien embarrassés s'il leur fallait donner une définition précise et clinique de ces états ; le caractère vague de ces termes a fait cependant leur fortune, il permet de les utiliser d'une façon d'autant plus étendue et commode que, par leur imprécision, ils sont adaptables à plus de cas cliniques. Il existe pourtant une définition de ces diathèses. Déjà imprécise parce que dépassée par le progrès des connaissances, cette définition limite cependant beaucoup le caractère extensif que l'on prête habituellement à ces termes. L'arthritisme ou bradytrophie est, à la fois, un processus et un groupe d'affections dont le caractère commun est le ralentissement des échanges ou mutations nutritives.

Le neuro-arthritisme est l'association de l'arthritisme et de la névropathie, caractérisée par du nervosisme surtout psychique. L'herpétisme est une constitution pathologique, surtout héréditaire, caractérisée par des désordres dynamiques des fonctions nerveuses, psychiques, motrices et sensitives, des lésions trophiques des téguments, des troubles sanguins et de l'appareil locomoteur. La diathèse rhumatismale, qui se confond en grande partie avec l'arthritisme, est caractérisée par l'aptitude constitutionnelle,

surtout héréditaire, aux états douloureux névralgiques, musculaires, aux déformations, troubles du fonctionnement, raideurs et ankyloses articulaires ; donc une aptitude particulière de l'individu à souffrir de ses articulations, de ses muscles et de constater leur impotence et leur altération. De ces diathèses, les Anglais disent *Lithémie*, ou aptitude sanguine à faire des concrétions dans les tissus.

Affirmer les rapports de la migraine avec ces différentes diathèses, c'est dire qu'elle a une parenté avec les affections qui relèvent de ces diathèses. Les associations de la migraine sont alors : la goutte, l'obésité, les lithiases, le diabète, l'asthme, l'artériosclérose précoce, les rhumatismes et les arthrites, les névralgies, l'eczéma, les dermatoses, l'hydrops articularis intermittens, la rhinite spasmodique.

Lasègue, niant l'influence étiologique des diathèses et des névroses, considérait la migraine « comme le lot des gens bien portants, des dyspeptiques indemnes de toute tare constitutionnelle ». Hirtz admet avec beaucoup de réserves l'influence des maladies constitutionnelles, qui est souvent indépendante de tout élément diathésique : « C'est dans l'étude du malade bien plus que dans celle de la maladie que nous trouvons des données sérieuses, car c'est au sein de l'économie de chaque individu en particulier que semble résider la cause première, autrement dit la prédisposition à la migraine. S'il y a des migraines se rattachant à de faibles diathèses et des diathèses générales très accusées qui ne donnent pas la migraine, on doit en conclure qu'il faut en outre une prédisposition organique particulière, et que l'efficacité de la diathèse est subordonnée à un élément supérieur : une modification spéciale du système nerveux ».

La migraine et la goutte. — On a publié beaucoup d'observations de migraineux issus de parents goutteux, et Trousseau disait : « La migraine est la monnaie de la goutte. » Il semble que, dans ces cas, on ait fait bien facilement le diagnostic de migraine et assimilé la céphalée migraineuse avec la céphalée des goutteux, ou celle des urémies de la goutte.

Lecorché considère la migraine comme une *manifestation rare de la goutte* : « Ce que nous avons vu, ce sont des accidents migraineux existant d'une manière presque périodique pendant un certain nombre d'années, puis disparaissant pour faire place, soit à de la dyspepsie, soit à des attaques de goutte articulaire. »

Ici il s'agit d'une différence non pas d'interprétation théorique mais de faits : Liveing déclarait avoir vu la migraine terminer un accès de goutte ou alterner avec des manifestations articulaires. Lecorché, Sarda, déclarent : « Ce n'est jamais au moment d'une attaque de goutte articulaire aiguë ou d'asthme que la migraine fait son apparition, et c'est même pour cela que cette névrose se montre plutôt dans les cas de diathèses faibles. » Sarda dit aussi : « Assurément, la migraine ne se rencontre pas avec une fréquence extrême chez les goutteux ; à la période prodromique elle précède de plusieurs années les premières atteintes articulaires ; plus tard, elle alterne avec les accès et remplace souvent d'autres manifestations arthritiques, telles que l'asthme et les fluxions hémorroïdaires. »

Bouchard déclare que si la goutte n'existe pas souvent chez le migraineux, elle se rencontre plus fré-

quemment chez ses ascendants. Toutefois, Galeszowski et Gauté ont constaté la migraine ophtalmique chez les goutteux.

Rendu écrit : « La seule névrose qui semble dans certains cas relever manifestement de la diathèse goutteuse, c'est la migraine. »

Fordyce, Grasset, Garrod, Charcot, Ponsard, Guilbert, ont rapporté la migraine à la goutte. Tissot place la goutte parmi les causes constitutionnelles de la migraine, et Juncker écrivait : « La migraine est le commencement des maladies goutteuses, et, par la suite des ans, elle se change en goutte complète. » Beaucoup expliquent la migraine par la théorie des métastases, qui a tenu tant de place dans le mécanisme de la goutte et de ses accidents ; Trousseau conseillait donc de s'abstenir de troubler certaines migraines par un traitement, si l'on veut éviter, en la faisant disparaître, de produire une crise de goutte, puisque la migraine n'est qu'une modalité larvée de la goutte.

Le jugement de maîtres comme Trousseau est éminemment respectable et constitue souvent un argument de haute valeur ; s'ils ne procédaient pas, dans leurs raisonnements pathogéniques, à des déductions appuyées sur d'importantes statistiques, s'ils ignoraient, pour la plupart, le plaisir des hypothèses et des rapprochements théoriques fondés sur des constatations chimiques humorales, ils n'étaient pas moins, cependant, des observateurs avisés, qui méprisaient l'exposé des faits de détails et dont les conclusions, seule forme exprimée de la pensée, résument toujours les nombreuses constatations et impressions qu'ils avaient négligé de citer auparavant. C'est pourquoi l'opinion de ces maîtres cliniciens est à citer et à comparer aux résultats des recherches statistiques ou cliniques qui représentent la manière actuellement en faveur de se former une opinion. Mais parce qu'ils procèdent par impressions globales, leurs jugements sont comme leur personne : ils n'ont rien de médiocre, dans la vérité comme dans l'erreur.

Lindemann, il y a peu d'années, a constaté des anomalies du métabolisme des purines dans la migraine, l'asthme, l'entérite muco-membraneuse, le purpura hémorragique, l'érythème noueux ; R. Kocher l'a constaté également dans la migraine ; A. Mayer l'a constaté chez des bronchiteux avec cet état asthmatique et léger emphysème que l'on peut appeler le poumon goutteux, et qui se rattache aux troubles du métabolisme des purines.

Plus récemment, des recherches analogues ont été faites. En dehors de l'état de crise, les recherches faites pour reconnaître les particularités humorales du terrain migraineux ont donné certains résultats. Rémond et Rouzaud ont constaté, chez les migraineux, l'existence d'une élévation fréquente mais légère du taux de l'acide urique sanguin ; également une élévation très légère de l'urée et de l'azote résiduel. Hartung a recherché le taux de l'uricémie dans un bon nombre de cas, il constate des taux à peu près normaux.

Pasteur-Vallery-Radot et Laudat font, pour l'urée sanguine, les mêmes constatations que Rémond et Rouzaud, mais constatent un taux normal d'acide urique et d'azote résiduel.

La légère augmentation de l'urée sanguine peut être attribuée aux troubles hépato-intestinaux si souvent constatés chez les migraineux, mais c'est un effet satellite indifférent et non pas une conséquence directe de l'état migraineux, ou un élément constituant du terrain migraineux. Cette explication est appuyée par la constation fréquente d'une élévation de la bilirubine du sang avec urobilinurie légère (cholémie). Pendant l'accès migraineux, on constate souvent l'acétonurie chez l'enfant et même également chez l'adulte.

La cholestérine du sang serait augmentée habituellement dans d'importantes proportions chez les migraineux et augmenterait encore pendant l'accès. Parmi les migraineux que j'ai examinés, quelques-uns ont été étudiés au point de vue sang ; je n'ai conservé des renseignements que dans six cas : deux hommes et quatre femmes.

L'urée sanguine était basse dans un cas (0,141), normale dans trois cas (0,305, 0,309, 0,350) ; légèrement supérieure à la normale dans deux cas (0,48, 0,45). Il faut noter que, dans ces deux cas, le traitement de l'intestin et du foie a ramené rapidement l'urée sanguine à 0,29 et 0,25. Très souvent, j'ai constaté chez les migraineux de l'urobiline dans les urines, l'indoxyle et des pigments scatoliques en abondance.

La glycémie était normale dans tous les cas examinés (de 0,90 à 0,97). Dans trois cas, j'ai fait doser l'acide urique, la quantité était, dans ces trois cas, très supérieure à la normale (0,118, 0,116, 0,105) ; le traitement et le régime ont d'abord produit, comme à l'habitude, une élévation du taux de l'acide urique, puis le retour lent aux chiffres normaux, après plusieurs mois de traitement.

Dans ces trois cas, le traitement a conduit à une amélioration certaine et importante de la migraine. Dans un cas, les accès ont beaucoup diminué : de six accès par mois les migraines se réduisent à dix-neuf accès en une année, soit à peu près le nombre des accès pendant les trois derniers mois avant le début du traitement. Dans le deuxième cas, avant le traitement, les accès étaient si fréquents que le malade ne les comptait plus. Un mois après le début du traitement, le nombre des accès avait été seulement de dix. Un mois et demi après, le nombre des accès avait été de quatre. Dans les huit mois suivants, quelques rares accès de très faible intensité et toujours provoqués par un mets connu pour déclancher les accès. Dans le troisième cas, le traitement a été presque uniquement celui de la diathèse urique et la surveillance de l'intestin : Les migraines ont presque totalement disparu en même temps que le rhumatisme goutteux ; actuellement, deux ans après le début du traitement, les migraines sont extrêmement rares, deux ou trois par an, au lieu de plusieurs dizaines par an.

Pendant la période où j'ai observé les 54 migraineux dont j'ai publié les observations (42 cas de migraine indéniable et 12 cas de migraines contestables), j'ai observé : 15 cas de diabète ; 5 cas de rhume des foins ou coryza spasmodique intriqués avec l'asthme ; 2 cas d'asthme sans rhume des foins ; 12 cas de poumon goutteux ou uricémique, dans lesquels l'asthme, une dyspnée asthmatiforme ou une dyspnée d'aspect emphysémateux étaient associés à une uricémie éle-

vée, le traitement de l'uricémie améliorant beaucoup ou faisant disparaître les accidents ; dans un de ces cas, les accès d'asthme étaient nettement déclenchés par les foins (dans le sens strict du mot) ; 17 cas de rhumatisme uricémique ou plus simplement goutteux ; 3 cas de goutte franche ; 11 cas d'épilepsie ou de crises convulsives épileptiformes ; 19 cas d'obésité pathologique ; 5 cas de lithiase rénale.

Ces affections paraissent donc beaucoup moins fréquentes que la migraine. Dans mes constatations, et pour une période déterminée, les cas de diabète observés représentent 25 % environ des cas de migraine ; il en était de même pour le rhumatisme goutteux, les autres formes d'uricémie (goutte tophique, goutte pulmonaire) représentant également 25 % des cas de migraine. Au total, le nombre des accidents de la goutte sous ses différents aspects dépassait la moitié des cas de migraine examinés. L'épilepsie représentait le cinquième, la lithiase rénale le dixième, et l'obésité pathologique, le tiers.

Parmi ces cas : une fois l'asthme sans rhume des foins ni uricémie était associé à la migraine ; trois fois l'obésité était associée à la migraine ; une fois, un état constitué par des crises convulsives de nature douteuse (épilepsie) était associé à la migraine (cette observation figure parmi les migraines douteuses) ; une fois, un rhumatisme chronique avec hydrops articulaires intermittents et uricémie coexistait avec une migraine douteuse. Un cas de lithiase rénale coexistait avec une migraine douteuse. Enfin, un cas de rhumatisme uricémique (rhumatisme goutteux) existait en coexistence avec une migraine ; par suite d'un oubli, cette observation ne figure pas parmi celles publiées. Il s'agit d'un homme dont le père est mort d'un ictus cérébral avec hémiplégie au cours d'un diabète grave (il existait chez ce malade des signes de tabès), la mère est migraineuse, un frère est mort tuberculeux, un frère a du somnambulisme. Le patient avait un rhumatisme chronique du poignet, sans déformations articulaires, et des douleurs vagues dans le dos, des migraines violentes plusieurs fois par mois, de la constipation et des signes d'infection intestinale ancienne ; uricémie à 0,105. Traitement de l'intestin et régime d'uricémie. Revu après deux ans, guérison complète du rhumatisme, disparition presque totale des migraines, avec deux ou trois accès par an seulement.

Les faits que j'ai observés ne me permettent donc pas de conclure à l'existence d'une parenté entre la migraine et la goutte ; tout au plus peut-on penser que l'uricémie peut accompagner la migraine et contribuer à constituer le terrain migraineux, en association d'ailleurs avec les intoxications d'origine intestinale. L'uricémie n'est pas une condition nécessaire de la constitution du terrain migraineux, c'est une des intoxications qui se produisent comme une conséquence des troubles nutritifs, hépatiques, ou intestinaux, que l'on rencontre avec une fréquence toute particulière à l'origine de la migraine. (*A suivre.*)

Les cœurs périphériques, par A. Mougeot. In-8 25×16,5, 148 pages, 21 figures, 1936. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot frères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1936)

Contribution à l'étude d'un des constituants des acidoglobulinés : la protéine C. — M. Maurice Doladilhe.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1936)

Fièvre typhoïde et coquillages sur le littoral méditerranéen. — M. Teissonnière apporte quelques arguments précis en faveur de l'extension à tous les coquillages, du décret du 31 juillet 1923, pour assurer une production salubre. Pour les huîtres par exemple, on en a consommé à Nice et à Cannes en 1932-33 et 1934 : 908.917 kilos et on n'a pas relevé de contamination typhique. Au contraire, on a pu incriminer souvent les moules, clovisses, oursins, violets, qui ne sont soumis à aucune surveillance.

Le laboratoire de l'Office des pêches qu'il dirige en tant que délégué de cet Office, a procédé à de nombreuses recherches ou enquêtes qui ont fait ressortir : 1° que la colimétrie n'était pas à elle seule suffisante pour permettre d'affirmer qu'il y avait danger. Il faut s'appuyer surtout sur les constatations faites sur les lieux de production ; 2° que la production salubre des moules était possible; elle est réalisée dans les élevages de l'étang de Thau ; mais les coquillages de pêche qui viennent d'endroits non surveillés, même quelquefois ignorés, se vendent en plus grande quantité; 3° que le colportage devait être interdit, comme il l'est dans l'Aude et dans l'Hérault, et les coquillages provenant de zones suspectes doivent être épurés ou interdits.

Le danger est plus grave qu'on ne pourrait le supposer d'après les statistiques officielles, car la surveillance des coquillages, et même de quelques huîtres qu'on fait tremper dans des eaux impures, est inefficace, n'étant pas assurée par une loi. Les sanctions infligées aux contrevenants se sont toujours montrées insuffisantes. Il importe d'étendre la surveillance sanitaire à tous les coquillages. (Note présentée par M. Tanon.)

Ecoles de plein air et conditions d'hygiène nécessaires pour le développement normal de l'enfant. — M. Armand-Delille, après avoir insisté sur les déplorables conséquences de la vie urbaine et du surmenage scolaire sur le développement de l'enfant, expose les conditions de vie réalisées dans les Ecoles de plein air déjà existantes et présente leur programme qui comporte l'héliothérapie, les exercices physiques quotidiens, la classe en plein air avec périodes de repos approprié et une alimentation bien compensée. Ces conditions sont nécessaires à la croissance normale des jeunes sujets et permettent un harmonieux développement physique et mental sans nuire en rien au travail des examens.

Il est donc nécessaire que les Ecoles de plein air, tant pour l'enseignement primaire que pour l'enseignement secondaire, ne soient pas réservées à un petit nombre de débiles, mais qu'elles se multiplient suffisamment pour que tous les enfants puissent en bénéficier, c'est le seul moyen de maintenir la race française en équilibre physique et moral.

Acrodynie infantile. — M. Rocaz fait une communication sur l'épidémie d'acrodynie infantile dans le sud-ouest de la France.


EUPHORYL
DERMATOSES
PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES
CUTANÉES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA", 18, AVUE DAUMESNIL. P
Euphoryl infantile
(GRANULÉ SOLUBLE)
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillérée à café par année d'âge.
LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL. PARIS
ANA
18, AVUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe
Hirudinase
(DRAGÉES)
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA
COEFFICIENT DE FIXATION du Salicylate ANA sur la fibre cardiaque : 170 %
Salicylate de Na
Salicylate ANA
150
100
50
0
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
SALICYLATE DE SODIUM en combinaison CALCO-MAGNÉSIENNE THIOSULFATÉE
32 gr. SALICYLATE de NA SURACTIVÉ 15 fr.
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
AMPOULES (INTRAVEINEUSES)
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
ses 4 avantages :
1. - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HÉPATIQUES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1936)

Albuminuries essentielles, céphalée et hypotension en pédiatrie. — M. Albéric BOUDRY, après avoir analysé les traits essentiels et les plus objectifs de son travail sur la *fatigue* de l'enfant et attiré l'attention sur l'importance de son signe, l'*otooenythrie* (oreille unilatéralement rouge), précise le caractère et la signification d'une triade clinique : albuminurie essentielle, céphalée et hypotension, en pédiatrie : ce *syndrome d'alarme,* réalisé par une fatigue particulièrement sévère, doit imposer une réglementation immédiate et la plus stricte de la *diététique* qui doit être saine, oxalatée et antiuricémique, des *exercices physiques* et *intellectuels* qui seront équilibrés, taylorisés et soumis à la sanction des tests, ainsi que du choix optimum du statut *atmosphérique* et *du milieu climatérique* offerts à l'enfant.

Remarques sur l'histochimie des cellules cancéreuses. — M. LÉO montre que les albumines acides de la cellule sont celles qui conditionnent son existence. La disparition des albumines acides implique la mort de la cellule.

Essai d'un traitement palliatif des tumeurs malignes non sarcomateuses. — M. LÉO. Un extrait de tissu réticuloendothélial a semblé entraver le développement de certaines tumeurs malignes.

Un cas de polytumeurs simultanées. — M. G. LUQUET rapporte le cas d'une malade de 70 ans chez laquelle, dans une même séance opératoire, il fut amené, par suite des circonstances, à enlever un fibrome de l'ovaire droit, à pratiquer une néphrectomie pour grand kyste du rein droit, enfin à faire une hémicolectomie droite pour une tumeur de l'appendice et une tuberculose à forme hypertrophique du cæcum. Malgré son âge, la malade a très bien supporté ces interventions et a parfaitement guéri sans incidents.

Estomac atteint de deux ulcères térébrants. — M. G. LUQUET présente une pièce opératoire de résection d'estomac. Ce dernier était porteur de deux ulcères térébrants, l'un antérieur dans le foie, l'autre postérieur dans le pancréas. A ce sujet, l'auteur insiste sur quelques points de technique permettant de traiter facilement de telles lésions par la résection. Le malade a bien guéri.

(SÉANCE DU 29 FÉVRIER 1936)

Présentation de malade. — M. J. SÉDILLOT présente, guérie par la cure de désintoxication arthritique en moins de 50 jours, une malade qui souffrait d'une sciatique à douleurs exceptionnellement intenses, diurnes et nocturnes. L'affection évoluait depuis 3 mois. Le réflexe achilléen était aboli. Un éminent radiographe avait montré « une sacralisation complète de la 5e lombaire », et le médecin traitant s'était cru désarmé, avait parlé d'incurabilité. Il s'agissait en réalité d'une sciatique névrite goutteuse, sévère certes, mais banale, qui a complètement guéri.

L'anesthésie électrique. Ses caractères (suite). — M. R. GRAIN étudie la progressivité, quatrième caractère de l'anesthésie électrique. Elle obéit à une loi déterminée suivant laquelle la durée du temps de l'anesthésie double sensiblement d'une séance à l'autre. Mais ce rythme évolutif peut être soit accéléré, soit rompu, soit arrêté. La progression de l'anesthésie ne peut d'ailleurs s'établir que de 24 heures en 24 heures, en raison du phénomène de maturité de l'anesthésie.

Comment déterminer la valeur fonctionnelle du cœur. Le cardio-dynamomètre. — M. A. PRUCHE présente un appareil auquel il a donné le nom de cardio-dynamomètre. Cet appareil peut être conjugué à tout sphygmomanomètre, quel qu'en soit le type. Ce cardio-dynamomètre permet au praticien de déterminer de façon clinique et pratique la valeur fonctionnelle du cœur droit et celle du cœur gauche suivant la méthode décrite par l'auteur dans des communications et travaux antérieurs, de mesurer la pression veineuse et l'indice de rétention veineuse dans toutes les attitudes. Enfin il met à la portée de la clinique toutes les applications de la pléthysmographie.

Comment examiner une déficience des seins au point de vue d'une opération reconstructive. — M. DARTIGUES, s'appuyant sur une série de projections, montre comment ces malades doivent être examinées, au point de vue physique et topographique. Mais il insiste sur l'examen médical proprement dit, afin de s'entourer de toutes les précautions pour rendre ces opérations le moins graves possible.

Thérapeutique du cancer. — M. Ch. TAGUET passe en revue les traitements médicaux du cancer, en tant qu'adjuvants aux traitements radiothérapiques, curiethérapiques et chirurgicaux. Après avoir indiqué la métallothérapie, l'organothérapie, l'opothérapie, il parle des essais récents de Juster, Caillau et Huerre avec les lécithines irradiées ou modifiées chimiquement, et de ceux, non encore terminés, qu'il a menés depuis deux ans avec ses collaborateurs et qui ont pour base l'emploi d'une lysocithine retirée du Vitellus.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 4 mai. — Jury : MM. Baudouin, président ; Robert Debré, Marcel Labbé, Moreau. — M. FACQUET. Vitesse de la circulation du sang dans l'organisme. — M. FERESTER. Etude des réactions d'intolérance à l'insuline. — M. LEBIGUE. Etude de l'éléphantiasis nostras acquis des membres inférieurs. — Mlle LE SUEUR. Etude physiopathologique et valeur des polypnées du nourrisson.

Mardi 5 mai. — Jury : MM. Lemaître, président ; Mocquot, Terrien, Halphen. — M. AILLET. Considérations sur l'ostéomyélite du maxillaire inférieur d'origine dentaire. — M. LE CORRE. Pertes de substances pathologiques du maxillaire inférieur. — M. ROUYER. Traitement des hémorragies utérines par les benzoates de folliculine et la lutéine. — M. BONNARDEL. Vision et professions. — M. LOB. Névrites optiques et conjonctivite arsenicale.

Mercredi 6 mai. — Jury : MM. Lemierre, président ; Tanon, Joannon, Donzelot. — M. MARIE-NELLY. Le chlorhydrate de sulfanode chrysodine dans le traitement médical des pleurésies purulentes à streptocoques. — M. BALANDRA. Les nourrices des rois dans l'ancienne France. — M. PERSOZ. L'hygiène des chantiers souterrains. — M. PLAVVNER. Hygiène de la peau du nourrisson.

Vendredi 8 mai. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Mathieu, Leveuf. — M. COEN. Facteurs de gravité de l'opération césarienne basse au cours du travail. — M. WAGNER. Les diverticulites hémorragiques du gros intestin. — M. DRUCKER. L'ostéochondromatose du genou (à propos d'un cas inédit). — M. SOUBRANE. Paralysie du triceps sural, séquelle de poliomyélite. Traitement.

Samedi 9 mai. — Jury : MM. Claude, président; Lereboullet, Maurice Villaret, Justin Besançon. — M. ROSENBLATT. A propos du suicide en médecine mentale. — M. PICQUART. Etude de la calcification des incisives et canines permanentes.

Mardi 5 mai. (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Champy, président ; Maignon, Simonnet, Lesbouyriès. — M. LABRUYÈRE. Recherches expérimentales sur la régulation hormonale de la contractilité utérine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 37. — MERCREDI 6 MAI 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Thèses récompensées pour l'année 1934-1935 :

Médaille d'Argent

MM. Albeaux, Antonelli, Benoit ; Mme Bernard ; MM. Blaizot, Bolgert, Bompard, Bennefous, Bosquet, Boureau, Bourgeois, Bousser, Brisset, Bursztejn, Cadet de Gassicourt, Carlotti, Carrasco, Charbonnel, Costil, Cottet, David, Delay ; Mlle Delon ; MM. Demarquet, Demirleau, Deparis, Dermer, Derobert, Elbim, Fauvert, Gajdos, Gallot, Gaston, Gilbrin, Guerra, Gorecki, Hauert, Herbert, Hornus, Hurez, Joseph E., Joseph M., Joly, Judet ; Mme Kourilsky ; M. Lagache ; Mme Lagrange ; MM. Laquintinie, Lipsztejn, Loisel, Mariau, Martin, Martinot, Marx, Maurice, Meyer, Michel, Mutricy, Naulleau ; Mlle Odru ; MM. Palmer, Paschetta, Pauchard, Pautrat, Peney, Pergola, Petit, Poilleux, Poncet, Pham-Huu-Chi, Prat, Pressat, Reboul, Richard, Rouart, Rudler, Sandor, Soubiran, Sterne, Terrenoire, Tusques ; Mlle Verrier ; M. Vincent.

Ecole de Médecine de Hanoï : MM. Nguyen Trong Hiep, Nguen Xuan Nguyen.

Médailles de Bronze

M. Aubin ; Mme Aletru ; MM. Albessard, Assailly, Apert, Arreaza ; Mme Brisard ; MM. Brandy, Bechet, Barrier, Bouvier, Bruneton, Baussan, Bermudez, Alpern, Bissery, Charpentier, Colas, Coste, Chuc, Comar, Debidour ; Mlle Desallais ; MM. Debroise, Desrosiers, de Pariente, Etienne, Fourault, Faraj, Gasne, Guyot J.-M., Guyot J.-J., Gole, Gerbet, Gasne ; Mme Gasne ; MM. Habibi, Hery, Irazabal, Klotz, Kapandji, Katchoura ou Caciura, Laquerrière, Lieffring ; Mme Lièvre ; MM. Limasset, Leduc, L'Huillier, Lichtenberg ; Mme Le Roy des Barres ; M. Lamy ; Mlle Mahieu ; MM. Maillefer, Masson, Massonnet, Michaëlides, Monod, Martin, Nitti, Nordin, Nunez y Oti ; Mme Perles ; MM. Perrotte, Petresco, Plaussu, Raybaut, Regaud, Rizoff, Rodriguez-Alderete ; Mme Roy ; MM. Salmon, Sardin, Schiller, Seidmann, Szulanski ; Mme Touzé ; MM. Trelles, Trujillo, Villechaise, Weinman, Willner ; Mme Zagdoun.

Mentions

MM. Adnes, Burel, Chevallier, de Zernhoff, Hennet, Indocochea, Maitre, Pasquer, Rodriguez, Richard, Valet-Bellot, Viader.

Prix de la Faculté (Fondations) (1935). — Prix Barbier : Mlle Bochet ;
Prix Saintout : docteur Delarue ;
Prix Rigout : docteur Debroise ;
Prix Jeunesse : docteur Lantz ;
Prix Segond : MM. Boudreaux, Cauchoix ;
Prix Bernheim : docteur André Meyer ;
Prix Déroulède : docteur Perrot ;
Prix Monthyon : docteur Olivier Monod ;
Prix Girard-Martinet : M. Nicolle ;
Prix Lacaze : docteur Ameuille ;
Prix Jeunesse : Mlle le docteur L. Verrier ;
Prix Châteauvillard : docteur Contiades ;
Prix Serge-Henri Salle : M. Petit;
Prix Levy-Franckel : M. Catinat.

MÉDAILLE DE M. BÉCLÈRE. — La médaille du docteur Antoine Béclère, œuvre du maître Dropsy, lui sera remise le dimanche 10 mai 1936, à 15 h. 30, au Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique (VIIe).

A l'issue de la cérémonie, le docteur Antoine Béclère recevra, au Centre Berthelot, ses amis et leur famille.

GUERRE. — Mutations :

Médecin colonel. — M. Augé, chirurgien et spécialiste des hôpitaux militaires, hôpital militaire Dominique-Larrey, Versailles, maintenu et désigné comme médecin chef.

Médecin lieutenant-colonel. — M. Moy, de la direction du Service de santé de la région de Paris, est désigné comme président de commission de réforme de la Seine, Paris.

Médecins commandants. — MM. Lambert, de l'hôpital militaire Gajot, Strasbourg, est affecté à l'hôpital militaire Maillot, Alger; Marmoiton, de l'hôpital militaire Maillot, Alger, est affecté à l'hôpital militaire Gaujot, Strasbourg; Poey, des troupes du Maroc, est affecté au 3e rég. d'infanterie, Hyères; Raynaud, des troupes du Maroc, est affecté au 507e rég. de chars de combat, Metz.

Médecins capitaines. — MM. Meyrignac, du 92e rég. d'infanterie, Riom, est affecté aux troupes de Tunisie ; Lacorre, des troupes de Tunisie, est affecté au 92e rég. d'infanterie, Riom ; Malossane, du 73e bataillon alpin de forteresse, Jausiers, est affecté à la 15e compagnie régionale du train, Marseille.

Médecin lieutenant. — M. Humilien, du 37e rég. d'infanterie, Bitche, est affecté au 37e rég. d'infanterie, Bitche-Camp, à compter du 31 août 1935.

COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. — M. le professeur Laignel-Lavastine dirigera des conférences-promenades en mai et juin.

Ces conférences-promenades auront lieu le dimanche à 10 h. 1/2 du matin.

Programme des conférences-promenades. — Dimanche 10 mai : L'hôpital Beaujon-Clichy, 100, boulevard de Lorraine, Clichy (Seine). Réunion à l'entrée. Prendre le métro jusqu'à la porte de Clichy, puis l'autobus R *bis*. L'autobus U *bis* mène aussi à l'hôpital.

Jeudi 21 mai : La bibliothèque de la Sorbonne. Réunion dans la cour de la Sorbonne.

Dimanche 14 juin : Le musée de la Préfecture de police, 36, quai des Orfèvres. Réunion dans la cour.

Dimanche 28 juin : La boulangerie de l'Assistance publique et l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin. Réunion dans la cour d'honneur de la boulangerie, 13, rue Scipion, Paris (XIIIe).

REVUE DES THÈSES

Traitement des enfants à Châtel-Guyon (1), par Mlle le docteur Marguerite BALME.

Très intéressante thèse dans laquelle l'auteur réunit toutes les connaissances nouvelles sur l'action des eaux de Châtel-Guyon en tenant compte de la longue expérience de son père, notre excellent confrère le Dr Balme.

« Chez l'enfant, l'effet thérapeutique des eaux de Châtel-Guyon relève en tout premier lieu de leur stimulation des sécrétions digestives.

a) L'action cholagogue de ces eaux excite le péristaltisme intestinal et réveille les réflexes évacuateurs fréquemment inhibés chez l'enfant. Elle convient donc au traitement des constipations par atonie et dyschesie.

b) La stimulation des sécrétions chlorhydropeptique, biliaire, trypasique et entérique, active et améliore le métabolisme digestif intestinal, équilibrant ses réactions de fermentations et de putréfactions et aboutissant à l'élaboration de produits le plus directement et complètement assimilables.

La désinfection et l'excitation intestinales d'origine biliaire réduiront les poisons endogènes et les évacueront normalement. Elles éviteront ainsi au foie et aux humeurs de l'organisme la résorption de produits toxiques, tout comme aussi de substances protéiques insuffisamment transformées.

Ainsi, la cure de Châtel-Guyon sera éminemment désintoxicante et supprimera, particulièrement chez l'enfant, les états d'anaphylaxie alimentaire cause de nombreux accidents et troubles divers. Elle viendra en aide aux fonctions hépatiques, héréditairement ou accidentellement déficientes, aux foies demeurés congestionnés à la suite de troubles gastro-intestinaux et d'erreurs alimentaires du jeune âge.

L'eau de Châtel-Guyon, par l'association de cathions très actifs, équilibrera les contractions intestinales troublées autant par des spasmes que par des états d'atonie, et relèvera en même temps le tonus neuro-musculaire de la paroi.

En outre, l'action cicatrisante du chlorure de magnésium s'exercera sur les lésions torpides de la muqueuse et, colmatant celle-ci, s'opposera aux infections pariétales, ainsi qu'aux migrations bactériennes exentérales, colibacillaires en particulier.

Ainsi seront évitées les lésions initiales de la muqueuse par stase stercorale, souvent irritante du fait des altérations septiques ou putrides de son contenu.

Le traitement de Châtel-Guyon conviendra donc aux colites muqueuses et muco-pariétales de l'enfant, aux rétentions et viciations du contenu coecal, aux phases atoniques ou spasmodiques non douloureuses des troubles colitiques, aux séquelles d'amibiase et de parasitoses diverses, à la colibacillose.

De ces diverses actions combinées : amélioration de l'assimilation et désintoxication locale et générale, ainsi que de la reconstitution de réserves minérales éminemment constructives, résulteront, chez l'enfant, une amélioration rapide de la tonicité des organes digestifs, puis des autres appareils, ainsi que le relèvement de l'état général. »

La vagotonine dans les états anxieux (2), par Mme le docteur M.-P. GARDIEN-JOURD'HEUIL.

« Nos recherches personnelles, conclut l'auteur, nous ont permis de faire les constatations suivantes :

Un certain nombre d'états anxieux ne paraissent pas favorablement influencés par la vagotonine : ce sont ceux de la psychose maniaque dépressive, ceux de la mélancolie présénile et sénile, ceux qui sont passés depuis longtemps à l'état chronique.

Au contraire, les anxieux hyperémotifs qui présentent un syndrome sympathicotonique avec réflexe solaire fortement positif, bénéficient généralement, au point de vue mental, de la thérapeutique par la vagotonine.

Fréquemment, seule l'anxiété est influencée, mais dans certaines psychoses où les troubles de la cénesthésie sont habituellement décrits, nous avons obtenu des guérisons totales suivies de la sortie des malades.

En outre, l'administration de vagotonine provoque fréquemment une amélioration de l'état physique des malades, avec parfois diminution de l'hypertension artérielle et ralentissement du rythme cardiaque.

Etant donné l'action physiologique et pharmacodynamique de la vagotonine, elle est particulièrement indiquée chez les anxieux qui, en outre, sont atteints de troubles fonctionnels relevant de son rôle de régulateur physiologique, tels que :

1° Les hypertensions oscillantes et variables, mal supportées, avec fourmillements, crampes, spasmes, céphalées, insomnies, cas dans lesquels on observe fréquemment des troubles de l'activité fonctionnelle du système organo-végétatif ;

2° Certaines tachycardies avec palpitations, douleurs angineuses précordiales ;

3° Certains cas de mauvais état général, avec amaigrissement, hyperglycémie, anémie.

Les incidents de cure sont de plus en plus rares et bénins depuis que l'on dispose de vagotonine bien purifiée.

Il n'est pas indiqué de prescrire la vagotonine chez les vieillards athéromateux, les insuffisants cardiaques et les malades atteints d'affections organiques du système nerveux central.

Une série d'observations qui nous ont été communiquées ou qui ont été publiées, montrent également les effets satisfaisants de l'administration de vagotonine dans divers états anxieux.

Bien que la vagotonine nous paraisse particulièrement indiquée dans les états anxieux avec hyperémotivité et sympathicotonie, en raison de l'innocuité de la thérapeutique par cette hormone, il nous paraît utile de poursuivre systématiquement des recherches sur son administration dans les états anxieux ; il est possible qu'on en puisse tirer des indications plus précises. »

(1) *Th. de Paris*, 1936. — Imprimerie générale. 2, cours Sablon, Clermont-Ferrand.

(2) *Th. de Nancy*, 1935.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de pathologie médicale (1), par Maurice JOURNÉ et Pierre-Noël DESCHAMPS. *Troisième édition.*

Faire tenir la pathologie médicale en un volume de 1.700 pages était difficile à réaliser. Donner à chaque affection dans ce cadre volontairement limité un développement dont l'étude fût proportionnée à son importance clinique était plus difficile encore. Les auteurs se sont acquittés avec succès de cette tâche ardue, puisque ce Manuel reparaît aujourd'hui en trois éditions.

Le Manuel de pathologie médicale a été écrit en premier lieu pour l'étudiant, aussi n'y trouvera-t-on pas de longs développements ; comme il est cependant très complet, tout y est présenté d'une façon beaucoup moins élémentaire que concise.

Comme ouvrage d'ensemble au courant des théories pathogéniques, des méthodes d'exploration et des procédés thérapeutiques les plus récents, ce Manuel sera consulté avec profit par le médecin lui-même, qui y trouvera des

(1) Un volume de 1.702 pages. — Prix : broché en deux volumes, 90 fr. ; relié, 110 fr. — Paris, Masson et Cie.

descriptions très simples, des caractéristiques très nettes, une mise au point d'ensemble de chaque affection.

L. G.

La rate en pathologie sanguine (1), par E. HOUCKÉ, médecin des hôpitaux de Lille.

Le problème des splénomégalies est plus que jamais d'actualité et les procédés récents d'investigation de la rate remettent en valeur les altérations du parenchyme splénique, surtout lorsque celles-ci ont pour conséquence des modifications de la formule sanguine. C'est principalement à l'étude de ces grosses rates que l'auteur s'est attaché au cours de ce travail.

Après quelques détails de technique histologique, les différentes réactions de la rate sont successivement envisagées. La réaction myéloïde est l'objet d'une étude d'ensemble. Elle est ensuite analysée au cours des myéloses leucémiques et aleucémiques, des anémies myéloïdes, de la maladie de Vaquez, de la tuberculose de la rate et de l'hémogénie. La réaction lymphoïde est également étudiée, principalement dans ses formes atypiques.

La place de plus en plus importante que prennent les modifications du système réticulo-endothélial dans le développement des splénomégalies a permis à l'auteur de consacrer un important chapitre aux altérations réticulo-endothéliales dans la leucémie à monocytes, l'agranulocytose, les lipoïdoses généralisées et la lymphagranulomatose.

Dans le livre III, les réactions hématopoïétiques sont passées en revue, en particulier dans leurs rapports avec l'anémie pernicieuse et l'ictère hémolytique. La dernière partie est consacrée à l'histologie des infarctus, si fréquents en pathologie splénique, ainsi qu'à la maladie de Banti et aux syndromes voisins.

Cet ensemble de constatations, faites sur des rates en bon état de conservation, montre les enseignements cliniques, histologiques et thérapeutiques qu'il est possible de tirer de l'examen d'une rate pathologique.

L. G.

Tous les régimes alimentaires. Guide pratique du malade et de son entourage (2), par Louis CAILLON, médecin de l'Hôpital thermal de Vichy.

L'accueil réservé à cet ouvrage, tant par les médecins que par les malades, a engagé l'auteur à revoir entièrement et à compléter ce livre, qui constitue une des meilleures mises au point de la question importante de l'alimentation. Dans les maladies, l'institution d'un régime alimentaire tient la première place et passe souvent avant la question des médicaments. Le malade trouvera dans ce livre les bases sur lesquelles repose chaque régime, les raisons qui font recommander ou déconseiller tel ou tel aliment, la liste des aliments permis et défendus dans chaque maladie, des types de menus, enfin des recettes culinaires à l'usage de tous les malades, en particulier des dyspeptiques, des hépatiques, des diabétiques.

Quelques chapitres nouveaux ont été ajoutés : les vitamines, la méthode de Whipple dans l'anémie, les régimes de la goutte aiguë, des rhumatismes chroniques infectieux, de la lithiase rénale, urique et oxalique, etc., etc...

En apportant ces modifications et ces additions, l'auteur a écarté, comme il l'avait fait précédemment, tout ce qui n'est pas pratique, tout ce qui n'est pas dans l'intérêt du malade ; il a gardé le même souci de clarté et de précision qui a assuré le succès des éditions précédentes.

L. G.

(1) In-8 de 158 pages avec 20 figures. — Prix : 45 fr. — Paris, asson et Cie.

(2) Quinzième édition. — Prix : 10 fr. — Paris, N. Malione.

Traitement et Prophylaxie de la diphtérie (1), par le professeur Robert DEBRÉ, professeur à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Hérold.

Il y a exactement quarante ans, Emile Roux, avec ses collaborateurs Louis Martin et Chaillou, fondait une thérapeutique nouvelle, la sérothérapie, appliquée tout d'abord à la diphtérie. Cette découverte, entrevue par Ch. Richet et Héricourt, basée sur les recherches de Behring, elles-mêmes rendues possibles par les études de Roux et Yersin sur la toxine diphtérique, a permis de sauver des milliers de vies humaines. Depuis ces dernières années, la sérothérapie a paru moins efficace aux yeux de certains médecins. En réalité, c'est la gravité du mal, la fréquence des formes hypertoxiques qui ont augmenté. Le sérum, tel qu'il est fabriqué actuellement à l'Institut Pasteur et fourni aux médecins français, est supérieur à celui du début de l'ère sérothérapique, il reste une arme excellente entre les mains du praticien qui l'applique à temps, à bon escient et avec une bonne posologie.

On dit couramment qu'il ne faut pas appliquer sans discrimination à l'homme les résultats fournis par l'expérience sur l'animal. Rien n'est plus vrai, aussi l'auteur a joint aux recherches expérimentales l'étude critique des cas cliniques. Mais, inversement, il est bien dangereux de croire vraisemblables des éventualités que des expériences bien faites ont démontrées impossibles : en matière de sérothérapie antidiphtérique tous les progrès et toute la compréhension même des problèmes dérivent de l'expérimentation poursuivie au laboratoire.

L'avenir apportera, sans doute, de nouveaux progrès à la sérothérapie antidiphtérique ; il n'en reste pas moins que l'effort ne doit pas être ralenti en faveur de l'immunisation active par la vaccination, essayée il y a vingt ans par Behring et que la découverte de l'anatoxine par G. Ramon rend aujourd'hui largement applicable.

L. G.

Le rôle technique du pharmacien dans la protection contre les attaques aériennes, par P. BRUÈRE.

Sous les auspices du *Bulletin des Biologistes pharmaciens*, le Pharmacien Colonel Bruère, spécialiste des questions de protection collective et individuelle, vient de publier la conférence qu'il a faite à Paris (Congrès de Pharmacie de la Maison de la Chimie) et à Bruxelles (Jeune Pharmacie, section du Brabant).

L'auteur montre combien le pharmacien, qui a su conserver et développer la multitechnicité que lui confèrent ses études, est particulièrement qualifié pour concourir à résoudre *pratiquement* et *économiquement* les questions soulevées par la Défense passive du territoire.

Sous la forme concise et précise qui lui est habituelle, il étudie particulièrement :

1° L'aménagement des *abris* ordinaires et sanitaires ;
2° Le choix et l'entretien du *matériel de protection ;*
3° Les opérations de *détection et de neutralisation.*

Plusieurs questions d'actualité, non encore envisagées sur le même plan dans des ouvrages d'ensemble sur le Péril aérien, sont traitées d'une façon concise sous l'angle des réalisations pratiques, en dénonçant le danger des mesures improvisées.

Nous ne doutons pas que cette plaquette, qui intéresse, en symbiose, la grande famille médicale (médecins, pharmaciens, vétérinaires, etc.) ne rencontrera le succès des précédentes publications de l'auteur, auquel nous devons l'installation du *milieu surpressé* et de la *polydétection* dans nos abris sanitaires de la région parisienne.

L. G.

(1) Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ». Grand in-8 de 62 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL? PASTEUR, PARIS (XV?)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

LES CUTIRÉACTIONS A LA TUBERCULINE
CHEZ LES ENFANTS DE 6 A 15 ANS
soignés à la « Clinique médicale des Enfants »
INFLUENCE DE L'AGE ET DU SEXE[1]

Par le professeur P. NOBÉCOURT,
Membre de l'Académie de médecine.

La tuberculose est fréquente chez les enfants. Son dépistage est une des grandes préoccupations des médecins qui les soignent.

Pour ce dépistage, la cutiréaction et l'intradermoréaction à la tuberculine sont des méthodes précieuses.

Réalisées suivant des techniques précises, elles traduisent, quand elles sont positives, la présence de tubercules dans l'organisme, elles permettent, quand elles sont négatives, d'éliminer l'existence de la tuberculose.

Ces propositions comportent quelques exceptions : certains tuberculeux avérés ont des réactions négatives ; certains sujets indemnes ont peut-être des réactions positives. Il faut tenir compte de ces exceptions pour l'interprétation des faits.

La pratique systématique des réactions cutanées à la tuberculine apporte des précisions sur la fréquence de l'infection tuberculeuse chez les enfants. Elle permet d'apprécier l'influence de l'âge, du sexe, du milieu, etc...

Des statistiques nombreuses ont été dressées ; leur valeur est inégale ; elles n'autorisent pas toujours des conclusions. Les citer m'entraînerait dans de longs développements.

Depuis longtemps, tous les enfants soignés dans les salles de médecine générale de la *Clinique médicale des enfants* sont soumis à la cutiréaction ; celle-ci est répétée, au moins chaque mois, pendant le séjour à l'hôpital ; éventuellement, elle est contrôlée par l'intradermoréaction, qui paraît être un peu plus sensible.

Avec le Dr Briskas, assistant hellène de la *Clinique*, nous avons entrepris de dépouiller les observations et de dresser des statistiques. Nos recherches seront exposées dans une série de mémoires.

Je me borne aujourd'hui à étudier les enfants de 6 à 15 ans, c'est-à-dire depuis la septième jusqu'à la quinzième année ; les enfants âgés de 15 ans révolus ne sont pas compris.

***

Notre statistique porte sur 1.989 enfants de 6 à 10 ans, entrés à la *Clinique* du 1er janvier 1921 au 31 décembre 1935, et sur 1.776 enfants de 10 à 15 ans, entrés du 1er janvier 1921 au 31 décembre 1934, soit sur un total de 3.765 enfants de 6 à 15 ans.

Pour donner une idée générale du comportement des CR au cours de la période envisagée, voici les constatations faites, chez les GARÇONS et les FILLES RÉUNIS pendant les septième, dixième et quinzième années.

Pendant la *septième année*, sur 524 enfants, 205, soit 39,1 %, ont des CR positives.

Pendant la *dixième année*, sur 451 enfants, 225, soit 49,8 %, ont des CR positives.

(1) *Clinique médicale des Enfants* (Hôpital des Enfants-Malades.) — Leçon du samedi 14 mars 1936.

Pendant la *quinzième année*, sur 510 enfants, 372, soit 72,9 %, ont des CR positives.

Somme toute :

1° Pendant la septième année, 39 % des enfants ont déjà des CR positives ; ils ont été infectés avant 7 ans.

2° Le pourcentage des CR positives augmente de 10 de la septième à la dixième année, augmente de 23 de la dixième à la quinzième année. Les infections nouvelles, relativement rares pendant la première phase, offrent une recrudescence pendant la seconde.

3° Le pourcentage des CR positives est beaucoup plus élevé pendant la quinzième que pendant la septième année : la différence est de 33,8. Déjà, pendant la septième année, 39,9 % des enfants ont des CR positives. Il y a donc moins d'infections après 7 ans qu'avant 7 ans.

Pour ne pas abuser des chiffres, je n'envisage plus l'ensemble des garçons et des filles réunis, mais séparément les garçons et les filles.

J'étudie, pour les uns et les autres, les pourcentages par années d'âge.

***

Envisageons les GARÇONS.

Leur nombre est de 2.093 ; 1.153 sont âgés de 6 à 10 ans ; 940 de 10 à 15 ans.

Dans le tableau suivant, nous donnons, pour chaque année d'âge, le nombre des garçons, le nombre des sujets ayant des CR positives, le pourcentage de ces dernières.

Age.	Nombre des garçons.	Nombre des CR + Global.	%
7e année	304	112	36,8
8e année	327	128	39
9e année	262	126	48
10e année	260	129	49,5
11e année	151	86	56,9
12e année	204	121	59,3
13e année	168	106	63
14e année	159	100	62,8
15e année	258	187	72,4

Dans la *septième année*, 36,8 % des garçons ont des CR positives.

De *la septième année*, où il est de 36,8, à *la quinzième année*, où il atteint 72,4, le pourcentage des CR positives augmente d'une façon continue, d'une année à l'autre, mais non d'une façon égale chaque année.

Il y a des années où l'augmentation est forte :

9	pendant la neuvième année,
7,4	— onzième année,
9,6	— quinzième année.

Il y a des années où l'augmentation est faible :

2,2	pendant la huitième année,
1,5	— dixième année,
2,4	— douzième année,
3,7	— treizième année.

Pendant la quatorzième année, qui fait exception, le pourcentage ne change pas.

Au total, de la septième à la quinzième années :

1° Le pourcentage des CR positives augmente de 35,6.

2° L'augmentation s'effectue principalement par

poussées pendant les neuvième, onzième et quinzième années.

Envisageons maintenant les FILLES.

Leur nombre total est de 1.672 : 836 sont âgées de 6 à 10 ans, 836 de 10 à 15 ans.

Dans le tableau suivant, nous donnons, pour chaque année d'âge, le nombre des filles, le nombre des sujets ayant des CR positives, le pourcentage de ces dernières.

Age.	Nombre des filles.	Nombre des CR + Global.	%
7e année	220	93	42,2
8e année	215	108	50,2
9e année	210	113	53,8
10e année	191	96	50,2
11e année	118	76	64,4
12e année	155	102	65,8
13e année	147	87	59,1
14e année	164	115	70
15e année	252	185	73,4

Dans la *septième année*, 42,2 % des filles ont des CR positives.

De la *septième année*, où il est de 42,2, à la *quinzième année*, où il atteint 73,4, le pourcentage des CR positives augmente de façon discontinue. Il y a des années où il augmente beaucoup, d'autres où, au contraire, il diminue.

Il existe trois poussées.

La première poussée se produit pendant :

La huitième année, où le pourcentage augmente de... 8
La neuvième — — — de... 3,6

Elle est suivie pendant la dixième année, d'une diminution de 3,6 du pourcentage.

La deuxième poussée se produit pendant :

La onzième année, où le pourcentage augmente de... 14,2
La douzième — — — de... 1,4

Elle est suivie, pendant la treizième année, d'une diminution de 6,7 du pourcentage.

La troisième poussée se produit pendant :

La quatorzième année, où le pourcent. augmente de. 10,9
La quinzième — — — de. 3,4

Cette modalité d'augmentation du pourcentage des CR par poussées est très caractérisée.

Pour chaque poussée, l'augmentation est forte pendant une année, faible pendant la suivante ; elle fait place à une diminution pendant la troisième.

Pendant les deux années, l'augmentation est de :

11,6 pour la première poussée,
15 6 pour la deuxième poussée,
14,3 pour la troisième poussée.

Mais, comme chacune des deux premières poussées est suivie d'une diminution du pourcentage, au total, de la septième à la quinzième années, le pourcentage des CR positives n'augmente que de 31,2.

Quand on COMPARE LES POURCENTAGES DES CR POSITIVES CHEZ LES GARÇONS ET LES FILLES, on remarque des différences notables.

1° Pendant la *septième année*, le pourcentage est plus faible chez les garçons (36,8) que chez les filles (42,2).

De *la septième à la quinzième années*, le pourcentage augmente plus chez les garçons que chez les filles : l'augmentation est de 35,6 chez les premiers, de 31,2 chez les secondes.

Pendant la *quinzième année*, le pourcentage diffère peu chez les garçons (72,4) et chez les filles (73,4).

2° De *la septième à la quinzième années*, on note trois poussées d'augmentation des pourcentages annuels.

A chaque poussée, il y a une forte augmentation pendant la première année ; l'augmentation est plus forte chez les filles que chez les garçons.

Pendant la deuxième année, il y a encore une légère augmentation.

Puis, pendant la troisième année, il se produit, chez les filles seulement, une diminution du pourcentage.

Les années, où se font les augmentations maxima du pourcentage, sont :

Pour les garçons : la neuvième, la onzième et la quinzième,
Pour les filles : la huitième, la onzième et la quatorzième.

Il n'y a donc concordance que pour la onzième année.

Cette onzième année, mise à part, les années où le pourcentage augmente fortement pour les garçons correspondent à des augmentations faibles pour les filles, et inversement.

	Garçons.	Filles.
Huitième année	+2,2	+ 8
Neuvième année	+9	+ 3,6
Quatorzième année	0	+10,9
Quinzième année	+9,6	+ 3,4

Les années où le pourcentage diminue chez les filles, celui-ci augmente faiblement chez les garçons.

	Filles.	Garçons.
Dixième année	−3,6	+1,5
Treizième année	−6,7	+3,7

De ces comparaisons il résulte deux ordres de faits :

a) Pendant la onzième année, il se produit, chez les garçons et les filles, une poussée d'augmentation des CR positives ; elle est précédée, pendant la dixième année, d'une augmentation très faible chez les garçons, d'une diminution chez les filles. A cette époque, il y a donc synchronisme entre les sexes.

b) Pendant les autres années, il y a asynchronisme. Les fortes poussées d'augmentation se produisent une année plus tôt chez les filles (huitième et quatorzième) que chez les garçons (neuvième et quinzième).

L'asynchronisme est particulièrement grand pendant la quatorzième année : le pourcentage des filles augmente de 10.9 ; celui des garçons ne change pas.

Somme toute, chez les enfants de 6 à 15 ans, l'influence du sexe sur le pourcentage des CR positives est très manifeste, sauf pendant la onzième année.

*
* *

Il faut INTERPRÉTER LES CUTIRÉACTIONS.

Les CR positives se rencontrent :

1° Chez des enfants atteints de tuberculoses en activité, soit avérées, soit discrètes ou même occultes ;

2° Chez des enfants, dont la tuberculose n'est pas en activité et est généralement difficile à découvrir.


STIMULANT HEPATO-RENAL
ANTISCLEROSANT
DIURETIQUE
CHOPHYTOL
GOUTTES
10 gouttes = 1 dragée
RETENTION AZOTÉE ET CHOLESTERINIQUE;
MANIFESTATIONS GÉNÉRALES, DIGESTIVES, CUTANÉES ETC. DE L'INSUFFISANCE HEPATIQUE;
DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT.
..... ET TOUTES LES INDICATIONS DU
CHOPHYTOL-dragées
CHOPHYTOL
GOUTTES
10 A 40 GOUTTES
1 A 3 FOIS PAR JOUR
FLACON COMPTE-GOUTTES
SPECIAL ET BREVETE
LABORATOIRES ROSA, 11, RUE ROGER BACON — PARIS 17e ARRT
"La feuille d'artichaut en thérapeutique"

QUAND LA TUBERCULOSE EST EN ACTIVITÉ, les CR sont généralement positives ; elles sont parfois négatives, du fait d'un état d'anergie.

Chez les GARÇONS ET LES FILLES RÉUNIS, nous comptons :

De 6 à 10 ans, sur 1.989 enfants, 203 tuberculeux actifs, soit .... 10,2 %

De 10 à 15 ans, sur 1.776 enfants, 293 tuberculeux actifs, soit .... 16,4 %

Le pourcentage des tuberculoses en activité est donc plus faible chez les enfants de 6 à 10 ans que chez les enfants de 10 à 15 ans.

Chez les tuberculeux en activité, certains ont des CR négatives, sont en état d'anergie. Le pourcentage est le suivant :

Parmi les 203 tuberculeux actifs de 6 à 10 ans, 185 (91,1 %) ont des CR positives, 18 (8,8 %), des CR négatives.

Parmi les 293 tuberculeux, de 10 à 15 ans, 280 (95,5 %) ont des CR positives, 13 (4,4 %), des CR négatives.

Dans les statistiques suivantes, nous comprenons tous les tuberculeux en activité, que les CR soient positives ou négatives.

Nous étudions séparément les garçons et les filles.

D'abord les GARÇONS.

Dans le tableau suivant, nous donnons, pour chaque année d'âge, le nombre des garçons, le nombre des tuberculeux en activité et le pourcentage de ces derniers.

Age.	Nombre des garçons.	Nombre des tuberculeux en activité Global.	%
7e année	304	26	8,5
8e année	327	27	8,2
9e année	262	34	12,9
10e année	260	23	8,8
11e année	151	14	9,2
12e année	204	30	14,7
13e année	168	27	16
14e année	159	25	16,2
15e année	258	43	16,6

Dans la *septième année*, 8,5 % des garçons ont des tuberculoses en activité.

De la *septième* à la *quinzième années*, le pourcentage des tuberculoses en activité augmente, d'une année à l'autre, d'une façon continue mais inégale.

On peut distinguer trois phases.

La première phase va de 6 à 11 ans. Le pourcentage passe de 8,5 dans la septième année à 9,2 dans la onzième. L'augmentation est de 0,7, presque nulle. Pendant la neuvième année, il se produit une poussée à 12,9.

La deuxième phase va de 11 à 13 ans. Le pourcentage passe de 9,2 pendant la onzième année à 16 pendant la treizième. L'augmentation est de 6,8, assez forte.

La troisième phase va de 13 à 15 ans. Le pourcentage passe de 16 pendant la treizième année, à 16,6 pendant la quinzième. L'augmentation est de 0,6 presque nulle.

Au total, de la septième à la quinzième années, le pourcentage passe de 8,5 à 16,6. L'augmentation est de 8,1 ; elle se fait principalement pendant la douzième année. Il y a une poussée pendant la neuvième année ; mais elle est passagère.

Passons aux FILLES.

Dans le tableau suivant, nous donnons, pour chaque année d'âge, le nombre des filles, le nombre des tuberculeuses en activité et le pourcentage de ces dernières.

Age.	Nombre des filles.	Nombre des tuberculeuses en activité Global.	%
7e année	220	26	11,8
8e année	215	29	13,4
9e année	210	23	10,8
10e année	191	15	7,8
11e année	118	19	16,1
12e année	155	19	12,2
13e année	147	18	12,2
14e année	164	33	20,1
15e année	252	65	25,7

Dans la *septième année*, 11,8 % des filles ont des tuberculoses en activité.

De la *septième à la quinzième années*, le pourcentage des tuberculoses en activité augmente d'une façon très irrégulière.

On peut distinguer deux phases.

La première phase va de 6 à 13 ans. Le pourcentage passe de 11,8 dans la septième année à 13,3 dans la treizième. L'augmentation est de 1,5, très faible. Pendant la période, le pourcentage varie d'une année à l'autre ; son maximum est de 16,1 pendant la onzième année, son minimum de 7,8 pendant la dixième.

La seconde phase va de 13 à 15 ans. Le pourcentage passe de 13,3 dans la treizième année à 25,7 dans la quinzième. L'augmentation est de 12,4, très forte ; elle l'est surtout pendant la quatorzième année.

Au total, de la septième à la quinzième années, le pourcentage passe de 11,8 à 25,7. L'augmentation est de 13,9. Elle se fait principalement pendant la quatorzième et la quinzième années. Il y a une poussée pendant la quatorzième année.

Quand on compare les POURCENTAGES DES TUBERCULOSES ACTIVES CHEZ LES GARÇONS ET LES FILLES, on remarque des différences appréciables.

1° Pendant la *septième année*, le pourcentage est plus faible chez les garçons (8,5) que chez les filles (11,8).

De *la septième à la quinzième années*, le pourcentage augmente moins chez les garçons (+8,1) que chez les filles (+13,9).

Pendant la *quinzième année*, le pourcentage est beaucoup moins élevé chez les garçons (16,6) que chez les filles (25,7).

2° De la *septième à la quinzième années*, le pourcentage annuel des tuberculoses actives subit des variations qui tantôt concordent, tantôt ne concordent pas chez les garçons et les filles.

L'asynchronisme est la règle.

D'abord le pourcentage augmente peu ; cette faible augmentation dure, chez les garçons jusqu'à la onzième année, chez les filles jusqu'à la treizième.

Ensuite, le pourcentage présente une augmentation importante. Celle-ci se produit, chez les garçons, pendant les douzième et treizième années ; chez les filles,

pendant les quatorzième et quinzième années. Elle est plus forte chez celles-ci que chez ceux-là.

Enfin, chez les garçons seuls, le pourcentage augmente peu pendant les quatorzième et quinzième années, c'est-à-dire à la fin de l'enfance, tandis que, chez les filles, nous venons de le voir, il augmente beaucoup à cette époque.

L'asynchronisme est donc particulièrement frappant pendant les quatorzième et quinzième années. Il se retrouve quand on compare, année par année, les pourcentages durant toute la période, notamment pendant les onzième et douzième années ; sur l'année précédente, les différences des pourcentages sont :

	Garçons.	Filles.
Onzième année........	+0,4	+8,3
Douzième année.......	+5,5	−3,9

On ne constate de synchronisme que pendant la dixième année : durant celle-ci, le pourcentage des tuberculoses actives est sensiblement le même chez les garçons (8,8) et chez les filles (7,8).

Chez les enfants de 6 à 15 ans, le sexe exerce donc une influence manifeste sur les pourcentages des tuberculoses actives.

Après avoir étudié les enfants atteints de tuberculoses en activité, il faudrait envisager ceux qui sont porteurs de TUBERCULOSES INACTIVES.

On obtient leur nombre en soustrayant du total des sujets ayant des CR positives, le total des sujets à CR positives ayant des tuberculoses en activité.

Je n'ai pas le loisir d'aborder cette étude dans ma leçon.

***

Aujourd'hui je veux surtout attirer l'attention sur l'influence qu'exerce le SEXE sur la fréquence des CR positives à la tuberculine et des tuberculoses en activité, chez les enfants de 6 à 15 ans.

Cette influence est évidente dans les statistiques que je viens de citer.

Elle a été déjà signalée à diverses reprises.

Dans ma leçon du 28 janvier 1928 sur *Evolution pubertaire et tuberculose pulmonaire chez les filles*, qui est dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré à *La tuberculose*, je cite les opinions de quelques auteurs.

En 1843, Rilliet et Barthez écrivent que, de 6 à 10 ans, pour les filles comme pour les garçons, 74 % des décès sont dus à la tuberculose ; que, de 11 à 15 ans, la tuberculose cause 75 % des décès des filles, 60 % des décès des garçons.

En 1922, Arnould rapporte qu'il meurt par tuberculose pour 10.000 habitants :

	Garçons.	Filles.
En Angleterre et dans le pays de Galles :		
De 5 à 10 ans.....	1,5	2,0
De 10 à 15 ans.....	1,7	4,4
En Allemagne :		
De 5 à 10 ans.....	3,78	4,87
De 10 à 15 ans.....	4,04	6,75

Ces statistiques ne sont pas démonstratives du point de vue qui m'occupe. Il faudrait, en effet, des statistiques établissant le nombre de morts pour un nombre donné de sujets du même âge et du même sexe.

Il convient de rechercher *par quels processus le sexe exerce son influence.*

Deux ordres de facteurs interviennent :

1° Des facteurs endogènes ;

2° Des facteurs exogènes.

Envisageons d'abord les FACTEURS ENDOGÈNES, c'est-à-dire les facteurs dépendant de la constitution des enfants.

Les phénomènes les plus caractéristiques sont : l'accroissement du corps, plus particulièrement la *croissance staturale*, et la *puberté*.

Il faut comparer à chacun de ces phénomènes, pour les garçons et pour les filles, les pourcentages des CR positives et les pourcentages des tuberculoses en activité.

Le rythme de la **croissance staturale** est différent suivant le sexe.

Chez les *garçons*, la croissance staturale est relativement faible de 6 à 12 ans, avec un minimum pendant les onzième et douzième années ; elle s'accélère de 12 à 16 ans.

Chez les *filles*, elle est relativement faible de 6 à 9 ans, avec un minimum pendant la neuvième année ; elle s'accélère pendant les dizième, onzième et douzième années ; puis elle se ralentit pendant la treizième, la quatorzième et surtout la quinzième années.

Comparons les *courbes de la croissance staturale et celles des CR positives.*

Chez les garçons, les pourcentages des CR positives augmentent pendant la neuvième et la onzième années, alors que la croissance staturale se poursuit régulièrement et même se ralentit pendant les onzième et douzième années ; ils augmentent pendant la quinzième année, alors que la poussée de croissance débute à 12 ans.

Chez les filles, les pourcentages des CR positives augmentent dans les huitième et neuvième années, alors que la croissance staturale est faible ; ils augmentent pendant la onzième année, augmentent peu pendant la douzième et diminuent pendant la treizième, alors que la poussée de croissance se fait de 9 à 12 ans ; ils augmentent beaucoup pendant la quatorzième année, alors que la croissance se ralentit.

Comparons les *courbes de la croissance staturale et celles des tuberculoses actives.*

Chez les garçons, les pourcentages augmentent pendant la neuvième année, alors que la croissance se poursuit régulièrement ; ils augmentent pendant la douzième année, alors que la croissance est à son minimum.

Chez les filles, les pourcentages fléchissent pendant la dixième année, augmentent pendant la onzième, fléchissent pendant la douzième, alors que la poussée de croissance s'effectue de 9 à 12 ans ; ils augmentent pendant les quatorzième et quinzième années, à une zième année, alors que la croissance se ralentit.

On ne constate donc pas de relation entre les poussées de croissance staturale et les augmentations des pourcentages des CR positives, d'une part, des tuberculoses en activité, d'autre part.

Déjà, dans ma leçon du 28 janvier 1928, je disais « que la croissance staturale, dans la majeure partie des cas, n'a pas d'influence sur l'apparition de la tuberculose pulmonaire pendant la période pubertaire ».

La **puberté** évolue de 14 ans et demi à 17 ans et demi chez les garçons, de 12 à 15 ans chez les filles ; son éclosion est à 15 ans et demi chez les premiers, à 13 ans (instauration des premières règles) chez les secondes.

Pour les *garçons*, nos statistiques s'arrêtent à 15 ans, c'est-à-dire trop tôt pour juger de l'influence de la puberté. Le pourcentage des CR positives augmente pendant la quinzième année, avant la puberté ou à son début, celui des tuberculoses actives pendant les douzième et treizième années, avant la puberté.

Pour les *filles*, les pourcentages des CR positives et des tuberculoses actives augmentent pendant la quatorzième et la quinzième années, c'est-à-dire pendant la période pubérale et après l'instauration des règles.

Cette augmentation de fréquence des tuberculoses actives se retrouve dans la statistique de Rilliet et Barthez, ainsi que dans celle d'Arnould, que je rappelais tout à l'heure.

Dans ma leçon du 28 janvier 1928, j'ai dit également que, sur 100 filles âgées de 11 à 15 ans, entrées à la salle Parrot pour tuberculose pulmonaire :

31 sont âgées de 11 ans à 12 ans 11 mois
68 — de 13 ans à 14 ans 11 mois

Il est donc permis de se demander si l'augmentation de fréquence des tuberculoses en activité chez les filles de 13 à 15 ans, augmentation qui ne se retrouve pas chez les garçons du même âge, n'est pas le fait de l'évolution pubérale.

D'aucuns le pensent. « La menstruation, écrit Daremberg, peut être l'occasion de l'instauration de la phtisie. »

Mais le fait ne doit cependant être admis sans discussion, comme nous allons le voir.

Les problèmes posés par l'influence de la croissance staturale et de la puberté sur la fréquence des tuberculoses actives sont complexes.

Les méthodes statistiques ne permettent pas de les résoudre. Elles supposent que tous les enfants sont conformes aux moyennes et vivent dans les mêmes conditions. Cette supposition est loin de la réalité. Beaucoup d'enfants d'un même âge sont très différents les uns des autres ; seule l'étude attentive des individus est vraiment instructive pour l'interprétation des phénomènes biologiques.

Pour la *taille*, il y a des croissances staturales rapides ou lentes, des hypertrophies et des hypotrophies staturales. Or on rencontre des tuberculeux chez des enfants de tailles très diverses.

On a avancé que l'hypercroissance staturale et une haute taille prédisposaient à la tuberculose. Or une étude attentive de quelques sujets m'a permis de conclure, dans ma leçon du 17 janvier 1931, sur *Hautes statures et tuberculose pulmonaire dans l'enfance*, leçon qui se trouve dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines* : « L'existence, dans l'enfance et la jeunesse, d'une prédisposition à la tuberculose pulmonaire réalisée par une haute stature me paraît très problématique ».

Il convient de distinguer les hautes statures physiologiques et les hautes statures pathologiques. Celles-ci, dont une modalité fréquente est l'hypertrophie staturale du type Hutinel, témoignent d'une dystrophie générale ; c'est cette dystrophie et non la haute stature qui peut prédisposer à la tuberculose.

La *puberté* prête à des considérations de même ordre.

Comme je l'ai dit dans ma leçon du 28 janvier 1928, si la fille est en bonne santé et observe les règles de l'hygiène, « l'évolution pubertaire régulière ne paraît pas favoriser le développement de la tuberculose pulmonaire ».

On a incriminé les troubles de la menstruation et notamment les ménorragies et les métrorragies. Beaucoup de filles en présentent qui ne deviennent pas tuberculeuses. Il convient de distinguer celles qui sont d'ordre physiologique et celles qui sont d'ordre pathologique. Si, dans ce dernier cas, la fille devient tuberculeuse, c'est plutôt du fait du trouble général résultant du facteur pathologique que des hémorragies elles-mêmes. Des filles atteintes d'aménorrhée ou de dysménorrhée peuvent aussi bien se tuberculiser.

L'organisme des enfants est, du fait de l'accroissement qui les caractérise, en état d'équilibre instable. Les périodes de croissance rapide et de puberté exagèrent cette instabilité. Si ces phénomènes évoluent dans des conditions physiologiques, ils ne prédisposent pas les enfants à la tuberculose. Mais si des tares héréditaires ou acquises, des maladies, des fautes d'hygiène interviennent, l'organisme est plus facilement et plus fortement troublé pendant ces périodes qu'à d'autres, le terrain peut devenir plus favorable à une évolution tuberculeuse.

Les FACTEURS EXOGÈNES jouent un rôle important: Le *milieu* où vit l'enfant, le *genre de vie* qu'il mène, l'exposent plus ou moins à la contagion, d'une part, contribuent plus ou moins à la débilitation de son organisme, d'autre part.

A partir de 6 ans, quand les enfants fréquentent l'école, à partir de 13 ou 14 ans quand ils travaillent à l'usine, à l'atelier, au magasin ou au bureau, ils se mêlent de plus en plus à la population et sont exposés de plus en plus à la contagion. Les mêmes circonstances se retrouvent pour les deux sexes ; si dans la septième année, le pourcentage des CR positives est plus élevé chez les filles, à partir de 10 ans, il est le même dans les deux sexes.

Les changements dans les conditions d'existence peuvent expliquer l'augmentation du pourcentage des tuberculoses actives à la fin de l'enfance. L'enfant, qui quitte l'école où il mène, somme toute, une existence calme et régulière dans des conditions d'hygiène assez satisfaisantes, travaille dès lors dans des conditions souvent mauvaises ; il est souvent privé d'air, de soleil et contraint à de longues heures de présence. A ces circonstances s'ajoute dans bien des cas une alimentation défectueuse.

Si l'enfant continue à fréquenter l'école, intervient le travail scolaire souvent plus fatigant que pendant

les années précédentes du fait de la préparation d'examens ou de concours.

Ces facteurs contribuent à augmenter le pourcentage des tuberculoses actives, principalement chez les filles, pour les raisons que j'ai exposées tout à l'heure.

Arnould a écrit justement, à propos de l'augmentation de la mortalité par tuberculose à la fin de l'enfance : « La cause en est la participation des enfants au travail de l'usine ou des champs, au sortir de l'école, bien plutôt qu'à l'évolution physiologique sur le compte de laquelle on a trop volontiers voulu mettre ce fâcheux état de choses ».

Les facteurs exogènes jouent certainement un grand rôle. Toutefois, il ne faut pas méconnaître l'importance des facteurs endogènes. Les variations dans les pourcentages des CR positives et des tuberculoses actives suivant les années, les différences que présentent ces pourcentages chez les garçons et les filles, témoignent de l'intervention de facteurs tenant à l'âge et au sexe.

Facteurs endogènes et facteurs exogènes s'intriquent. Il convient de chercher à préciser la part respective des uns et des autres dans la réalisation de l'infection tuberculeuse et dans l'activation de la tuberculose.

***

Retenez les DONNÉES ESSENTIELLES des statistiques que je viens de relater :

1° *Le pourcentage des CR positives à la tuberculose* est déjà élevé pendant la septième année ; il augmente peu de 7 à 10 ans, beaucoup de 10 à 15 ans.

Dans la septième année, il est plus fort chez les filles que chez les garçons ; dans la dixième et la quinzièmes années, il est sensiblement le même dans les deux sexes.

L'infection tuberculeuse est réalisée surtout avant 7 ans et de 10 à 15 ans. Avant 7 ans, elle est plus fréquente chez les filles que chez les garçons ; ensuite elle s'effectue, de 7 à 10 ans, plus souvent chez les garçons que chez les filles, de 10 à 15 ans également dans les deux sexes.

2° Le *pourcentage des tuberculoses actives* est relativement faible dans la septième année ; il est alors plus élevé chez les filles que chez les garçons.

Il augmente peu de la septième à la dixième années chez les garçons, à la treizième année chez les filles ; pendant cette période il augmente notablement certaines années sans que ces poussées modifient la proposition précédente.

Des augmentations définitives se produisent, chez les garçons, pendant les onzième et douzième années, chez les filles pendant les quatorzième et quinzième années. Dans la quinzième année, le pourcentage est nettement plus élevé pour les filles que pour les garçons ; l'écart est plus grand que dans la septième année.

3° L'*âge* et le *sexe* exercent donc une influence manifeste sur les pourcentages des CR positives et des tuberculoses actives. Cette influence est due à des facteurs endogènes et à des facteurs exogènes intriqués.

MALADIE DE FRIEDREICH ET SPÉCIFICITÉ CONGÉNITALE

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer, avec le Dr Rouèche (1), un cas de maladie de Friedrich semblant liée à une syphilis congénitale.

OBSERVATION. — B... (Madeleine), 15 ans, vient nous consulter pour troubles moteurs datant de trois à quatre ans. Sans cause, insidieusement, se sont installés une gêne de la marche, une sensation de fatigue rapide dès qu'elle a fait quelques pas et, plus récemment, du steppage.

Actuellement, voici quel est son état.

Les seuls troubles *moteurs* consistent en un léger steppage, plus accusé à gauche. La force segmentaire est normale aux membres inférieurs, un peu diminuée pour les mains et pour le mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras. Mais il n'existe aucun phénomène pyramidal, aucun trouble cérébelleux, abstraction faite d'un léger signe de Holmes-Stewart à gauche et d'un peu d'hypotonie dans l'épreuve du ballottement des mains. On ne constate, non plus, aucune paralysie des nerfs moteurs craniens.

Autrement marqués sont les troubles *trophiques*, au premier rang desquels il faut placer les *mains botes* et les *pieds bots*. Les doigts, surtout les cinquièmes, sont en flexion excessive et leur extension complète est impossible. Essaye-t-on de poser les mains à plat, on ne peut y arriver, les articulations phalango-phalanginiennes conservant leur angulation : aussi la main est-elle creuse. A cette attitude en griffe, intéressant aussi, quoique moins, les quatrièmes doigts, se joignent : 1° un raccourcissement anormal des cinquièmes doigts ; 2° une atrophie légère des éminences thénar et hypothénar ; 3° une limitation discrète de l'extension de la main sur le poignet. Les pieds sont creux, la voûte étant plus excavée, leur face dorsale, plus bombée que normalement ; le gros orteil est en extension, les autres sont dans une situation analogue, mais moins marquée.

Il existe une légère *scoliose dorso-lombaire*, avec inclinaison du bassin sur la hanche.

Les *réflexes tendineux* sont tous *abolis*, tant aux membres supérieurs qu'aux inférieurs. Quant aux réflexes de *posture* du membre supérieur, ils sont diminués à gauche, normaux à droite. Le réflexe cutané plantaire est indifférent.

La *sensibilité générale* est conservée dans son ensemble. Il n'y a, non plus, ni gros troubles visuels : nystagmus, stase papillaire (Coutela), ni surdité, ni troubles de réactions vestibulaires (Halphen). La *parole* n'est pas modifiée.

Intelligence et *caractère* n'offrent aucune particularité digne d'être mentionnée.

Les *sphincters* fonctionnent normalement.

A la *ponction lombaire*, *hyperalbuminose* à 0,50 cgr.

A l'*examen électrique*, pratiqué par M. Fischgold, *augmentation considérable des chronaxies* aux avant-bras et aux jambes.

Le *métabolisme* basal est normal, les *glandes vasculaires sanguines* apparemment *intactes*.

L'*état général* est satisfaisant. La malade est réglée depuis trois ans. A l'*électrocardiogramme*, aucune anomalie importante.

De par les signes constatés : aréflexie tendineuse, mains botes, pieds bots, cyphoscoliose, augmentation

(1) L. BABONNEIX et ROUÈCHE. Maladie de Friedreich liée à la spécificité congénitale, *Soc. de pédiatrie*, 17 mars 1936.

des chronaxies, et malgré l'absence de certains signes, tels que nystagmus, troubles de la parole, ataxie statique, le diagnostic de maladie de Friedrich ne semble pas discutable. Il a d'ailleurs été confirmé par tous les neurologistes qui ont bien voulu examiner l'enfant avec nous : MM. Lhermitte, Mollaret, Sigwald. Mais pourquoi ce cas isolé, pourquoi cette absence de caractère familial ?

L'enquête devait nous fournir, sur ce point, des renseignements du plus haut intérêt. D'abord la mère peut être considérée comme une *tabétique fruste* : il existe, en effet, chez elle, une abolition totale des réflexes. En second lieu, le médecin-chef de l'asile où est internée la grand'mère maternelle a bien voulu nous faire savoir que cette dame présente tous les signes cliniques et humoraux, y compris le caractère positif de la réaction de B.-W. du liquide céphalo-rachidien, de la *paralysie générale*. Enfin, le 11 décembre 1935, la jeune malade est venue nous consulter pour une *onyxis* du bord libre de l'ongle du gros orteil droit. M. Milian, qui l'a vue à ce moment, a non seulement confirmé notre diagnostic d'onyxis syphilitique, mais encore il nous a fait observer que, sur les ongles, existaient, d'une part, des arcs lilas, de l'autre, de nombreuses érosions ponctuées. Ainsi donc, et quoique la réaction de Bordet-Wassermann (non précédée de réactivation, il est vrai) ait été négative, il est hors de doute que Mlle B est atteinte de spécificité congénitale.

***

Grand'mère maternelle paralytique générale, mère tabétique fruste, constatation, chez la malade, de lésions unguéales typiques, voilà, semble-t-il, autant d'arguments qui permettent de rattacher la maladie de Friedreich, dans ce cas, à l'action du tréponème. Le fait est d'autant plus intéressant qu'il est plus rare.

Voici, en effet, les principaux cas de ce genre que l'on peut relever dans la littérature (1).

1900. — WICKEL (2). — La syphilis paternelle a été soupçonnée.

1902. — BAYET (3). — La mère a fait cinq fausses couches et, chez tous les enfants vivants existent des signes de spécificité congénitale : cicatrices des commissures labiales, cicatrices cutanées, opacités cornéennes. Un était, en plus, porteur de deux gommes, occupant, l'une, l'amygdale, et l'autre, la région calcanéenne : l'une et l'autre cédèrent rapidement au traitement.

1908. — GIANELLI (4). Le cas concerne un sujet atteint de maladie de Friedreich et que l'on peut, de par la clinique, considérer comme hérédo-syphilitique.

1911. — LAMBRIOR (5). — La réaction de Bordet-Wassermann était positive pour le sang.

(1) V. Pour les cas antérieurs à 1905, LECOUFFE. De l'origine hérédo-syphilitique de certains cas de maladie de Friedreich, *Th. Lille*, 1905.

(2) WICKEL. *Münch. med. Woch.*, 20, XI, 1900.

(3) BAYET. Maladie de Friedreich et hérédo-syphilis, *Annales Société belge de neurologie*, 1902, 8, et *Journal de neurologie de Bruxelles*, 1902.

(4) GIANELLI. Eredolue. Syudrome de Friedreich, 1er *Congrès italien de Neurologie*. Naples, 8 avril 1908 et Beitrage zum Studium der hereditaren Lues, *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1911, I.

(5) LAMBRIOR. *Revue neurologique*, 1913, I, n° 2, p. 57.

1912. — André THOMAS (1). — La même réaction était nettement positive pour le sang et douteuse pour le liquide céphalo-rachidien (Jumentié).

1913. — SCHOB. (2). — Dans la première observation, il s'agit d'un enfant de cinq ans et demi, dont le père était paralytique et la mère, démente précoce. En faveur de la syphilis, on peut faire valoir des arguments de certitude : réaction de Wassermann positive pour le sang, et de probabilité : lésions du nerf optique, paralysies oculo-motrices, troubles de la parole, présence d'ictus. Le second cas concerne une femme de 28 ans, chez laquelle la pupille est immobile.

1913. — H. CLAUDE et ROUILLARD (3). — Le malade était atteint de troubles intellectuels rappelant la paralysie générale. Chez lui, le liquide céphalo-rachidien était le siège de réactions caractéristiques : hyperalbuminose, lymphocytose légère, réaction de Bordet-Wassermann totalement positive, tandis que, pour le sang, elle ne l'était que partiellement.

1921. — Marcel PINARD (4). — On constate, chez le malade, de l'axyphoïdie, de l'adhérence du lobule de l'oreille et de l'anémie. La réaction de Bordet-Wassermann, négative pour elle, est positive pour sa mère et pour deux de ses frères et sœurs.

1922-1923. — LINDER (5). — Chez une fillette de six ans et demi, atteinte de maladie de Friedreich, la syphilis congénitale est prouvée, dit l'auteur, par l'existence d'une réaction de Bordet-Wassermann, fortement positive pour le sang, par l'action du traitement, et, accessoirement, par la notion d'avortements antérieurs chez la mère.

1924. — GUILLAIN, ALAJOUANINE et HUGUENIN (6). — Dans ce cas atypique (existence d'une paraplégie spasmodique, d'une monoplégie brachiale droite, d'atrophies musculaires disséminées), il existait quelques raisons de soupçonner une syphilis héréditaire : (évolution par poussées, rétinite pigmentaire, hyperalbuminose et réaction colloïdale anormale du liquide céphalo-rachidien). A noter, de plus, que la mère avait fait une fausse couche à sa première grossesse et avait eu ensuite une grossesse gémellaire.

1927. — BENELLI, ZUCCARELLI, FOURTEAU et DONATI (7). — Il s'agit d'une maladie de Friedreich avec réaction de Bordet-Wassermann positive pour le sang et pour le liquide céphalo-rachidien, lequel était le siège d'une lymphocytose abondante.

1928. — Henri ROGER, SIMÉON et Mlle COULANGE (8). — Le cas de ces auteurs concerne un écolier chez lequel la maladie a débuté à la suite d'une méningo-encéphalite, très probablement liée à l'hérédo-syphilis, ainsi qu'en témoi-

(1) ANDRÉ THOMAS. Maladie de Friedreich, *Revue neurologique*, 1912, I, p. 309.

(2) SCHOB. Ueber die Friedreich'sche Erkrankung, ähnliche Krankheitsbilder der hereditarien Lues, *Zeitschr f. die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1913, XV, 1 et 2.

(3) H. CLAUDE et ROUILLARD. Syphilis cérébro-spinale avec syndrome ataxo-cérébelleux de type Friedreich, *Soc. de Neurol.*, 8 mai 1913, in *Revue Neurol.*, 1913, I, p. 705.

(4) Marcel PINARD. Maladie de Friedreich, Syphilis familiale ignorée, *Soc. de dermat.*, 1921, p. 355 des *Bulletins*.

(5) LINDER. Syphilis congénitale évoluant sous la forme d'une ataxie héréditaire, *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1922-1923, t. C, p. 65.

(6) G. GUILLAIN, Th. ALAJOUANINE et R. HUGUENIN. Sur l'origine hérédo-syphilitique probable d'une affection ayant les caractères cliniques d'une maladie familiale atypique, *Revue neurol.*, 1924, I, p. 822-825.

(7) BENELLI, ZUCCARELLI, FOURTEAU et DONATI. Maladie de Friedreich. Infantilisme. Spécificité, *Marseille méd.*, 5 juillet, p. 20.

(8) H. ROGER, SIMÉON et Mlle COULANGE. Maladie de Friedreich avec main bote, hérédo-syphilis, *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 18 nov. 1927 et *Gazette des Hôp.*, 4 avril 1928, n° 28, p. 501.

gnent les arguments suivants : présence de strabisme, d'atrophies musculaires, de quelques dysmorphies faciales (nez légèrement épaté, oreilles écartées, voûte ogivale), inégalité et paresse pupillaires, et, surtout, réaction de Bordet-Wassermann positive pour le sang avant tout traitement.

1931. — JERMUTOWITZ. — Maladie de Friedreich chez un hérédo-syphilitique (1). A la suite d'une scarlatine apparut une maladie de Friedreich typique. Le sujet était un hérédo-syphilitique, ainsi qu'en témoignaient des arguments d'ordre clinique : stries transversales des dents, scapulæ scaphoïdae, réaction de Bordet-Wassermann légèrement positive après réactivation, et anamnestiques : réaction de Bordet-Wassermann fortement positive, pour le sang, chez les parents, qui ont eu quatre enfants : un mort-né, deux sains, et un chez qui on note une abolition des réflexes achilléens et rotuliens.

***

Que les cas précédents ne soient pas tous entièrement démonstratifs, voilà qui ne saurait être contesté ! Dans la seconde observation de Schob, par exemple, quels arguments — à supposer qu'il se soit agi de maladie de Friedreich véritable, ce qui est douteux — invoquer en faveur de la spécificité ? Aucun qui entraîne la conviction ! Notons aussi que pour certains cas, les auteurs (Guillain, Alajouanine et Huguenin) se demandent avec raison si l'on a affaire à la maladie de Friedreich ou à une maladie familiale atypique. N'empêche que, parfois, le tréponème semble en cause. Notion que les anciens auteurs ne connaissaient pas, et qui n'est point sans intérêt ! Sans doute, le traitement spécifique ne peut-il rien sur des lésions constituées. Mais il peut les empêcher d'évoluer. Il peut aussi s'opposer à l'apparition de nouvelles lésions. Il est, enfin, à conseiller dès le début, en cas de nouvelle grossesse, chez une femme ayant déjà eu un ou plusieurs enfants atteints de maladie de Friedreich.

Le médecin comme chef, comme organisateur (2), par Paul CHAVIGNY, médecin général de l'Armée, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Si l'auteur est tenté de soutenir que le Corps médical a l'impérieux devoir de s'organiser, il demeure cependant très attaché à cette idée, de viser à rendre le Corps médical très indépendant de l'Etat, tout en cherchant à organiser la profession pour le plus grand bien de la médecine, en somme le plus grand bien du public lui-même.

Dans les conditions actuelles, il est bon que le Corps médical sache se modifier, s'améliorer lui-même. L'une des conditions essentielles, c'est qu'il soit capable de s'organiser, qu'il sache édifier un programme, qu'il soit susceptible ensuite de s'y tenir et d'y persister jusqu'à ce qu'on en parvienne à tous les résultats possibles et souhaitables.

En somme, le médecin a un intérêt capital à s'apercevoir qu'il est devenu essentiel pour lui d'être un organisateur de son propre milieu intellectuel et professionnel.

L'auteur a cru qu'il était utile et à propos de le dire et d'en développer l'argument dans d'excellents chapitres.

L. G.

(1) JERMUTOWITZ. Maladie de Friedreich chez un hérédo-syphilitique, *Revue neurol.*, 1931, I, p. 661.

(2) In-8 de 184 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

LE TRAITEMENT D'URGENCE DANS LES AFFECTIONS ORTHOPÉDIQUES DU NOUVEAU-NÉ

Par M. LANCE,

Assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades, Membre de l'Académie de chirurgie

Il ne se passe guère de consultation au Service d'orthopédie des Enfants-Malades sans que nous voyions un enfant atteint d'une déformation d'origine congénitale, qui eût gagné à être soigné aussitôt après la naissance, ou tout au moins dans les premières semaines de la vie, nous arriver trop tard, à une période où le traitement sera moins efficace ou exigera des interventions plus graves ou même trop souvent purement palliatives.

Dans quelques cas il y a négligence des parents, mais le plus souvent les parents justement effrayés par la déformation ont consulté leur médecin. Celui-ci vivant sur la légende de l'impossibilité d'appareiller les nourrissons leur a conseillé d'attendre que l'enfant soit propre, ou leur a laissé espérer que, par la croissance, la déformation s'atténuerait. Autant d'erreurs. Le nouveau-né peut toujours être appareillé, il y a des moyens, des attitudes pour éviter qu'il ne se souille. L'appareillage peut toujours être fait avec des matériaux imperméables ou faciles à nettoyer : bois, métal, celluloïd, plâtre celluloïdé, etc. La peau des nouveau-nés, très délicate, s'infectant facilement, demande, certes, beaucoup de soins, d'entretien, mais en prenant ces soins régulièrement on n'a aucun accident.

Loin de s'atténuer par la croissance, les déformations se fixent, s'exagèrent par les rétractions musculaires, tendineuses, aponévrotiques, et, plus tard, par la croissance asymétrique des os (Loi de Delpech).

Passons en revue les principales de ces malformations et voyons celles qui nécessitent un traitement d'urgence.

***

De toutes les malformations congénitales, la plus fréquente est sans contredit la *luxation congénitale de la hanche*.

Lorsqu'il y a 40 ans on commença à réduire les luxations, il était de règle d'attendre l'âge de 4 ans pour les unilatérales, 3 ans pour les bilatérales. Mais dès 1911, le Pr Frœlich (de Nancy) démontra que les résultats du traitement étaient meilleurs si on l'effectuait avant le début de la marche ou tout au moins dès le début de celle-ci qui met en évidence la boiterie et rend le diagnostic facile. De toute manière, la marche n'aura pas eu le temps de produire sur les surfaces luxées ces déformations secondaires qui aggravent le pronostic. Cette opinion a été adoptée en France, malgré l'opinion classique régnante, par plusieurs orthopédistes dont nous-même. De 1911 à 1914 nous avons pu traiter 18 luxations avant l'âge de 2 ans.

Depuis lors on va plus loin. Dans l'immense majorité des cas, à la naissance et dans les premiers mois de la vie, les futures luxations de la hanche ne sont que des hanches malformées, mal emboîtées, à sur-

faces articulaires mal orientées, à capsule articulaire relâchée, mais non luxées. Ce sont les hanches luxables de Le Damany, les préluxations de Putti. Si on peut les dépister dans les premières semaines, les premiers mois de la vie, on évitera par un traitement très simple la production de la luxation, d'où guérison de l'affection. Il suffit de tenir le nourrisson les cuisses écartées à 70 ou 80° par un appareillage réduit à une valve de plâtre celluloïdé, ou une double attelle métallique articulée en compas, ou encore de simples sangles entourant les cuisses et rattachées à une ceinture et des bretelles. La position est maintenue 7 à 8 mois et cela suffit à obtenir une guérison absolue que l'on n'obtient jamais aussi complète, au prix d'un traitement de plâtre long et compliqué, lorsque la luxation est complète et surtout si l'enfant a marché. La grosse objection est la difficulté du diagnostic de ces hanches luxables. Cependant il est souvent possible à condition d'y penser et de les rechercher.

Il y a d'abord 40 % des cas dans lesquels la malformation est unilatérale — on notera une différence dans l'orientation du membre plus tourné en dehors, la saillie anormale de la hanche, la difficulté d'écarter la cuisse, la différence de longueur.

Dans les malformations bilatérales cela est plus difficile. Mais souvent une attitude en rotation externe des membres, la présence de pieds bots talus valgus, la difficulté d'écarter les cuisses, et parfois un ressaut lorsqu'on fait ce mouvement, la saillie anormale des hanches, les cris que pousse l'enfant quand on repousse la hanche en haut en lui mettant son chausson attirent l'attention. En cas de doute la radiographie révélera la préluxation.

La meilleure preuve que le diagnostic est possible dès cet âge, c'est que, en Italie, sous l'impulsion de Galeazzi et de Putti, une campagne a été menée dans ce but près des sages-femmes, accoucheurs, médecins d'enfants. Elle a porté ses fruits. Au Congrès de Bologne, en 1932, de très nombreuses observations de cas traités avant 1 an ont été apportés. Le seul Institut Rizzoli en a traité 119 cas en 3 années. Dans certaines provinces d'Italie la luxation congénitale de la hanche constitue un véritable fléau. Aussi le Professeur Putti a réussi à rendre la radiographie des hanches des nourrissons obligatoire dans la province de Bologne et il espère que cette mesure se généralisera pour toute la péninsule.

*
**

Pour *le pied bot varus équin* il n'y a pas de difficulté de diagnostic à la naissance et tous les orthopédistes insistent sur la nécessité de commencer le traitement dès les premiers jours de la vie. Sans aller jusqu'à Sayre qui réclamait le début du traitement dès le jour de la naissance, on doit admettre que dès que s'est établie l'adaptation alimentaire de l'enfant, vers le 8e jour, le 15e au grand maximum, le traitement doit être commencé. Maintenu en culotte, changé souvent, avec les redressements manuels journaliers, vraiment peu pénibles pour l'enfant et qui n'altèrent en rien sa santé, et dans l'intervalle des redressements un appareillage simple et efficace avec des bandes de sparadrap adhésif élastique, ou pour les peaux très sensibles des attelles en cuivre mince modelable (clinquant), on arrive, sauf des cas exceptionnels, à un redressement complet de l'adduction et volutation du pied en 2 ou 3 semaines. Il ne subsiste que l'équinisme qui nécessitera le plus souvent une ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille vers le 3e mois.

Dans ces conditions la très grande majorité des pieds bots peut être redressée à peu de frais à 3 mois. La difficulté du traitement consistera surtout à obtenir de la famille, pour éviter la récidive, une continuation des manipulations et de la contention pendant plusieurs années.

Et cependant nous voyons à tout instant des pieds bots qui jusqu'à 6 mois, un an, n'ont eu aucun traitement parce que les médecins ont déconseillé aux parents de les faire soigner avant cet âge. Et alors commence pour ces enfants toute la gamme des redressements forcés sous éther avec plâtres, des sections tendineuses et ligamentaires, des évidements osseux pour aboutir souvent plus tard aux résections modelantes du tarse qui leur laissent des pieds courts et raides.

A côté du pied bot varus congénital qui saute aux yeux au moment de la naissance, il faut parler du *pied bot talus valgus congénital*, le plus souvent méconnu, et qui doit être recherché. Il est facile à reconnaître. Si l'on soulève la jambe du bébé et que l'on regarde le pied par en dessous, on est frappé par sa longueur exagérée, l'aplatissement complet de la plante. Si l'on appuie sur la partie antérieure de la plante, on voit la flexion dorsale du pied atteindre une étendue telle que les orteils viennent presque au contact de la face antérieure de la jambe.

Dans le pied bot varus équin unilatéral, le pied opposé est presque toujours talus valgus. Le pied bot talus valgus est aussi souvent associé à la luxation congénitale de la hanche, si bien que la constatation d'une des malformations doit faire rechercher l'autre.

Le pied talus valgus a souvent une tendance à l'amélioration spontanée. Mais pas toujours, et amélioration ne dit pas guérison. Quelques modelages manuels, une attelle de clinquant maintenant le pied excavé et en équinisme et l'amélioration sera beaucoup plus rapide, plus complète et certaine.

*
**

Voyons maintenant les malformations moins fréquentes.

Dans le *torticolis congénital* chez le nourrisson, « on vient souvent à bout, dit Broca, des cas légers « par les manipulations redressantes et le massage « du muscle ». Plus tard, tous les cas sont justiciables de la ténotomie qui est effectuée à partir de 18 mois, 2 ans.

Ici, il n'y a pas d'urgence à opérer car, contrairement à ce que l'on a longtemps dit, l'asymétrie faciale qui accompagne souvent le torticolis n'en est pas du tout une complication secondaire.

Elle existe dès la naissance, c'est une aplasie primitive accompagnant ou non l'aplasie du sterno-cléido-mastoïdien.

Quelle que soit l'origine de l'affection connue sous le nom de *paralysie obstétricale* qui englobe, à côté de paralysies du plexus brachial, des arrêts de développement de l'épaule comme l'a montré le Pr. Ombrédanne, le syndrome est le même : impotence des abducteurs et rotateurs externes du bras, des supinateurs de l'avant-bras. A la longue, au bout de 6 mois, 1 an et plus, ces muscles récupèrent leur contractilité comme le prouve l'examen électrique, mais leurs antagonistes se sont rétractés et l'attitude vicieuse persiste, et ces enfants ne retrouveront un fonctionnement acceptable de leur bras que par une ostéotomie avec rotation externe compensatrice du bout inférieur de l'humérus, qu'on ne pourra faire que vers l'âge de 8 ans.

Or, si dès les premières semaines de la vie on maintient par un appareillage simple (attelle de celluloïd fixée sur un petit corselet) le membre en position inverse de la déformation, c'est-à-dire en position du salut fasciste : bras levé et écarté, avant-bras et main en supination, et cela jour et nuit pendant 3 ou 4 mois, puis pendant la nuit seulement durant une année, on évitera à coup sûr la rétraction des antagonistes, et lorsque les muscles frappés auront récupéré leur fonction, la guérison sera complète.

Si la *scoliose congénitale* donne lieu à des déformations qui ne sont le plus souvent remarquées que quand l'enfant s'assied, marche, il est des cas où, dès les premières semaines après la naissance, on constate que le rachis du nourrisson est dévié ou qu'il y a une gibbosité costale.

Nous voyons tous les ans 3 ou 4 de ces cas et nous avons montré ailleurs (voir Société de Pédiatrie, séance du 10 février 1925, pp. 59-61) que parmi ces déformations du dos constatées à la naissance, on peut distinguer 3 variétés de pronostic très différent :

1° Il n'y a pas de déformation du rachis à la radiographie, c'est un simple vice de position qui, en général, sera redressé en quelques semaines par le port d'un lit celluloïdé fait en hyper-correction ;

2° Il y a des anomalies osseuses dont la gravité est très variable, mais toujours améliorables par un traitement très précoce (lits plâtrés celluloïdés en correction maxima) ;

3° Le rachis est rectiligne, mais il y a une gibbosité costale. Dans ces cas, il s'agit d'une malformation thoracique, qui en général s'améliore rapidement et spontanément.

Si dans le *genu recurvatum congénital* et sa forme la plus marquée, la *luxation congénitale du tibia* en arrière, il existe quelques cas rebelles au traitement orthopédique du fait d'une aplasie tendineuse ou musculaire très marquée du quadriceps et dont le traitement est purement chirurgical (voir Thèse Bazert. Paris 1924), la grande majorité des cas est guérissable par manipulations et appareillage. On peut même ainsi arriver à réduire la luxation tibiale et en maintenant le genou en flexion assez longtemps, elle ne se reproduit pas. Mais la condition expresse de la réussite est que ce traitement soit entrepris dès la naissance.

Dans les *mains botes* par absence congénitale d'un des segments osseux de l'avant-bras, ou les pieds bots par aplasie d'un des os jambiers, si l'intervention correctrice définitive (reconstitution d'un appui osseux par greffe ou bifurcation de l'os restant) doit être reculée à l'âge de 4 ou 5 ans, cette intervention sera singulièrement facilitée si on a prévenu les rétractions musculaires et tendineuses, qui fixent et exagèrent la déviation. Pour cela il faut, depuis la naissance, maintenir le pied ou la main en bonne attitude par un appareillage très simple (attelles en celluloïd et bandes de crépon).

Enfin, dans cette singulière affection des *raideurs articulaires congénitales*, qu'elle existe par exception limitée, comme dans la flexion congénitale du genou, ou plus souvent étendue symétriquement aux membres inférieurs, ou aux quatre membres, associée ou non à d'autres malformations (pieds bots, mains botes, luxations congénitales de la hanche), l'assouplissement progressif articulaire aura d'autant plus de chance d'être réalisé qu'on l'aura entrepris de bonne heure. C'est dès les premiers jours après la naissance qu'il faut instituer des séances de mobilisation suivies de contention par de petites attelles d'aluminium modelables, fixant entre chaque séance le progrès obtenu. C'est grâce à cette seule précocité du traitement que l'on peut espérer obtenir d'échapper aux opérations (ostéotomies, résections) qui deviennent indispensables si une mobilité articulaire suffisante n'a pu être obtenue.

***

Concluons donc que, si chez le nouveau-né il faut éviter les interventions sanglantes, qu'il y a toujours avantage à reculer l'opération du torticolis à 18 mois, 2 ans, les opérations osseuses à 4 ou 5 ans, celle de la syndactylie à 7 ou 8 ans, il faut au contraire, et c'est la condition de leur succès complet, exécuter les traitements purement orthopédiques des luxations congénitales, des pieds bots, des mains botes, de la paralysie obstétricale du genou recurvatum, des raideurs congénitales, le plus tôt possible, dès les premiers jours après la naissance.

Il existe un traitement qu'il ne faut pas appeler précoce, car ce qui est précoce pour un auteur sera en réalité tardif pour un autre, mais un *traitement d'urgence*, c'est le seul terme exact, pour la plupart des affections orthopédiques constatées à la naissance.

A PROPOS DU PRONOSTIC ET DU TRAITEMENT DE L'OSTÉOMYÉLITE AIGUE DES ADOLESCENTS

Par M. JACQUES LEVEUF,
Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'hôpital Bretonneau,
Membre de l'Académie de chirurgie.

Il n'est peut-être pas d'affection où se manifestent de telles divergences d'opinion dans la conduite du traitement.

Faut-il intervenir d'urgence dans toutes les circonstances ou bien doit-on retarder l'acte chirurgical en essayant d'adapter sa conduite à l'évolution clinique d'un cas particulier ?

A la période de début est-il possible d'aider l'organisme à triompher de l'infection à staphylocoques ? Et dans quelle mesure ce traitement médical doit-il retarder l'intervention sanglante ?

Enfin à quelle méthode chirurgicale semble-t-il préférable de s'adresser : incision simple d'abcès sous-périosté, trépanation limitée ou large, résection diaphysaire ?

Autant de questions qui méritent d'être discutées et qu'il faut essayer de résoudre sans esprit de routine et sans parti pris thérapeutique comme on le fait trop souvent.

Evolution spontanée d'une ostéomyélite aiguë. — Je n'envisage dans cet article que les formes d'ostéomyélite aiguë de l'adolescent, en laissant de côté les formes subaiguës ou atténuées dont certaines guérissent sans intervention. Dans ces formes, d'ailleurs, la preuve exacte du microbe pathogène n'est par définition jamais fournie, ce qui enlève aux observations de ce genre une grande partie de leur valeur.

L'ostéomyélite aiguë débute par de la fièvre avec atteinte plus ou moins grave de l'état général. Dans les premiers jours la localisation ne se manifeste pas d'une manière nette chez la plupart des sujets, soit que le malade n'ait pas été examiné avec soin, soit que les premiers stades de l'infection osseuse ne donnent pas toujours lieu à des symptômes cliniques nets. C'est pourquoi le diagnostic peut errer pendant quelque temps : fièvre typhoïde, méningite, septicémie, rhumatisme articulaire aigu, etc...

Si l'on fait une hémoculture à cette période, le staphylocoque doré pousse dans un grand nombre de cas. On peut donc dire qu'il existe une septicémie à staphylocoque doré sans préjuger de la pathogénie exacte de cet état septicémique sur laquelle les auteurs ne sont pas actuellement d'accord.

Au point de vue pratique, cette présence de microbes dans le sang comporte un pronostic réservé, surtout si elle se prolonge dans le temps. Mais il ne faut pas oublier que l'hémoculture peut être positive, et cela pendant plusieurs jours dans les formes les plus banales de la maladie où l'ostéomyélite évolue vers la guérison, sans aucune complication générale ou locale.

La lésion osseuse, véritable signature de l'ostéomyélite, se manifeste au niveau d'un ou de plusieurs os. Elle évolue, comme chacun sait, vers la mort de l'os, autrement dit vers la nécrose.

Il existe entre les phénomènes généraux de la période d'invasion et la localisation osseuse (qui constitue à proprement parler l'ostéomyélite) des proportions variées. Ainsi se constituent les formes cliniques de l'ostéomyélite aiguë.

Tantôt l'état général est grave (température élevée, adynamie, délire) et la localisation osseuse est à peine estompée : ce sont les formes septicémiques où la mort survient en quelques jours.

Tantôt apparaissent, à côté des localisations osseuses, d'autres foyers de suppuration à staphylocoque, telles que méningite, péricardite, arthrite à distance. On peut appeler ces formes : formes septico-pyohémiques. Ici la mort est un peu moins rapide, mais survient aussi fatalement que dans la variété précédente. On compte les cas dans lesquels le drainage d'un foyer de suppuration autre que l'os (péricarde par exemple) a entraîné la guérison.

Ainsi formes septicémiques et formes septico-pyohémiques de l'ostéomyélite aiguë des adolescents sont au-dessus de toute ressource thérapeutique.

Reste la dernière forme clinique : celle qui intéresse les chirurgiens et qui constitue heureusement la majeure partie des ostéomyélites.

Dans ce cas l'infection reste localisée à un seul os. Parfois on voit, à côté du foyer principal, d'autres localisations osseuses dont l'évolution est en général plus bénigne : elle ne modifie guère le pronostic de la maladie.

Dans ces ostéomyélites de forme chirurgicale le problème thérapeutique devient un problème local, celui du traitement d'une suppuration osseuse.

Si on laisse évoluer spontanément une telle ostéomyélite (quels que soient sa gravité apparente et son siège) on voit la température baisser progressivement et l'état général s'améliorer. Pendant ce temps se développe localement l'abcès sous-périosté. Cet abcès plus ou moins volumineux ne tarde pas à rompre la barrière périostée et à s'infiltrer dans les parties molles où il se collecte.

L'os lui-même est toujours atteint par l'infection. Même dans les formes les plus bénignes il existe une localisation osseuse métaphysaire, c'est-à-dire au niveau du bulbe de l'os, comme Lannelongue a eu le grand mérite de le démontrer à une période où la radiographie n'existait pas.

A l'heure actuelle, la radiographie permet d'apprécier l'étendue des dégâts osseux. Mais les lésions ne deviennent nettement visibles sur les clichés que vers le 12e ou 15e jour de la maladie. L'os apparaît alors comme tacheté, puis prend un aspect déliquescent de « sucre mouillé ». Mais ce remaniement de l'architecture osseuse, tout en traduisant la réaction de l'os devant l'inflammation, ne veut pas dire que le tissu osseux est nécrosé ou tout au moins incapable de régénération spontanée. A la vérité il est rare que l'os ainsi atteint guérisse sans formation de séquestre. Mais l'évolution montre que la lésion définitive est souvent plus restreinte que ne le feraient croire les images radiographiques du début. Ce séquestre est parfois petit et l'on est étonné de le voir siéger



à distance du point primitif d'infection, c'est-à-dire du bulbe de l'os.

Quelquefois aussi les lésions osseuses sont diffuses et envahissent une partie de la diaphyse, parfois même la diaphyse tout entière (forme bipolaire).

A cette époque commence également à se dessiner sur les clichés radiographiques un mince liseré opaque situé à quelque distance de l'os ancien et qui traduit le début de la réparation osseuse (l'os dit « sous-périosté »).

Au cours de l'évolution d'une ostéomyélite aiguë deux complications locales peuvent se produire :

La première, rare à la vérité, est un décollement épiphysaire.

La deuxième est une arthrite de voisinage par propagation directe de l'infection. Dans un premier stade la synoviale réagit en donnant un épanchement. Les ponctions exploratrices permettent de suivre l'évolution du liquide : il est d'abord louche et ne contient pas de microbes. Souvent l'arthrite ne dépasse pas ce stade de réaction dite « séreuse ». Dans certains cas le liquide devient plus trouble et les staphylocoques, non décelables à l'examen direct, poussent dans les cultures. Nous sommes alors bien près de l'arthrite suppurée proprement dite. Il faut retenir que cette évolution vers l'arthrite suppurée est toujours progressive. Il est facile à un observateur avisé de saisir les premiers stades de la pyarthrose proprement dite.

Je n'envisage pas ici, bien entendu, les localisations exceptionnelles de l'ostéomyélite, au niveau de la hanche par exemple, où, par suite de la situation intra-articulaire du foyer osseux initial, il existe d'emblée une arthrite suppurée.

Pronostic de l'ostéomyélite. — Dans la pratique, lorsqu'on est appelé à traiter une ostéomyélite aiguë, toute une série de problèmes se posent dont la solution n'est pas toujours facile.

Le premier, et l'un des plus importants, est de savoir quelle est la variété d'ostéomyélite à laquelle on a affaire. S'agit-il d'une forme septicémique, d'une forme septico-pyohémique ou d'une variété banale localisée à l'os ?

Au stade initial aucune conclusion ferme n'est possible. Examinez avec soin votre petit malade, faites des hémocultures, mais réservez votre pronostic. Sans doute la fièvre élevée, l'état général grave avec adynamie ou délire, sont des symptômes très alarmants, mais ils ne permettent pas d'affirmer la gravité de l'ostéomyélite. J'ai vu de ces débuts dramatiques aboutir en définitive à une localisation osseuse discrète qui n'a même pas évolué vers le séquestre.

Les hémocultures ne poussent qu'en deux ou trois jours. Même lorsqu'elles sont positives et à plusieurs reprises, on ne saurait affirmer que l'ostéomyélite n'évoluera pas d'une manière tout à fait simple.

En ce qui concerne le pronostic les hémocultures négatives sont plus intéressantes parce qu'elles éliminent les formes septicémiques et septico-pyohémiques qui représentent la quasi-totalité des formes mortelles de l'ostéomyélite.

Ainsi le pronostic de l'ostéomyélite aiguë ne peut être fait qu'en observant le cours de la maladie. Cette formule est digne de M. de La Palisse, mais elle est d'une grande importance au point de vue thérapeutique.

Si la température reste élevée ou monte à 40° ou 41° c'est une forme septicémique qui meurt en quelques jours. Les hémocultures sont constamment positives pendant la survie de l'enfant.

Si, en dehors des foyers osseux, apparaissent des signes de péricardite, méningite, c'est une forme septico-pyohémique dont le pronostic est tout aussi grave.

Dans ces formes septicémiques et septico-pyohémiques aucune thérapeutique générale ni locale n'a permis, à ce que je sache, d'obtenir la guérison. Il ne s'agit pas d'ailleurs d'ostéomyélite à proprement parler, mais d'infection générale à staphylocoque doré chez des sujets dont l'organisme n'oppose aucune résistance à ce microbe.

Dans la plupart des cas la fièvre diminue progressivement et l'ostéomyélite devient sans aucun doute une forme locale d'ordre chirurgical (et cela, je ne saurais trop le répéter, même si les hémocultures restent positives pendant quelque temps).

La marche de la température est le critère le plus sûr que nous possédions pour suivre l'évolution d'une ostéomyélite localisée. Quand la température baisse, c'est que tout va bien. Dès qu'elle remonte c'est qu'il existe une complication qu'il faut rechercher, découvrir et traiter à temps.

Traitement de l'ostéomyélite aiguë. — Depuis Lannelongue les chirurgiens considèrent, à de rares exceptions près, que la trépanation d'urgence est formellement indiquée dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë. C'est là le premier point à discuter.

Dans les variétés septicémiques et septico-pyohémiques, l'expérience a montré que l'ouverture précoce du foyer osseux ne modifie en rien le pronostic fatal.

Dans les formes localisées de l'ostéomyélite aiguë, la trépanation précoce a été préconisée avec l'espoir :

1° De s'opposer à la diffusion dans l'organisme de l'infection à staphylocoque ;

2° D'améliorer l'évolution locale du foyer d'ostéomyélite.

Or, nous savons aujourd'hui que le staphylocoque doré sécrète des toxines nécrosantes et hémolysantes qui expliquent les lésions évolutives du foyer d'ostéomyélite. Il y a de grandes chances pour qu'une opération traumatisante faite à la période où les staphylocoques sont virulents et toxiques risque de diffuser l'infection. Ce fait est admis maintenant pour d'autres affections à staphylocoques dorés telles que l'anthrax qui, au point de vue pathologie générale, ne diffère pas essentiellement de l'ostéomyélite. Il n'y a pas de raison pour que les mêmes règles de prudence ne soient pas applicables à l'infection de l'os par le staphylocoque doré.

J'ai dit à l'Académie de Chirurgie que les tentatives d'abcès de fixation (Vignard) et de vaccination (Grégoire) qui ont été faites avant la guerre, avaient amélioré le pronostic surtout parce qu'elles avaient

conduit le chirurgien à abandonner l'intervention d'urgence.

Depuis 3 ans, j'ai renoncé pour tous les cas d'ostéomyélite aiguë, aussi graves soient-ils, à l'opération immédiate et cela avec des résultats très satisfaisants.

Au point de vue local l'ouverture du foyer osseux par trépanation devrait empêcher l'infection de gagner la diaphyse d'une part et l'articulation d'autre part, autrement dit éviter la formation d'un séquestre étendu et la complication d'arthrite suppurée.

Mais tous les chirurgiens savent maintenant que la trépanation, aussi précoce et aussi large qu'on puisse l'imaginer, n'a jamais empêché ni la formation de volumineux séquestres, ni les arthrites suppurées de voisinage. Bien mieux, certaines statistiques importantes et homogènes (Rost, Otto Maier, Brandt) montrent que la trépanation précoce double le taux de mortalité et aggrave singulièrement l'évolution du foyer d'ostéomyélite. Ces conclusions cliniques corroborent les données de pathologie générale que je viens d'indiquer.

Il existe donc des raisons sérieuses pour abandonner l'intervention d'urgence.

A mon avis deux indications doivent être remplies au début d'une ostéomyélite aiguë : la première est l'immobilisation rigoureuse du foyer osseux. La deuxième est un traitement médical.

L'immobilisation rigoureuse du membre est une condition favorable à la guérison des foyers inflammatoires. Depuis longtemps les chirurgiens lyonnais nous ont montré l'influence heureuse des appareils plâtrés sur l'infection de l'os.

Il faut donc appliquer un grand plâtre immobilisant les articulations voisines de l'os atteint. On peut couper le plâtre en bivalve pour surveiller le membre. Souvent je me contente d'ouvrir une fenêtre pour bien exposer une articulation menacée, le genou par exemple.

Des traitements médicaux pour lutter contre l'infection ont été proposés en grand nombre. Tous possèdent à leur actif des observations d'ostéomyélites supposées graves (fièvre élevée, mauvais état général et hémocultures positives) qui ont été guéries dans des conditions inespérées. J'insiste encore sur ce point qu'il n'existe pas au début de critère absolument valable de la gravité d'une ostéomyélite. Aussi voit-on le même procédé échouer complètement dans un autre cas en apparence comparable.

Parmi les traitements médicaux spécifiques, je citerai la sérothérapie, la vaccinothérapie, le bactériophage, les injections de sérum de convalescent, les immuno-transfusions et l'anatoxine staphylococcique qui est le dernier venu.

Les traitements médicaux non spécifiques sont en grand honneur en Amérique : chimiothérapie intraveineuse (urotropine, mercurochrome, rubiasol), transfusions de sang pur.

Je ne puis discuter ici la valeur de chacun de ces procédés. J'en ai expérimenté un grand nombre. Aucun ne m'a paru modifier de façon nette la marche spontanée de la maladie.

En me plaçant à un point de vue surtout théorique, je pense qu'un bon sérum antistaphylococcique vraiment actif serait utile dans le début de l'ostéomyélite. Plus tard les vaccins et l'anatoxine staphylococcique pourront être préconisés dans la mesure où l'expérience confirmera leur valeur.

En résumé, au début d'une ostéomyélite aiguë, le médecin fera des hémocultures pour suivre la marche de l'infection en général, immobilisera le membre malade dans un grand plâtre et mettra l'enfant à un traitement de sérothérapie et de vaccination.

Au point de vue local le chirurgien n'interviendra qu'au moment où l'abcès sera mûr (c'est-à-dire quand le staphylocoque aura perdu sa virulence et sa toxicité). A ce moment l'abcès est bien collecté et la température est tombée presque à la normale. Cette défervescence se produit en général entre le 8e et le 15e jour. L'intervention sera limitée à l'évacuation de l'abcès sous-périosté.

Il reste dès lors à surveiller l'évolution du foyer osseux au moyen de radiographies successives.

Si les phénomènes inflammatoires se localisent nettement, on suit les étapes de la formation d'un séquestre qu'on enlèvera au bout de plusieurs semaines lorsqu'il sera bien délimité.

Si les phénomènes de nécrose sont étendus, une seule opération à mon avis est logique : c'est la résection de la diaphyse. Cette intervention donne d'excellents résultats à condition de suivre les règles techniques que j'ai indiquées à plusieurs reprises.

Les menaces d'arthrite de voisinage, rares à la vérité, seront indiquées par l'élévation de température et l'épanchement articulaire dont la nature exacte est révélée par la ponction exploratrice.

Lorsque l'arthrite évolue vers la suppuration, je crois nécessaire de faire une résection immédiate de la diaphyse jusqu'au cartilage de conjugaison. J'ai publié un certain nombre de cas qui montrent qu'après cette exérèse du foyer infectieux, l'arthrite suppurée guérit soit à la suite de ponctions, soit à la suite d'évacuation du pus par une simple incision sans drainage.

L'amputation, qui était autrefois, dans les cas graves, l'espoir suprême de guérir les malades, ne doit plus être employée que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles.

Les mêmes principes de temporisation après immobilisation plâtrée valent pour des ostéomyélites spéciales telles que des ostéomyélites de la hanche où d'emblée se produit une arthrite purulente. L'incision simple de l'abcès sans résection de la tête du fémur suffit presque toujours à procurer la guérison.

En terminant je voudrais indiquer un fait bien curieux. Depuis longtemps les auteurs sont d'accord pour admettre que chez le nourrisson atteint d'ostéomyélite à staphylocoque doré il faut toujours rejeter l'intervention d'urgence pour s'en tenir aux méthodes de temporisation. Or, chez le nourrisson l'infection à staphylocoque est encore plus grave que chez l'adolescent et les nécroses osseuses sont souvent bien plus étendues. Je pense que les mêmes règles s'appliquent à toutes les variétés d'ostéomyélite.

Les méthodes aveugles, comme la trépanation d'urgence, doivent être abandonnées.

Le rôle du médecin consiste à surveiller l'évolution naturelle de la maladie et à s'efforcer d'en modifier le cours sans risquer d'aggraver l'état du malade.

Au point de vue local le chirurgien n'intervient que dans des conditions bien déterminées et suivant les règles générales du traitement d'un foyer infectieux : évacuation d'un abcès bien collecté, traitement du foyer osseux suivant les indications fournies par la radiographie : ablation simple d'un séquestre ou résection de toute une diaphyse nécrosée, selon la gravité des lésions.

L'expérience montre qu'on évite ainsi l'apparition des ostéomyélites prolongées avec leur triste cortège d'hyperostoses, de fistules et de poussées inflammatoires récidivées.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA RESPONSABILITÉ DES HÔPITAUX EN CAS DE CONTAMINATION D'UN MALADE PENDANT SON SÉJOUR DANS LEURS SERVICES

Il paraît difficile, sinon impossible, d'éviter complètement les contaminations dans les hôpitaux.

Un malade peut, en effet, avoir été admis alors qu'il était en état d'incubation d'une affection contagieuse autre que celle qui a justifié son hospitalisation. La seconde maladie, qui n'aura pu être décelée lors de l'admission, viendra à se déclarer quelques jours plus tard et, entre temps, d'autres patients l'auront peut-être contractée.

La meilleure organisation hospitalière ne peut permettre d'éviter de semblables faits et, ni médicalement, ni juridiquement, il ne saurait être question de tenir pour responsable de leurs conséquences l'administration de l'hôpital.

Cependant, si les contaminations survenues en de telles circonstances sont les plus nombreuses, elles ne sont pas les seules.

D'autres se produisent parfois qui auraient pu être évitées si l'organisation des services ou la surveillance du personnel avaient été plus parfaites.

C'est à l'occasion d'une semblable contamination que la Cour d'appel de Colmar vient de se prononcer en un arrêt du 17 décembre 1935 qui mérite de retenir l'attention.

Voici les faits.

Une petite fille avait été hospitalisée pour fracture d'une jambe. Peu après son retour au domicile de ses parents, le médecin de la famille constata un écoulement de nature blennorrhagique. La sœur de la petite blessée, qui partageait le même lit, fut atteinte de la même affection et, en plus, d'une ophtalmie gonococcique.

Le père, estimant que l'hôpital était responsable de cet état de choses, l'assigna devant le tribunal en réparation du préjudice subi par ses filles.

Il put apporter la preuve des faits suivants. Par manque de place à l'hôpital en question, les enfants atteints d'une maladie contagieuse sont placés dans la même salle que ceux qui n'ont pas une maladie du même genre. C'est ainsi qu'à trois mètres de distance de la petite blessée se trouvait une autre fillette atteinte de vulvovaginite gonococcique. A certains moments, il n'y avait pas dans chaque table de nuit un vase utilisable et, lorsqu'un vase était souillé, le personnel en prenait un autre dans la table de nuit d'un autre malade. Les jours de visite, les parents, en remplacement du personnel, croyaient se rendre utiles en se prêtant aux petits offices lorsque les enfants avaient besoin de vases. C'est ainsi qu'à un tel jour la mère de la petite blessée avait pris, pour en faire profiter sa propre enfant, le vase de la petite blennorrhagique, dont elle ignorait le mal comme elle ignorait également le règlement interdisant l'interchangement des vases et l'intervention des parents.

En présence de ces faits, la Cour a recherché si l'hôpital avait complètement rempli les obligations qui lui incombaient du fait du contrat intervenu lors de l'admission de la petite blessée.

Se fondant sur les articles 1135, 1147 et 1315 du Code civil, la Cour a rappelé qu'un établissement hospitalier a pour obligation primordiale que les malades ne contractent pas dans ses locaux une maladie contagieuse. Elle a déclaré qu'en l'espèce cette exigence du Droit n'avait pas trouvé satisfaction et qu'il incombait dès lors à l'hôpital, s'il voulait être exonéré des conséquences de la présomption de responsabilité pesant sur lui, d'apporter la preuve que la contagion était survenue par suite d'une force majeure, d'un cas fortuit ou de la faute d'une personne n'ayant pas la qualité de préposé de l'administration hospitalière.

Or la Cour a estimé que, d'une part, la mère de la petite blessée n'avait commis aucune faute en se servant pour sa fille du vase de nuit d'une autre enfant, car, en voyant les pratiques de la salle, elle pouvait croire qu'il n'y avait aucun danger à agir ainsi, que, d'autre part, s'il était difficile pour le personnel d'empêcher de telles pratiques, aucune mesure énergique n'était prise pour les éviter, ce qui « sans constituer avec certitude une faute d'organisation ou du personnel, ne l'excluait cependant nullement ».

La Cour a donc retenu la responsabilité de l'hôpital, dont, par ailleurs, elle avait reconnu l'ordre et la propreté, et l'a condamné en d'importants dommages-intérêts.

Cet intéressant arrêt est, d'ailleurs, en tous points conforme à une décision de la Cour de Bordeaux du 14 mars 1929 prononcée en des circonstances de fait à peu près identiques.

Cette jurisprudence est satisfaisante tant en droit qu'en équité, car, s'il est inopportun de désigner dans une salle les hospitalisés affectés de maladies dangereuses, il est par contre hors de doute que l'administration d'un hôpital, qui est contrainte de placer dans la même salle des contagieux et des non-contagieux, doit prendre toutes mesures utiles pour que les malades ne soient pas exposés à un danger de contamination et que, si elle ne prévient pas ceux-ci du danger qu'ils courent et des précautions qu'ils doivent prendre, elle commet une faute dont elle doit l'entière réparation.

C. NATTAN-LARRIER,
Docteur en Droit,
Avocat à la Cour de Paris.

Les petites règles de la chirurgie parfaite (1), par J. OKINCZYC, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Ce livre expose les règles méthodiques auxquelles toute chirurgie est soumise pour être parfaite.

Dans tout acte chirurgical, les plus petites causes peuvent engendrer de grands et redoutables effets ; rien ne doit donc être négligé pour assurer, dans le complet usage de nos moyens actuels, la plus grande sécurité possible des suites et la perfection des résultats.

L'habileté manuelle ne dispense pas des disciplines nécessaires. Leur rappel permettra au chirurgien d'éviter des négligences de technique et d'innombrables petites fautes susceptibles de compromettre le succès d'une opération, même si elle a été par ailleurs habilement exécutée.

L. G.

(1) In-8 de 60 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 MARS 1936)

Hémi-syndrome bulbaire direct. Séquelle d'angine diphtérique. — MM. FROMENT et MASSON (Lyon). A la suite d'une angine diphtérique compliquée de paralysie du voile du palais, de l'accommodation, le malade a présenté un syndrome neurologique complexe, à savoir : hémi-ataxie droite, troubles de la sensibilité profonde, troubles vaso-moteurs, paralysie de l'hypoglosse et du moteur oculaire interne, et du nystagmus avec troubles de l'équilibre. C'est un exemple d'une lésion centrale au cours de la diphtérie.

Carcinose généralisée d'origine surrénale. Septicémie à streptocoques associés. — MM. D. OLMER, J. OLMER, AUDIER et VAGUE (Marseille). Malade de 43 ans présentant de la fièvre depuis plusieurs semaines, chez lequel apparurent des nodosités sous-cutanées, recouvertes d'une peau chaude et tendue. Streptocoques à l'hémoculture. A la biopsie, métastase cancéreuse à point de départ surrénal ; à l'autopsie, volumineuse surrénale droite, siège d'un cortico-surrénalome. Le malade avait surtout l'aspect d'un septicémique.

Méningite tuberculeuse à bacilles bovins et à point de départ intestinal chez un enfant vacciné par voie buccale au B C G. — MM. ROHMER et VALLETTE (Strasbourg). — Nourrisson bien portant, vacciné au B C G à la naissance, revacciné à l'âge de 13 mois, meurt à 16 mois de méningite tuberculeuse. Présence de bacilles bovins dans le liquide céphalo-rachidien et dans le pus des ganglions mésentériques.

Faut-il incriminer le B C G ?

Cette communication souleva une assez vive discussion.

M. WEILL-HALLÉ n'a constaté aucun accident chez les enfants vaccinés avec les deux vaccins employés chez le malade de M. Rohmer.

M. TIXIER conteste l'efficacité du B C G. Pour lui, il ne déterminerait l'immunité en aucun cas.

M. LESNÉ insiste sur la possibilité de l'intervention du bacille bovin dans la méningite tuberculeuse de l'enfance ; ce qui tiendrait à l'usage du lait cru ou mal stérilisé.

M. DEBRÉ fait remarquer que, dans ce cas, l'étiologie de la méningite tuberculeuse demeura inconnue ; ce qui est d'ailleurs fréquent. Cette opinion est soutenue par M. Armand-Delille.

M. FERRU (Poitiers) estime que le cas de M. Rohmer paraît bien être un échec du B C G.

M. MARFAN pense de même et fait remarquer que ce n'est pas là chose nouvelle, ce vaccin n'ayant sans doute pas été absorbé dans le tube digestif.

Dosage pondéral de la fibrinémie. — MM. LIAN, SASSIER, FACQUET et FRUMUSAN formulent une technique du dosage pondéral de la fibrine du plasma coagulé. Leurs conclusions concernant la valeur séméiologique de la fibrinémie sont les suivantes :

Maladies aiguës (pneumonie et rhumatisme articulaire aigu), la fibrinémie atteint ou dépasse 10 gr., en pleine période d'état.

Le dosage pondéral de la fibrinémie est en augmentation dans la plupart des maladies infectieuses.

La fibrinémie est normale dans les maladies chroniques ; elle est constante dans la néphrose lipoïdique.

Valeur séméiologique du dosage pondéral de la fibrinémie dans les affections hépatiques. — MM. LIAN, SASSIER, FACQUET et FRUMUSAN. Dans les cirrhoses, diminution de la fibrinémie ; dans l'alcoolisme chronique, fibrinémie normale ; dans l'ictère catarrhal, diminution irrégulière ; dans l'ictère par rétention, fibrinémie supérieure anormale.

Le dosage pondéral de la fibrinémie peut permettre d'apprécier la valeur fonctionnelle du foie.

Un cas de maladie de Schüller-Christian. — MM. RATHERY et BARGETON. Cas typique de la maladie de Schüller-Christian. Symptômes nets : diabète insipide avec polyurie supérieure à 4 litres, exophtalmie, déformations craniennes avec lacunes osseuses visibles à la radio. Quand l'état du malade s'améliora, la cholestérolémie et la lipémie se sont élevées jusqu'à 2,12 et 6,20. Les auteurs pensent à un trouble fonctionnel primitif de l'hypophyse.

Formes cliniques de la stomatite aurique. — MM. FLANDIN, FERRAND, POUMEAU-DELILLE et DE GRACIANSKY. Deux cas de stomatite aurique datant l'un de 9 mois, l'autre de 2 ans. Par ses lésions linguales, gingivales et jugales, cette affection est dangereuse et durable et contre-indique le traitement par les sels d'or.

Contamination familiale ignorée au cours de la prémunition au B C G. — MM. WEILL-HALLÉ et MOUCHOTTE. Cette observation est un exemple permettant d'expliquer l'insuccès ou l'insuffisance de la prémunition au B C G dans bien des cas antérieurement rapportés et mal étudiés.

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1936)

Anergie tuberculinique au cours de la rougeole. — MM. PARAF et MORHANGE. Cuti-réactions tuberculiniques en série au bras et à la cuisse chez des enfants rougeoleux. Chez les enfants allergiques, la cuti-réaction réapparaît d'abord au bras ; la réapparition de la cuti-réaction se faisant dans le même ordre que la disparition de l'éruption. L'inhibition n'est pas proportionnelle à la température, mais à l'intensité de l'éruption.

Tachycardie sinusale permanente compliquée de crises tachycardiques chez un blessé de poitrine. — M. DOUMER (Lille). Homme de 43 ans, blessé pendant la guerre, porte 4 éclats métalliques dans le champ pulmonaire gauche, à faible distance de la crosse aortique. Il présente des crises de tachycardie angoissante, répétées. Dans l'intervalle des crises, ce malade a en permanence un état de tachycardie entre 110 et 120.

Dans ce cas, les troubles sensitifs et vaso-moteurs d'ordre sympathique indiquent une lésion sympathique irritative, sans doute secondaire à la blessure et développée au contact d'un projectile. Ce serait un nouvel exemple de tachycardie par épine irritative.

Epreuve calorique mixte dans les cirrhoses. — MM. FIESSINGER, GEDJEO et PANAYATOPOULOS. Etude du métabolisme calorique avec un repas mixte protéido-glycidique (gélatine et glycose). A l'état normal, dans certaines affections, on n'observe aucune altération du dégagement calorique. Dans les cirrhoses, moins nettement dans les ictères, on observe une élévation du métabolisme calorique presque minime ou très réduite. Il en résulte qu'on peut affirmer qu'il existe dans ces maladies un trouble important du métabolisme tissulaire.

Couronne dentaire restée 9 mois dans une bronche et expulsée dans un effort de toux. — MM. DUFOUR et ROCHSTEIN. Femme de 35 ans qui s'aperçut, après avoir avalé de travers, de la disparition d'une couronne dentaire en or. La toux s'installe, incessante. Radiographiée au bout de 7 mois : constatation au niveau du hile droit, d'une tache

noire qu'on prit tout d'abord pour une calcification banale. Au bout de plusieurs mois, exagération de la toux, survenue d'une quinte prolongée, et expectoration de la couronne dentaire. Guérison.

Amaurose transitoire après coma barbiturique traité par la strychnine. — MM. Rivet, Magitot et Bourrée. Femme de 41 ans, à la suite d'un coma barbiturique, lequel céda après injection de 6 cc. de strychnine, présenta une amaurose totale qui disparut en quelques jours. Cette amaurose coïncida avec une forte hypertension artérielle rétinienne et un aspect spasmodique des artères rétiniennes. Il s'est agi d'une amaurose toxique comparable à celle de certaines intoxications par la quinine.

Guérison rapide par rechloruration d'accidents graves au décours d'une spirochétose ictérigène. — MM. Ravina et Laplanche. Malade atteint de spirochétose ictérigène soumis à un régime hypochloruré sévère. Après une deuxième poussée fébrile apparut, en dépit d'une polyurie élevée, un état général grave avec asthénie, tachycardie et stomatite. A l'examen du sang : azotémie élevée avec hypochlorémie manifeste. La rechloruration détermina une sérieuse amélioration.

Précipitation calcique dans le pancréas. — MM. Loeper, Bioy et Perreau. La lithiase pancréatique se traduit fréquemment par l'association d'une douleur épigastrique survenant par crises, d'une glycosurie et d'un amaigrissement notable. On doit distinguer les calculs du pancréas proprement dits et la pancréatite lithogène, qui mérite le nom de « pancréatite pétrifiante ».

Endocardite maligne aiguë à bacille de Pfeiffer. — MM. Lesné, Launay et Carrez. Endocardite maligne à bacille de Pfeiffer, chez fillette de 14 ans, ayant provoqué la mort en deux mois et demi. La maladie au début revêtait l'aspect d'un rhumatisme cardiaque à type d'endo-péricardite. Un mois plus tard, tableau septicémique avec frissons, fièvre oscillante, splénomégalie, néphrite hématurique, infarctus pulmonaire. Terminaison avec signes de grande urémie.

Gangrène de la main au cours d'une septicémie ictérigène à B. perfringens. — MM. Chabrol et Sallet. Femme de 35 ans présenta après un avortement septique un ictère intense, avec hémoglobinurie massive, une gangrène gazeuse de la main : vaisseaux utérins bourrés de germes anaérobies. La gangrène gazeuse se développa sur un territoire présentant les symptômes de la maladie de Raynaud. Les auteurs croient que les troubles vasculaires préexistants peuvent expliquer la localisation de la septicémie à B. perfringens qui s'alluma dans la cavité utérine.

Chrysothérapie et leucémie aiguë. — MM. Labbé, Boulin, Coste, Uhry et Antonelli. Femme de 46 ans, hérédo-syphilitique, atteinte d'oligoarthrite avec psoriasis remontant à plus de 10 ans, qui traitée en 1928 par le thorium X, fut soumise entre 1932 et 1934 à une chrysothérapie prudente, associée à l'administration buccale de produits à base de pyramidon. Après quelques injections de 5 et 10 cc. de sel aurique, survint une chute des globules rouges et des globules blancs ainsi qu'une forte diminution des granulocytes. La malade parut se rétablir, quand survint une angine érythémateuse, puis une furonculose compliquée de purpura. La malade succomba avec une formule hématologique d'agranulocytose, puis de leucémie aiguë. L'or peut déclencher les symptômes leucémiques.

Méningite tuberculeuse chez un nourrisson vacciné par le B C G et en contact avec une adulte traitée par la collapsothérapie. — MM. Blechmann et Uhry. Enfant de quatre mois et demi vacciné par le B C G, meurt d'une méningite tuberculeuse avec bacilles dans le liquide céphalo-rachidien.

Réaction cutanée à la tuberculine positive. La mère avait présenté des signes de tuberculose pulmonaire traitée par la collapsothérapie. A sa naissance l'enfant fut éloigné et traité par le B C G. La séparation ne dura que 6 semaines, car on se fonda sur la sécurité d'un pneumothorax ancien et entretenu.

Cette communication provoque une longue discussion, à laquelle prennent part :

M. Paraf, qui déclare que l'immunité du B C G n'est que relative ;

M. Marfan, qui affirme que le B C G ne peut déterminer que des réactions faibles ou nulles et qu'une forte cuti-réaction témoigne d'un bacille très virulent ;

M. Lesné, pour qui le B C G ne peut supprimer aucune des mesures de prophylaxie antituberculeuse ;

M. Weill-Hallé, qui considère que l'injection par le B C G rend plus sûre l'acquisition de l'immunité ;

M. Lelong, qui fait remarquer que rien ne permet de savoir à quel moment on peut remettre en contact un enfant vacciné ; le délai de 6 semaines est sans valeur ;

M. E. Bernard, qui pense que la vaccination par voie sous-cutanée mériterait d'être diffusée ;

M. Rist, qui affirme qu'il convient d'être très réservé avant de remettre un enfant en contact avec une mère porteuse d'un pneumothorax.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 MARS 1936)

Le procès de la sacralisation. — M. Carle Roederer nous dit que le diagnostic de la sacralisation a connu une grande faveur au moment où le syndrome de Bertolotti a été connu en France, mais déjà des Maîtres s'étaient insurgés contre l'abus qu'on en faisait. Avec le recul du temps, on peut dire que trop souvent la constatation d'une sacralisation partielle et surtout de la simple hypertrophie de l'apophyse transverse de la cinquième vertèbre, même s'il y a certitude de contact avec la masse latérale du sacrum ou le tubercule iliaque, cache un autre diagnostic, comme il a été donné à l'auteur de le constater à différentes reprises (ostéites vertébrale ou sacro-iliaque, affections du petit bassin ou de l'arbre urinaire, etc.). Le vrai syndrome est rare. Quant au traitement, la proportion heureuse donnée par les statistiques en ce qui concerne l'exérèse fait penser que seuls les résultats favorables sont publiés. En pareilles circonstances, la greffe qui immobilise est peut-être préférable, à moins qu'un examen neurologique formel ne prouve la compression de la 5e racine antérieure lombaire.

Ulcère duodénal ancien. — Sténose pylorique. — Gastrectomie. (*Présentation de la pièce.*) — M. Pierre Le Gac, à propos de cette présentation, fait un plaidoyer en faveur de la gastrectomie large, seul traitement radical de l'ulcère ou gastrique ou duodénal. Opération sans danger si on opère loin de la poussée ulcéreuse, sur un malade bien préparé.

Traitement radiothérapique des infections inflammatoires. — M. Nemours Auguste nous dit que depuis de nombreuses années les radiologistes ont noté les bons effets de la radiothérapie dans les infections inflammatoires aiguës. Ce traitement est susceptible d'amener les guérisons de certaines infections aiguës soit profondes, soit superficielles. L'auteur, après avoir fait un court résumé de l'action des Rayons X dans les inflammations, mentionne les inflammations aiguës profondes qui peuvent bénéficier de ce traitement, et s'attache surtout à montrer les bons effets de cette thérapeutique dans les affections inflammatoires aiguës cutanées (furoncle, abcès, anthrax, abcès tubéreux de l'aisselle).

PRATIQUE MÉDICALE

UN TRAITEMENT CLASSIQUE DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX : L'HISTIDINE

par le docteur N. QUÉNÉE

Les premières communications sur l'histidine et son emploi dans ce que Lœper appelle la maladie ulcéreuse sont vieilles maintenant de plusieurs années (Société de Chirurgie, 31 mars 1933). C'est maintenant surtout que l'on peut faire des statistiques sur les résultats éloignés de ce traitement, car, ainsi que le fit remarquer Petit-Dutaillis lors de la communication de Weiss et Aron, l'ulcère étant une maladie essentiellement cyclique et susceptible de longues périodes d'accalmie, on ne peut avant un temps assez long juger exactement des résultats.

Il semble que l'on ait maintenant un recul suffisant pour discuter cette méthode.

De nombreux auteurs, dans tous les pays, ont apporté leur contribution à cette étude et les résultats qu'ils ont publiés sont tous à peu près concordants.

A Paris, Desplas, Lenormant et Fournial ont publié à la Société Nationale de Chirurgie (13 février 1935) quelques résultats.

Ils ont traité par l'histidine 11 ulcères gastro-duodénaux, soit :

4 ulcères de la petite courbure,
4 ulcères duodénaux,
3 juxta-pyloriques.

Sur les 4 ulcères de la petite courbure, ils ont obtenu 3 guérisons cliniques sans récidive et un échec.

Sur 4 ulcères duodénaux, 3 guérisons cliniques et un échec.

Sur 3 ulcères juxta-pyloriques, 1 guérison clinique et 2 échecs.

Soit, sur 11 ulcères, 7 guérisons et 4 échecs.

En Allemagne, Ratschow (Deutsche medizinische Wochenzeitung, 14 juin 1935) a publié une statistique nombreuse qui porte sur 67 malades.

Parmi eux, 35 étaient de vieux porteurs d'ulcus vérifiés radiologiquement, qu'aucune thérapeutique n'avait jamais influencés. Ils virent leur douleur disparaître dès les premières injections d'histidine.

Chez deux seulement de ces malades, les douleurs réapparurent à la cessation des piqûres.

Neuf malades aigus présentaient des crises douloureuses particulièrement violentes : 5 furent soulagés presque complètement par le simple emploi de l'histidine ; chez les 4 autres, il fallut adjoindre les antispasmodiques.

Chez 11 malades qui présentaient des crises douloureuses à type ulcéreux, mais sans confirmation radiologique de la présence d'un ulcère, il a obtenu 4 guérisons.

Enfin, chez 12 malades ayant eu autrefois une résection gastrique et chez lesquels on voyait apparaître des signes d'un ulcère peptique du jéjunum, il n'y eut que 5 améliorations véritables.

Soit, dans l'ensemble, 47 cas favorables contre 20 cas défavorables.

En Angleterre, David Smith (*Brit. Med. Journ.* 27 juillet 1935) publie des résultats à peu près analogues.

Il a remarqué que la première amélioration porte d'habitude sur l'élément douleur, et par la suite sur les signes généraux et radiologiques de l'ulcère.

Toutes ces observations prouvent bien la spécificité de l'histidine vis-à-vis de la muqueuse digestive.

Mais comment s'exerce cette action ?

D'après Stolz et Weiss, elle exercerait sur la muqueuse digestive une action trophique assez comparable à celle d'une hormone ou d'une vitamine.

Desplas, Lenormant et Fournial notent que l'histidine apporte presque toujours un état de repos remarquable à un estomac rendu douloureux et hypertonique par la lésion ulcéreuse.

Dans ces conditions, même si l'on est en présence de lésions trop graves pour guérir médicalement, et qui doivent être traitées chirurgicalement, l'histidine sera un traitement pré et post-opératoire de l'ulcère.

Pour Smith, l'action de l'histidine se prolonge pendant plusieurs mois : c'est pourquoi son administration intermittente ultérieure permet de prévenir les rechutes.

Au point de vue pratique, on peut se demander si l'histidine doit être employée seule, ou si elle doit être associée à d'autres thérapeutiques, classiques ou non, de l'ulcère.

Particulièrement doit-on associer l'histidine :

1° *Au régime ?* — Certainement oui. — Mais le régime des malades soumis à ce traitement sera considérablement élargi. Ce sera un régime auquel le malade se soumettra sans difficulté. Un point, cependant, sur lequel la plupart des auteurs s'entendent est la nécessité de maintenir la suppression de l'alcool.

2° *Aux pansements gastriques ?* — Stolz et Weiss le conseillent actuellement et notent que c'est ainsi qu'on obtient les meilleurs résultats.

3° *Aux antispasmodiques ?* — Certainement, dans un grand nombre de cas, l'atropine ou mieux le syntropan seront indiqués. Outre l'effet symptomatique de tous les antispasmodiques, ils exercent une action particulière en déterminant une hypersécrétion du mucus gastrique. Or, cette mucorrhée diminuera le taux de l'acidité gastrique.

Au point de vue pratique, ou plutôt au point de vue du médecin praticien, comment le problème va-t-il se présenter ?

Nous sommes en présence d'un ulcère qui a été constaté radiologiquement. Notre malade souffre, vomit, maigrit. On commence à parler du chirurgien.

D'urgence, nous le mettons à la diète hydrique et nous lui injectons une ampoule de Laristine (solution à 4 % de monochlorhydrate d'histidine). Nous continuerons chaque jour l'injection de Laristine, soit en injection intradermique de 1 cc. de solution, soit en injection intramusculaire de 5 cc. de la même solution.

Les douleurs et les vomissements doivent se calmer dès la 2e piqûre. S'ils ne se calment pas suffisamment, nous adjoignons à ce traitement les plâtrages classiques (bismuth, hydrate de magnésie, craie préparée, et belladone), mais sans cesser la Laristine quotidienne.

Au bout de quelques jours, lorsque la douleur aura disparu, on va pouvoir commencer à réalimenter le malade, lait d'abord, puis bouillies de céréales, puis purée de légumes, et on arrivera ainsi à un régime assez large, régime classique de la dyspepsie hypersthénique d'où seront bannis évidemment l'alcool pur, le café, les épices, etc...

Au bout de 3 semaines (soit 20 injections environ), on peut cesser la Laristine et essayer de laisser le malade sans médicaments.

Les antispasmodiques, cependant, pourront continuer à être employés utilement.

Et maintenant que la crise aiguë est passée, que faire ?

Nous conseillons à notre malade de revenir au premier symptôme de reprise de ses douleurs ou de ses vomissements. Et même s'il ne souffre plus, nous lui referons au bout de 3 ou 4 mois une nouvelle série de 6 piqûres de Laristine. Puis nous attendrons 5 à 6 mois pour recommencer une autre série.

Nous pensons qu'il sera bon de continuer ainsi pendant plusieurs années. C'est très peu de chose pour le malade (2 séries de 6 piqûres par an) et cela permettra de le guérir sans lui imposer un régime strict que du reste il n'aurait pas suivi.

NOTES POUR L'INTERNAT

ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE [1]

Sur la petite courbure. — I. Une *rigidité segmentaire*, un *aspect anglé.*

II. Un *point douloureux* qui pour avoir de la valeur, doit être bien localisé, net, constant.

Sur la grande courbure : une encoche spasmodique déterminant une fausse biloculation que l'on pourrait faire cesser par une injection d'atropine.

Il faut toutefois savoir que ce spasme gastrique peut être provoqué par un processus inflammatoire à distance gastrique, vésiculaire, appendiculaire, etc.

Au *niveau du pylore*, le plus souvent un transit normal, quelquefois un spasme entraînant un retard d'évacuation.

Evolution : Elle apporte un élément diagnostique capital : *l'évolution par crise.*

Le malade souffre tous les jours avec le même horaire post-prandial et est repris quotidiennement des mêmes douleurs pendant, huit, quinze jours, un mois, un mois et demi.

Si cela persiste plus longtemps, le diagnostic d'ulcus simple deviendra suspect et il faudra fort se méfier d'une transformation maligne ou d'une affection d'emblée maligne.

Le plus souvent d'ailleurs, le malade a dans son passé toute une série de crises analogues durant quelques semaines et séparées par des périodes de plusieurs mois, où il ne persiste que quelques troubles dyspeptiques vagues.

Dans ces poussées évolutives de l'ulcère, on insiste aujourd'hui sur le rôle de l'infection qu'attestent les réactions fébriles et la polynucléose.

Sous l'influence du traitement médical (repos, régime bien et longtemps suivi, pansements gastriques, antispasmodiques et calmants), associé ou non aux thérapeutiques plus modernes : protéinothérapie, histidine et acides aminés, pepsinothérapie, extrait parathyroïdien, insulinothérapie, on peut voir survenir une guérison complète tant clinique que radiologique.

Il faut d'ailleurs savoir que chaque poussée ne demande en général qu'à guérir, mais que les poussées ne demandent qu'à récidiver, et l'on sait combien il est difficile de juger une thérapeutique antiulcéreuse, vu cette évolution capricieuse de l'ulcus et la possibilité chez tel ulcus qui n'aura pas donné de signe pendant des années de se révéler parfois à nouveau à l'occasion d'une complication.

De plus, pour que le traitement médical amène ce résultat heureux, il faut que le malade puisse et veuille se soigner, sinon l'évolution va se faire vers :

L'ULCUS INVÉTÉRÉ. — A. Les *douleurs* ont modifié certains de leurs caractères, il faut donc les préciser à nouveau.

Intensité. — Elles sont toujours très vives, mais elles ne sont plus calmées par le traitement médical, car il existe une véritable névrite.

Horaire. — Il est moins net. Les douleurs ont tendance à devenir continues, permanentes.

B. *L'état général est altéré*, il existe un amaigrissement important.

C. Il existe parfois un *syndrome vagotonique net* (Loeper), caractérisé par des nausées, de la sialorrhée, de la bradycardie, de l'exagération du réflexe oculocardiaque.

Les examens complémentaires montrent aussi des modifications :

1° *La recherche du sang dans les selles* est presque constamment positive.

2° Le *tubage* montre une acidité variable, augmentée, normale ou même diminuée.

3° La *radiographie* montrera une *niche*, signe capital, pathognomonique de l'ulcère, image caractéristique dont il faut bien connaître les caractères dans l'ulcus authentique ;

Elle est ronde, régulière, proportionnée dans sa taille avec la durée de l'histoire clinique, quelquefois entourée par une petite dénivellation due à l'induration de la paroi voisine.

Tout autour d'elle la limite gastrique est régulière, non grignotée, non marécageuse ; les plis gastriques, quand on les voit, peuvent être attirés, ils ne sont pas coupés (Gutmann).

Classiquement, la niche à cette période était constante, et certains auteurs donnent comme preuve de l'efficacité d'un traitement, la disparition de l'image radiologique, mais pour d'autres aujourd'hui, celle-ci peut se voir, même à cette période entre les paroxysmes douloureux sans qu'il y ait nullement guérison définitive.

Quelquefois, en cas d'*ulcus pénétrant*, la niche prend un *aspect pseudo-diverticulaire* et elle peut être située à une certaine distance de l'estomac.

Le pédicule qui la relie à cet organe peut être ou non rempli.

La niche peut être à demi remplie de gaz.

A cette période, la rigidité, la rétraction des parois est au maximum, et il existe presque toujours un certain degré de périgastrite d'où quelquefois des formes gastriques bizarres (estomac en escargot).

Evolution. — Au début de cette période, on pourra encore essayer un traitement médical, mais s'il ne donne pas de résultat rapide, il faudra confier le malade au chirurgien qui pratiquera suivant les cas, les lésions observées, ses préférences personnelles :

Soit une *gastro-entérostomie*, qui met l'ulcère au repos, si bien que l'image radiologique morbide doit disparaître après intervention, mais qui ne met pas à l'abri de récidives, d'ulcus peptique et peut-être de dégénérescence, quoique ce fait soit contesté par beaucoup d'auteurs ;

Soit une *gastrectomie*, qui a pour but d'enlever à la fois la lésion et sa cause, mais qui reste grevée dans les mains des chirurgiens les plus entraînés d'une certaine mortalité.

En tous cas, après intervention, le malade devra encore être soumis à un régime, dont la sévérité s'atténuera avec le temps et à un traitement médical prolongé.

Non traitée, l'affection évoluera vers la cachexie, les douleurs deviennent constantes, l'amaigrissement rapide. Parfois, il est possible chez ces malades amaigris de sentir à la palpation une masse qui a des caractères néoplasiques et il est parfois impossible par la clinique et même à l'intervention, de faire le diagnostic avec un cancer.

Seul, l'examen histologique donnera la certitude.

(A suivre.)

JEAN FERROIR.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 35, p. 610.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 38. — SAMEDI 9 MAI 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (nomination). — *Consultation écrite.* — MM. Degos, 39,72; Cachera, 39,45; Michaux et Oumansky, 38,90.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX (nomination). — Séance du 4 mai. — MM. Reinhold, 17; Couvelaire, 16; Gérard-Marchand, 15.

Séance du 5 mai. — MM. Patel, 19; Longuet, 17; Mouchet, 18.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Jury : MM. Chatellier, Hautant, Bloch (André), Rouget, Halphen, Troisier, Chevassu.

Censeurs : MM. Huet, Aubin.

HÔPITAL D'ARGENTEUIL (SEINE-ET-OISE). — Un concours pour la nomination de six internes titulaires et de six internes provisoires à l'hôpital d'Argenteuil s'ouvrira le mardi 19 mai 1936, à 9 h. du matin, à l'hôpital d'Argenteuil.

Epreuve écrite : trois questions, anatomie, pathologie médicale, pathologie chirurgicale.

Epreuve orale : deux questions, pathologie médicale, chirurgicale ou accouchement, épreuve sur un cas d'urgence.

Pour tous renseignements consulter les affiches ou s'adresser à la direction de l'hôpital tous les jours non fériés, de 14 à 17 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat.* — Séance du 1er mai. — Candidats : MM. Chigot, Boudreaux, Monod, Mialaret, Lazard, Olivier, Calvet, Poilleux, Leuret, Beuzard, Barraya.

Première épreuve écrite : *Anatomie.* — Question donnée : « Configuration externe et rapports de la capsule surrénale droite. »

Epreuve écrite de pathologie chirurgicale. — Séance du 5 mai. — Question donnée : « Corps étrangers articulaires du genou. »

Epreuve écrite de biologie. — Séance du 6 mai. — Questions données : « Le staphylocoque. Caractères morphologiques et culturaux. — Pouvoir pathogène. — Immunologie. »

Bibliothèque. — Pendant la durée des concours d'agrégation le prêt des livres est suspendu.

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — Le concours d'agrégation de médecine, ouvert par l'arrêté du 31 octobre 1935, est reporté au lundi 11 mai 1936 pour les sections suivantes :

4. — Physiologie.
5 et 6. — Chimie médicale, physique médicale.
13. — Histoire naturelle pharmaceutique.
14. — Pharmacie.

— *Section de médecine générale.* — Candidats inscrits :

Académie de Paris : MM. Albot, Andrieux, Azerad, Bariéty, Benda, Blondel, Bonnet, Cachera, Caroli, Cattan, Coste, Decourt, Degos, Delarue, Doubrov, Dreyfus, Garcin, Gennes (de), Jacquet, Kourilsky, Lamy, Lelong, Lenègre, Marchal, Marie, Massias, Merklen, Mollaret, Patey, Péron, Perrault, Poumeau-Delille, Soulié, Uhry, Walich, Walser, Worms.

Académie d'Aix : MM. Brahic, Olmer, Raybaud.

Académie de Bordeaux : MM. Broustet, Dervillée, Gré, Massière, Traissac.

Académie de Lille : MM. Breton, Houcke, Huriez, Martin, Patoir, Warembourg.

Académie de Lyon : MM. Barbier, Barral, Chevallier, Croizat, Delore, Froment, Gardère, Guichard, Josserand, Levrat, Martin, Naussac, Thiers.

Académie de Montpellier : MM. Boucomont, Chardonneau, Lafon, Rimbaud.

Académie de Nancy : MM. Kissel, Michon.

Académie de Toulouse : MM. Bounhoure, Desforges-Mériel, Fabre, Gadrat, Planques, Stillmunkes.

Section de médecine générale. — Leçon de trois quarts d'heure. — Ordre de passage :

MM. Warembourg, Houcke, Caroli, Massière, Planques, Lafon, Patay, Patoir, Bounhoure, Martin, Gadrat, Froment, Boucomont, Gré, Massias, Brahic, Kissel, Bonnet, Stillmunkès.

Séance du 4 mai. — M. Warembourg : « Crises gastriques du tabes. »

M. Houcke : « Erythème noueux. »

M. Caroli : « Formes cliniques de la méningite tuberculeuse. »

M. Massière : « Leucémie aiguë. »

Séance du 5 mai. — M. Planques : « Mélitococcie. »

M. Lafon : « Tétanos. Formes cliniques. »

M. Patey : « Formes cliniques des abcès du poumon. »

M. Patoir : « Gangrènes diabétiques. »

Séance du 6 mai. — M. Bounhoure : « Pneumonie caséeuse. »

M. Martin : « Tuberculose intestinale. »

M. Gadrat : « Maladie d'Addison. »

M. Froment : « Diphtérie maligne. »

Section d'histoire naturelle et parasitologie. — Leçon de trois quarts d'heure. — Séance du 5 mai. — M. Sautet : « Rôle pathogène des amibes intestinales de l'homme. »

Leçon d'une heure. — Séance du 6 mai. — M. Sautet : « Etiologie des fièvres récurrentes. »

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Roy, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, stomatologiste honoraire des hôpitaux.

Au grade de chevalier. — M. Souweyne, chirurgien dentiste à Troyes.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A l'occasion du Congrès de médecine de Rabat ont été nommés dans l'ordre du Ouissam Alaouite :

Commandeurs. — MM. Chiray (de Paris), Tournade et Sénevet (d'Alger), Lépinay (de Casablanca).

Officiers. — MM. Moulaert (de Bruxelles) et Paul Chêne (de Paris).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — REPORT DE CRÉDITS. — Par décret en date du 24 avril 1936, une somme de 2.641.216 fr. 87 provenant du legs de Mme veuve Georget, dite Boursin, a été reportée du chapitre 65, exercice 1935, au chapitre 73 : « Lutte contre la tuberculose », exercice 1936, du budget de la santé publique et de l'éducation physique, en vue de la construction d'un sanatorium à Bullion (Seine-et-Oise).

PROCHAINE CONFÉRENCE DES VOIX LATINES. — Sous la présidence de M. le docteur Georges Duhamel, membre de l'Académie française, le professeur Jean Fiolle, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Marseille, membre d'honneur de l'Umfia, donnera, le mercredi 27 mai, à 21 h. précises, à l'Institut Océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, une conférence sur le sujet suivant : L'ordre latin dans les sciences, la biologie et la médecine.

REMISE DE LA MÉDAILLE DU DOCTEUR F. JAYLE. — La remise de la médaille du docteur F. Jayle aura lieu le mercredi 20 mai, à 21 h., au Centre Marcelin-Berthelot. Elle sera suivie d'une soirée artistique avec le concours d'artistes de l'Opéra et du Théâtre Français.

VACANCE. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Saint-Nazaire est déclaré vacant. (*J. O.*, 1er mai 1936, p. 4.558.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du docteur Joseph Mollard, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, membre du Comité de rédaction de *Lyon médical*. Nous prions nos confrères de *Lyon médical* de bien vouloir agréer l'expression de notre vive sympathie.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Gustave Martin, médecin colonel des troupes coloniales en retraite, médecin de l'Ecole centrale, ancien directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville. M. Gustave Martin, à qui l'on doit de belles recherches sur la pathologie exotique en Indochine et en Afrique, a été professeur à l'Ecole d'application de Marseille et fidèle collaborateur de l'Institut Pasteur de Paris.

RENSEIGNEMENTS

EX-INFIRMIÈRE DU VAL-DE-GRACE, sténo-dactylographie, anglais, notions d'allemand, demande emploi secrétaire, de préférence matinée seulement ou plusieurs jours par semaine. — Ecrire : Mlle Marie Cabrié, 168, rue de Grenelle (VIIe).

GARDE-MALADE diplômée demande garde en tout genre. — Lop, 50, avenue Félix-Faure, Paris (XVe).

REVUE GENERALE

LES PARENTÉS DE LA MIGRAINE [1]

Par M. A.-C. GUILLAUME.

La migraine et la diathèse rhumatismale. — Homolle écrit : « La migraine est certainement une des manifestations les plus communes et les plus précoces de l'état rhumatismal constitutionnel. » Il faudrait pourtant donner une définition de l'état rhumatismal constitutionnel. Voyons tout d'abord si ceux qui affirment l'existence d'un rapport de la migraine et du rhumatisme ont une conception précise du rhumatisme. Sarda écrit : « La migraine se rencontre chez les rhumatisants, surtout avant l'apparition des attaques articulaires. Le rhumatisme articulaire aigu accompagne peu cette névrose et alterne rarement avec elle. » A l'inverse, Homolle écrit : « Chez un grand nombre de migraineux apparaît tôt ou tard, le rhumatisme articulaire aigu. » Chaumier cite plusieurs observations de migraineux ayant des attaques de rhumatisme articulaire aigu.

Pour le rhumatisme chronique, Charcot affirme également l'existence d'un rapport avec la migraine, et tout spécialement de la migraine et du rhumatisme noueux, mais il fonde son affirmation sur les constatations faites en interrogeant trente femmes atteintes de rhumatisme noueux, et dont douze étaient ou avaient été migraineuses. C'est là une constatation sans aucune valeur, puisque, nous l'avons vu, la migraine atteint une femme sur trois. Sans aucune valeur également est une autre constatation de Charcot, celle de la cessation des migraines au début des accidents de rhumatisme chronique, car on sait très bien que la migraine cesse ou diminue chez la femme après la ménopause, alors que le rhumatisme chronique commence à cette période. On constate souvent une recrudescence des migraines dans le rhumatisme d'Héberden, mais, précisément, ce rhumatisme coïncide avec l'installation de la ménopause ou de la préménopause, pendant laquelle la migraine se réveille ou s'exacerbe.

Evidemment, quand on limite le rhumatisme à de simples douleurs, on est en droit de dire, comme le fait Sarda, que le rhumatisme musculaire, le rhumatisme vague, les nodosités rhumatismales éphémères, se rencontrent souvent associées à la migraine. Aujourd'hui, on dirait névralgie et cellulite et on serait tout aussi exact. En ce qui concerne le rhumatisme articulaire aigu, tous les cas rapportés ne sont pas des faits cliniques de la maladie de Bouillaud ; il y a des rhumatismes infectieux, goutteux, et des poussées aiguës dans des rhumatismes chroniques.

Le rhumatisme chronique est trop fréquent chez la femme, tout comme la migraine, pour que ces deux affections ne se rencontrent pas chez le même sujet, et plus encore dans son ascendance. Pour les cas indéniables de rhumatisme articulaire aigu, la coïncidence doit nécessairement se rencontrer dans quelques cas, car une affection est fréquente et l'autre n'est pas absolument rare.

Les statistiques publiées pour établir l'existence d'un rapport entre la migraine et le rhumatisme n'ont aucune valeur. Soula constate qu'il y a, chez 115 obèses, 48 fois du rhumatisme musculaire et 44 fois du rhumatisme aigu chronique. Chez 81 diabétiques, il y a 19 fois du rhumatisme musculaire et 36 fois du rhumatisme articulaire aigu ou chronique. Au total, 67 cas de rhumatisme musculaire avec 29 migraines, soit 43 %, et 80 cas de rhumatisme articulaire avec 34 migraineux, soit 42 %. Ces statistiques sont en réalité des statistiques à double détente, le rhumatisme ne figure ici qu'à titre élément de passage, et c'est en réalité l'obésité et le diabète, maladies dominantes, qu'il faudrait comparer.

Sarda constate dans 64 observations de migraineux, dans lesquelles sont indiqués les antécédents héréditaires, qu'il y a 31 fois, soit 48 %, le rhumatisme chez les ascendants. Cette fréquence du rhumatisme doit être la même dans l'ascendance de beaucoup d'autres malades. Quant aux observations isolées, celle, par exemple, des deux enfants d'une dame atteinte d'arthrite déformante et qui sont migraineux, ce sont là des faits sans aucune valeur, et qui, cependant, ont fait beaucoup pour accréditer ces théories.

A cette observation considérée comme probante par certains, je pourrais opposer une observation qui montre exactement l'inverse. Voici une famille, le père asthmatique est mort jeune. La mère vit encore, elle est âgée, elle a 80 ans passés, est totalement percluse de rhumatismes, le rhumatisme ayant commencé, dit-elle, à l'âge de 10 ans. Cette dame a quatre sœurs et trois frères. Des trois frères, tous sont morts jeunes, avant 30 ans, un de tuberculose pulmonaire. Les quatre sœurs sont vivantes et sont âgées ; trois ont des rhumatismes chroniques déformants fort importants, la quatrième n'a pas de rhumatisme, mais elle est migraineuse. La dame a cinq filles et quatre fils, et, de plus, elle a eu des avortements ; les fils sont tous morts dans l'enfance, les cinq filles, qui sont vers l'âge de la ménopause ou l'ont dépassé, ont actuellement des rhumatismes chroniques, fort intenses chez deux, moins importants chez les trois autres, mais très caractéristiques cependant.

Voilà donc une famille de 18 personnes dans laquelle on trouve, du côté maternel, une hérédité extrêmement importante de rhumatisme, puisque, sur les 17 personnes, descendants et collatéraux, qui appartiennent à cette famille, il y a chez 9 des 10 femmes des rhumatismes importants ; les hommes n'ont pas, semble-t-il, présenté de rhumatismes, mais ils ont disparu trop vite pour donner leur mesure dans cet ordre d'idée. Il est difficile de trouver une famille plus imprégnée de diathèse rhumatismale que celle-ci, et pourtant, dans toute la famille *il y a une seule migraineuse sur 10 femmes et 18 personnes en tout.* Si je voulais tirer une conclusion quelconque d'une telle observation, c'est, dans le cas de cette famille, que la migraine y était moins fréquente que dans la moyenne des individus.

Je sais bien que des observations isolées, même pleines d'intérêt, n'ont qu'une valeur relative, et que

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 36, p. 619.

les statistiques nombreuses sont seulement concluantes. Mais si l'on fait la part des fréquences normales de ces affections, on ne constate pas qu'il y ait plus de migraine dans les antécédents des rhumatisants, ou que les rhumatisants et leurs descendants soient plus atteints par la migraine que les non-rhumatisants. En fait, il n'y a pas de raison actuelle de croire à l'existence d'un rapport entre la migraine et la diathèse rhumatismale.

La migraine et les lithiases. — Dans mes statistiques les lithiases étaient chez les migraineux beaucoup plus fréquentes que dans la moyenne des individus, mais pour la lithiase rénale il faut tenir compte du rapport qui existe entre cette lithiase (en particulier phosphatique) et la toxi-infection de l'intestin ; et pour les calculs biliaires, retenons le fait comme une indication des rapports de la migraine avec les affections hépatiques.

La migraine dans ses rapports avec l'obésité, le diabète et les dermatoses. — L'obésité, que Bouchard rapporte à l'arthritisme, serait, par ce moyen, une des parentés de la migraine, et sur 108 obèses, Bouchard constate 44 cas de migraine, et Soula sur 115 obèses constate 48 fois la migraine, soit une proportion de 40 % de migraineux parmi les obèses. Ce qui est beaucoup, effectivement, s'il ne s'agit pas d'obèses du sexe féminin. S'il s'agissait surtout de femmes, cette importante proportion de migraineux n'aurait que peu de valeur, la fréquence de la migraine chez la femme étant de 30 % environ ; s'il s'agit d'obèses des deux sexes et plus encore s'il s'agit surtout d'obèses du sexe masculin, il semble y avoir, dans cette constatation, l'affirmation d'une parenté pathologique entre la migraine et l'obésité. Toutefois, cette parenté n'est pas nécessairement celle à laquelle on attribue le rapport existant entre les deux affections, en expliquant ce rapport par l'arthritisme et la goutte ; beaucoup plus vraisemblable est l'existence d'un rapport par l'intermédiaire des troubles hépatiques et intestinaux qui sont si fréquents dans l'obésité et, chez la femme, des troubles menstruels qui coïncident si souvent avec l'obésité.

Les faits que j'ai constatés ne montrent pas une telle fréquence de la migraine chez les obèses. Dans une même période, j'ai observé 54 migraineux et 19 cas d'obésité pathologique, car il est bien difficile de faire état des petites obésités (qui se séparent mal de l'embonpoint constitutionnel) ; trois de ces patients (trois femmes) étaient à la fois obèses et migraineux : la coïncidence est trop faible pour avoir aucune valeur pratique.

Sans aucune valeur est la constatation de Bouchard que sur 100 diabétiques il y a 18 migraineux, et celle de Soula que sur 81 diabétiques il y a 22 migraineux. Ces proportions sont de l'ordre des fréquences habituelles de la migraine sur 100 individus. Pour le diabète également, mes constatations sont opposées à l'existence d'un rapport avec la migraine. Pendant la période où j'ai examiné 54 migraineux, j'ai examiné 15 diabétiques, aucun de ces diabétiques n'était migraineux, ce qui est expliqué par le fait que ces diabétiques étaient tous des hommes et la fréquence de la migraine chez les hommes est 1 sur 15 individus. Trousseau, Bazin, insistent sur les rapports de la migraine et des dermatoses, et Chaumier note le rapport de la migraine, de l'eczéma, de l'acné et des furoncles ; mais on connaît aussi les rapports de ces affections de la peau avec les troubles de l'intestin, car, eczéma, acné, furoncles, sont presque toujours l'expression cutanée d'une toxi-infection intestinale. Comme pour l'obésité, le rapport de la migraine avec les dermatoses ne semble donc pas direct ; les dermatoses, comme l'obésité, sont des maladies derrière lesquelles se cachent divers désordres organiques, qui peuvent être précisément la raison d'être de ces rapports apparents avec la migraine. D'ailleurs c'est ce même désordre intestinal qui explique le rapport connu qui existe entre l'obésité et les dermatoses.

La migraine et l'asthme. — Depuis Willis, Tissot, Héberden, on connaît des cas dans lesquels l'asthme semble remplacer la migraine ; Liveing, Trousseau, Chaumier, ont rapporté des observations de faits semblables ; Soula constate que chez 64 migraineux il y avait 23 fois de l'asthme chez le malade ou ses ascendants, soit 35 % ; Bouchard fait la même constatation.

La coexistence de la migraine et des hémorroïdes est souvent affirmée aussi ; Sauvages décrit une migraine hémorroïdaire ; Trousseau rapproche les hémorroïdes de l'asthme, qui seraient deux conséquences de l'arthritisme et, avec la gravelle, seraient des manifestations de la goutte larvée ; Labarraque décrit une migraine pléthorique. Il y a beaucoup de confusion dans tout cela, car l'asthme est souvent mal défini cliniquement, et encore bien moins défini par les patients, pour qui toute dyspnée asthmatiforme, ou même toute dyspnée intermittente qui se répète, est un asthme véritable. Il faut donc être très réservé sur la valeur des renseignements fournis dans ce cas par les patients sur leurs ascendants, et même il faut accepter seulement sous réserve de confirmation fournie par l'exploration, les dires des malades en ce qui concerte leur propre asthme.

Dans les ascendants des migraineux que j'ai observés, j'ai constaté l'asthme, mais nettement moins souvent que le diabète et les cardiopathies ; il est donc difficile d'attribuer à cette constatation une valeur quelconque. Pendant la période où j'ai observé 54 cas de migraine, j'observais également cinq cas de rhume des foins ou de coryza spasmodique intriqués avec l'asthme, deux cas d'asthme sans rhume des foins et douze cas d'asthme ou de de dyspnée asthmatiforme associés à l'uricémie ; dans un seul cas l'asthme coexistait avec la migraine, encore s'agissait-il d'un asthme chez une hypertendue avec distension cardiaque.

La migraine, les lésions rénales et l'hypertension artérielle. — Greene rapporte qu'il a observé un grand nombre de cas de migraine indiscutable, « du type le plus violent et le plus persistant », surtout chez des femmes d'âge moyen ; ces états migraineux étaient associés à une insuffisance rénale « sans les autres symptômes de néphrite chronique avec lesquels les céphalées de ce type sont occasionnellement associées ».

Plusieurs de ces sujets suivis pendant environ quinze années après la première observation, ont succombé à une néphrite interstitielle nette avec hypertension.

Greene insiste tout particulièrement, d'ailleurs, sur le rapport clinique de la migraine, des néphrites chroniques et de l'hypertension. A propos des céphalées, il écrit : « Des céphalées unilatérales, à prédominance temporale, sont tout à fait communes dans certains cas de néphrite chronique avancée avec hypertension. » Il dit aussi : « D'une façon indiscutable, la migraine est souvent confondue avec les céphalées de l'insuffisance rénale et de l'hypertension artérielle. »

Je n'ai pas les éléments suffisants pour confirmer ou combattre catégoriquement cette conclusion. Il faudrait pour cela posséder les observations de migraineux suivis pendant quarante ans de leur vie, depuis l'âge de trente ans. Quelques faits me semblent cependant autoriser un jugement.

La fréquence moyenne de la migraine chez la femme est de 30 % environ ; si les conclusions de Greene étaient exactes, on devrait donc constater, après la cinquantaine, chez la femme, un très grand nombre de cas de néphrite chronique. Or il n'existe rien de semblable et si, après la ménopause, on constate beaucoup de cas d'hypertension artérielle, ce sont le plus souvent des hypertensions sans signe d'atteinte rénale. De plus, les constatations que j'ai faites dans un bon nombre de cas d'hypertension artérielle post ménopausique chez la femme, me permettent de conclure que la migraine n'est pas et n'a pas été plus fréquente chez ces patientes que chez celles n'ayant pas d'hypertension.

L'hypertension artérielle est très souvent observée après la ménopause, et, bien souvent, quand on a l'occasion d'examiner une même patiente pendant dix à quinze ans, on voit une personne, dont la pression artérielle était normale avant l'âge de la ménopause, devenir hypertendue dans les mois où se manifeste l'âge critique et rester ensuite hypertendue après la ménopause. J'ai observé un très grand nombre de cas d'hypertension artérielle post-ménopausique et j'ai pu les suivre souvent pendant plusieurs années et même au delà de quinze années ; chez toutes les patientes, j'ai fait procéder à plusieurs reprises à l'examen de la fonction rénale. *C'est dans de très rares cas seulement que j'ai constaté des signes permettant de conclure à l'existence d'une néphrite chronique.* Chez les malades atteintes d'hypertension de la ménopause, le taux d'urée sanguine ne dépasse pas 0 gr. 50, et le traitement de l'intestin et du foie abaisse facilement ce taux d'urée à 0 gr. 30. Il n'y a ni albumine, ni cylindres dans les urines, ni signes de rétention chlorurée, le seul trouble constaté est l'hypertension. C'est d'une façon exceptionnelle que l'on constate des signes de néphrite chronique dans ces cas d'hypertension considérés dans leur ensemble, on ne peut donc pas rattacher l'hypertension de la ménopause à une atteinte rénale. Le pronostic de ces formes d'hypertension observée chez la femme, après la ménopause, est en général bénin, et quand l'affection évolue vers des accidents graves, ce sont des accidents cardiaques (asystolie, mort subite), et des accidents cérébraux, (ictus cérébral), dans lesquels rien ne permet de croire à l'existence d'une cause rénale. Par contre, le facteur névropathique joue un rôle considérable dans la genèse de ces hypertensions et des accidents graves qu'elles produisent dans certains cas. Il est habituel de constater, dans ces hypertensions de la ménopause, d'importantes variations de pression artérielle en rapport avec l'état émotif de la patiente. Au cours de l'examen, si l'on parvient à rassurer la patiente, à dévier son attention de son hypertension, on voit celle-ci baisser rapidement et des hypertensions de 20 ou 22 à la maxima, revenir ainsi, en quelques minutes, à la normale, à 14. Si, au cours de l'examen, on ramène l'attention de la patiente sur l'hypertension, on voit la pression artérielle redevenue presque normale, monter rapidement pour atteindre les chiffres élevés habituels. Ces hypertendues de la ménopause sont des névropathes, émotives à l'excès, anxieuses, généralement insomniques ; les poussées hypertensives accompagnent chez elles des bouffées anxieuses, et il est facile de constater que ces périodes de recrudescence des phénomènes hypertensifs et anxieux sont consécutives à des périodes de tracas, d'ennuis, de préoccupations, que le caractère anxieux de la patiente exagère ou fait naître, souvent, d'une façon injustifiée. Quand il se produit des accidents graves : mort subite, ictus cérébral, c'est presque toujours dans une période d'exacerbation de l'anxiété, et d'une façon absolument indépendante du régime alimentaire.

Dans quelques cas de migraine, j'ai constaté, chez des femmes, une hypertension artérielle avant l'âge de la ménopause ; dans aucun cas, il n'y avait de signes d'atteinte rénale.

S'il existe une parenté entre la migraine et ses complexes cliniques post-ménopausiques, c'est bien plutôt l'état névropathique que l'état rénal qui assure cette parenté.

Dans une large mesure, on peut rapporter le phénomène hypertension, considéré isolément, aux réactions vasculaires de la sympathicotonie et des états anxieux, très souvent constatés chez les migraineux ; de même, les conditions déclanchantes des accès sont souvent des conditions sympathicotonisantes, ou capables d'exalter la sympathicotonie latente. Ce sont des conditions analogues que l'on retrouve donc à l'origine des accès migraineux et de l'hypertension de la ménopause. C'est peut-être là l'explication de la fréquence avec laquelle on constate, chez les migraineux, avant la ménopause, du spasme artériolique des membres et même de l'hypertension.

Il est bien évident que tous les cas d'hypertension post-ménopausique n'appartiennent pas au même groupe pathogénique de faits cliniques. Dans mes observations, il y a, parmi ces hypertensions, des formes rénales certaines (en très petit nombre) et des aortites syphilitiques, mais l'ensemble de ces formes symptomatiques aortiques ou rénales de l'hypertension n'est que la minorité des faits observés. La très grande majorité des hypertensions post-ménopausiques que j'ai observées, sont des hypertensions bénignes, bien tolérées pendant très longtemps, et pour lesquelles le mieux que puisse faire le médecin est de ne pas inquiéter la malade avec des régimes plus no-

cifs qu'utiles, des médications inopérantes et des examens avec mesures de tension, intervention dont l'effet le plus certain est de maintenir dans l'état d'esprit de la malade cette idée d'hypertension qui fait tant pour produire l'élévation de la pression sanguine. Dans tous les faits que j'ai observés, je ne trouve donc pas de raison de penser que la migraine constitue à l'âge moyen de la vie, comme le pense Greene, une indication de l'existence de lésions rénales qui vont se développer par la suite et aboutir le plus souvent à une néphrite chronique interstitielle.

La migraine, les dyspepsies et les troubles hépatiques. — L'existence d'un rapport entre la migraine et les troubles digestifs est, peut-être, de toutes les parentés pathologiques de la migraine, la plus anciennement reconnue.

Coelius Aurelianus, Alexandre de Tralle, Willis, Haller, Tissot, de Fajolle, Lasègue, ont, voici déjà longtemps, constaté que la migraine est produite par des troubles de la digestion, mais les lésions graves de l'estomac et de l'intestin sont rarement accompagnés de migraine.

Nombreux sont ceux qui ont noté l'existence d'un rapport avec la constipation ; Allory a même décrit une *migraine rectale*, et certaines personnes ne peuvent laisser passer un jour sans évacuer leur intestin, car le lendemain se produit la migraine.

Les dérangements d'estomac qu'éprouvait Haller dans sa jeunesse, étaient accompagnés de migraines violentes; comme le vin lui paraissait être la cause de ces dérangements, il s'en abstint et vit disparaître la migraine.

Un dérangement apporté aux habitudes dans l'heure des repas, ou un repas anormalement copieux ou de mets recherchés, peut avoir la même action.

De Fajolle signale le cas d'un sujet, migraineux depuis l'âge de douze ans, et qui peut, à volonté, se donner la migraine; il suffit pour cela qu'il boive en se couchant un ou deux verres de bière, ou qu'il mange sans sel ; le lendemain matin il est certain d'avoir un accès. L'explication de ces faits est possible. Chez certains patients, j'ai vu des boissons abondantes, un ou deux verres d'eau pris le soir en se couchant, donner des troubles et même des vomissements, les sujets disaient avoir une *indigestion d'eau*. De la bière prise dans les mêmes conditions produit, chez certains sujets, des troubles digestifs. On sait que chez certains sujets la déchloruration a des effets fâcheux et la rechloruration intensive permet la remise en état des humeurs et intervient pour modifier l'équilibre acide base, qui semble jouer un rôle important dans la production des accès migraineux.

Lasègue et Tissot admettent que la migraine est toujours symptomatique d'une lésion ou d'un trouble fonctionnel des voies digestives, que la migraine est une manifestation de la dyspepsie.

Niemeyer avait montré que l'accès migraineux est accompagné de désordres de l'évacuation biliaire intestinale.

Soula constate sept fois la migraine dans 22 cas de lithiase biliaire. Le foie est sensible à la pression et le malade a le teint subictérique pendant l'accès, les selles sont ou décolorées ou très bilieuses, remarque Clifford Allbutt ; il y a des désordres de l'estomac, et il existe un rapport entre les écarts de régime et les accès ; enfin le traitement est plus efficace s'il s'adresse à l'estomac. William Dale avait montré qu'un régime sévère peut guérir la migraine.

Par contre, Germain Sée, puis Chaumier, Sarda, font de fortes réserves sur les rapports possibles de la migraine et de la dyspepsie et pensent que les troubles hépatiques sont rarement observés.

La migraine et les troubles de la digestion intestinale. — A une époque où l'on ignorait tout des phénomènes de putréfaction, fermentations, stases, infections intestinales, il était inévitable qu'on n'ait pas compris les rapports de la migraine avec les troubles intestinaux. La connaissance du processus chimique de la digestion et l'étude radiologique du transit intestinal ont fait reconnaître l'existence d'un rapport entre les troubles de ces fonctions de l'appareil digestif et les migraines.

Pour les phénomènes chimiques, Kellog attribuait la migraine à la digestion défectueuse des viandes dans certains cas, et dans d'autres cas à celle des substances amylacées. De même Brown attribue certaines migraines à une ingestion excessive d'hydrates de carbone et d'autres migraines à une ingestion excessive de protéines animales. Minot arrive à la même conclusion quand il attribue la migraine à une alimentation excessive en protéines et en hydrates de carbone. Pasteur Vallery-Radot reconnaît que certaines migraines sont liées à l'absorption d'albumines animales, la suppression de ces albumines animales faisant disparaître les migraines. On comprend nettement, quand on compare ces constatations aux états intestinaux, que les migraines ainsi produites sont la conséquence de phénomènes de putréfaction (albuminoïdes) ou de fermentations (hydrates de carbone), et il est facile, dès lors, d'imaginer les rapports que peut présenter la migraine avec les causes favorisantes des phénomènes de putréfaction ou de fermentation (constipation, stases, infection de l'intestin, troubles de la digestion gastrique et intestinale, troubles des sécrétions gastrique, biliaire, pancréatique et intestinale, alimentation défectueuse, troubles de la mastication, alcoolisme).

En ce qui concerne la stase intestinale, nombreux sont ceux qui, récemment, ont attribué la migraine à un trouble moteur de l'appareil digestif. Von Noorden, Hurst, signalent les rapports de la migraine avec la constipation. Lane en fait un des nombreux effets de la stase iléale, à laquelle il rapporte tant de maladies. Bastédo, Ruppert et Wilson en font une conséquence de la stase intestinale chronique. Einhorn propose de traiter la migraine par la colectomie. Duval et J.-C. Roux, puis Hartstock, Mac Clure et Huntsinger, Dias, attribuent certaines migraines à une cause duodénale. Higgins signale les bons effets de la duodéno-jéjunostomie sur certaines migraines, et Vincent Lyon a signalé les bons effets du tubage duodénal. Chiray et Triboulet, puis Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier ont confirmé ces résultats dans certains cas de migraine qu'ils attribuent à une origine biliaire. C'est

aux mêmes effets que l'on attribue les résultats du drainage médicamenteux par la magnésie, la crème, les peptones. Haug et Wohrmann conseillent l'emploi du lavage duodénal. Greig attribue certaines migraines à la distension de l'estomac, Leven à la ptose gastrique.

Les migraines hépatiques. — Les troubles du foie ont été signalés chez les migraineux par Rémond et Rouzaud (cholémie et urobilinurie), Sédillot, et surtout Faroy (cholécystite et congestion hépatique), Chiray (cholécystatonie). Faroy, dans 200 observations de migraine, constate l'existence d'affections vésiculaires dans 130 cas, soit 65 % ; d'une congestion hépatique sans atteinte vésiculaire dans 48 cas, soit 24 % ; de troubles digestifs dans 22 cas, soit 11 %. Les troubles hépatiques observés sont des phénomènes douloureux vésiculaires, lithiasiques ou non, des stases biliaires avec distension vésiculaire permanente ou passagère, des congestions actives du foie avec augmentation de volume et sensibilité, un état d'hépatisme (cholémie) ou de dysfonctionnement hépatique plus ou moins latent chez des malades présentant seulement des troubles gastriques ou intestinaux. Tous les hépatiques ne sont pas des migraineux, mais tous les migraineux sont des hépatiques et la migraine ne peut se produire que si le foie est lésé. On voit souvent les accès de migraine coïncider avec des crises vésiculaires ou des poussées de congestion hépatique ; quelquefois les accès de migraine précèdent les douleurs hépatovésiculaires ; plus rarement la migraine suit les accidents aigus hépatiques.

Dans l'ensemble, on ne précise pas beaucoup l'importance du trouble hépatique au delà des suppositions faites sur les modifications de la fonction protéopexique et sur la stase biliaire vésiculaire ou intrahépatique.

Chiray avait, avant, montré que certaines céphalées et même la migraine ont leur origine dans un trouble de l'évacuation vésiculaire. Le drainage médical de la vésicule guérit les céphalées. La migraine biliaire aurait pour origine une hypotonie de la vésicule avec stase biliaire ou cholécystatonie.

Les migraines alimentaires. — Autrefois on rapportait aux troubles digestifs les faits, connus et souvent constatés, de migraines déclanchées par certains aliments ; aujourd'hui on dit migraines anaphylactiques. Mais il n'est pas sûr que la conception moderne soit exacte. Lasègue ne put jamais manger de chocolat sans être pris, après quelques minutes, d'un accès de migraine. Il faut faire observer, cependant, que le premier accès déclanché chez lui par le chocolat, le fut dans des conditions un peu particulières : un jour de concours général, Lasègue, concurrent à cette épreuve, mange du chocolat, dès le début du travail, pour éviter d'être à court d'aliments ; à peine avait-il mangé ce chocolat qu'il ressentit un vif malaise, croissant en intensité, qui devint un accès de migraine ; depuis ce jour, le chocolat produisit chez Lasègue, quelques minutes après l'absorption, un accès très violent. Cinq ou six ans après, l'accès ne se produisait qu'une demi-heure environ après l'ingestion ; dix ans après c'était une heure après l'ingestion ; enfin la migraine produite par le chocolat cessa de se produire.

Cl. Bernard avait une migraine s'il prenait de l'eau acidulée.

Dans d'autres cas, les féculents, le lait, produisent l'accès ; les boissons alcooliques en sont également souvent la cause.

Le chocolat de Lasègue a eu une renommée exceptionnelle et l'on a reproduit cette observation du célèbre médecin sans se demander suffisamment quelle est sa véritable signification. Il est à remarquer qu'au début, la migraine était produite, chez Lasègue, quelques instants après l'ingestion du chocolat. Or, dans mes observations, j'ai plusieurs cas de migraine déclanchée par le chocolat, dans tous les cas la migraine survient de huit à quinze heures après l'ingestion, le lendemain matin en général du jour où a été commise cette extravagance alimentaire ; dans les constatations fort attentives de Pagniez et Nast (migraine produite par le chocolat) et celles de Lubbers (migraine produite par des haricots), l'accès se produit également huit heures après l'ingestion. Il en est ainsi dans les migraines produites par divers aliments et considérées comme migraines allergiques ; dans tous ces cas, la migraine apparaît seulement plusieurs heures après l'ingestion (Vaughan). Cette apparition retardée de quelques heures par rapport au moment de l'ingestion, est beaucoup plus conforme à ce que l'on sait de l'absorption des substances par voie digestive et des modifications humorales produites par les substances pénétrant par la voie digestive. L'observation de Lasègue peut donc être interprétée bien différemment d'une action particulière du chocolat ; l'état émotif du concours a, chez le prédisposé Lasègue, produit l'accès de migraine ; celui-ci a été attribué au chocolat, par suite, vraisemblablement, de la coïncidence (qui se serait produite avec n'importe quelle autre substance ingérée à ce moment) ; à cette occasion, s'est produit, dans l'esprit de Lasègue, une idée-choc associée au chocolat ; toute ingestion de chocolat a, par la suite, amené les mêmes réactions du psychisme et l'action déclanchante de l'idée-choc ; avec le temps, l'impression s'émoussant de plus en plus, la réaction s'est faite plus tardivement, puis disparut.

Ces remarques sur l'interprétation qu'il faut donner à l'observation de Lasègue ne diminuent rien, d'ailleurs, des effets déclanchants produits par certains aliments dans des conditions légitimes. Actuellement, à la suite de Lesné et Richet, puis de Pagniez, Pasteur Vallery-Radot et Nast, on attribue volontiers les migraines alimentaires à des phénomènes anaphylactiques dus à l'ingestion de substances protéiques. La migraine produite par certains aliments serait une migraine par anaphylaxie alimentaire. Il y a d'assez importantes réserves à faire sur le caractère anaphylactique de telles réactions digestives. Les aliments agissant pour produire l'accès n'ont pas toujours un effet allergique ; en dehors des modifications apportées à l'équilibre des humeurs, il y a des toxiques, parmi lesquels des protéines, qui atteignent les humeurs et produisent des réactions, non par l'effet d'une allergie préalable, mais parce que le tube di-

gestif, altéré et troublé, effectue la désintégration digestive des albuminoïdes dans des conditions anormales ; qu'il laisse passer, dans les humeurs, des protéines anormales et toxiques, qui interviennent à la manière des chocs anaphlyactiques, mais en dehors de tout terrain allergique. *Ces migraines produites par les aliments sont des migraines d'origine digestive et non pas des migraines anaphylactiques.*

Dans mes observations, les accidents anaphylactiques se sont produits en corrélation avec des poussées de troubles hépato-intestinaux et une recrudescence des céphalées et des migraines, montrant bien ainsi le rapport des troubles digestifs et des phénomènes migraineux anaphylactoïdes.

La migraine et les troubles digestifs. — Les observations que j'ai faites montrent que la condition digestive est de beaucoup la plus importante dans la migraine. La proportion des troubles intestinaux graves observés chez les migraineux est, dans mes observations, de 90 % des cas, celle des troubles hépatiques et biliaires de 65 % des cas. Les troubles intestinaux constatés sont des stases coliques, iléales ou duodénales, des toxi-infections intestinales graves.

Les troubles hépatiques sont des cholécystites lithiasiques, des cholécystites sans symptômes de calculs, avec ou sans ictère, des hépatites avec ou sans ictère. Les faits dans lesquels on a constaté seulement des troubles intestinaux caractérisés par la constipation ou la diarrhée habituelles, ou des signes de colite légère, même s'il existait des parasites, n'ont pas été comptés. De même les cas dans lesquels l'atteinte hépatique était révélée seulement par les signes urinaires ou par des troubles de la fonction protéopexique. S'il fallait compter les cas dans lesquels on constate ces symptômes, la proportion des troubles intestinaux serait, dans mes observations, presque 100 % et celle des troubles hépatiques au moins 90 %. En tenant compte des réserves que je viens de faire et pour utiliser seulement les faits d'atteinte grossière et importante de l'intestin et du foie, je trouve, parmi 54 observations de migraines. Stase duodénale prédominante avec troubles hépatiques sans cholécystite, 2 fois ; stase duodénale prédominante avec hépatite, ictère et cholécystite, 2 fois ; stase iléale associée à stase colique, 1 fois ; stase colique, iléale et mégacolon, 1 fois ; stase colique droite seule avec toxiinfection, 8 fois ; stase colique avec hépatite et cholécystite, 10 fois ; stase colique avec hépatite et éventuellement ictère, 8 fois ; toxi-infection intestinale seule, 6 fois; toxiinfection intestinale avec hépatite et éventuellement ictère, 8 fois ; lithiase biliaire prédominante, 3 fois ; cholécystite non lithiasique prédominante, 1 fois.

Ainsi, *sur 54 malades*, 46 *avaient des troubles intestinaux grossiers et graves, et 30 fois ces troubles intestinaux grossiers étaient associés à des troubles hépatobiliaires importants.* De plus, dans quatre autres cas il existait des troubles hépatobiliaires fort importants avec troubles intestinaux de second plan et qui, pour cela, ne figurent pas ici. Il est évident que l'argument thérapeutique n'est pas une preuve, mais il faut constater que le traitement intestinal et hépatique a produit dans ces cas une amélioration ou une guérison, et d'autre part on voit que l'évolution de la migraine suit assez étroitement l'évolution des conditions intestinales.

Les équivalents migraineux. — Il est très fréquent de constater, soit alternant avec la migraine chez le patient, soit associées avec le terrain migraineux dans l'ascendance, la descendance ou les collatéraux, des affections que Widal désignait volontiers sous le nom de *maladies colloïdoclasiques*, et par exemple l'asthme, l'urticaire, le coryza spasmodique. Cette constatation est déjà ancienne, elle est la raison des rapports établis depuis longtemps entre la migraine et la constitution exsudative de Czerny, faits qui ont été déjà étudiés. Les *crises acétonémiques* chez l'enfant ont aussi un rapport de fréquente coexistence avec la migraine elle-même et avec l'hérédité migraineuse. Tous ces états, comme également la *tachycardie paroxystique*, peuvent être associés à l'accès migraineux ou se substituer à lui ; une de ces affections remplaçant alors l'accès migraineux, ou inversement. Ceci, comme la constatation des mêmes alternances et substitutions dans les rapports héréditaires et familiaux de la migraine et de ces affections, a fait considérer ces diverses affections comme pouvant, à l'occasion, être un équivalent de la migraine.

Il en est de même des crises d'angor, qui sont souvent observées chez les migraineux. Il y a donc entre la migraine et ces différentes affections, une certaine parenté pathologique ; encore faut-il expliquer la nature de ces rapports de parenté, car les états acétonémiques de l'enfant ont d'étroits rapports avec les troubles hépatiques et intestinaux, dont ils sont une conséquence, la tachycardie paroxystique est souvent la conséquence d'un état anxieux et sympathicotonique et nous avons étudié les rapports des maladies colloïdoclasiques avec les états digestifs et endocrino-sympathiques.

Il faut s'entendre aussi sur la valeur donnée au terme équivalent dans ces cas. Ici, l'équivalent de la migraine n'est pas une affection de même nature mais de symptomatologie différente, *c'est une crise de nature différente mais qui peut remplacer une autre crise de caractère habituel*, en l'espèce l'accès de migraine, et *qui peut le remplacer chez l'individu comme dans la lignée familiale.* Les travaux de Richards et Balyeat sur l'hérédité de l'allergie, les ont conduits à des conclusions qui sont en partie acceptables et conformes à cette notion de l'équivalent que je viens d'indiquer. La migraine, et d'autres affections allergiques, *seraient des affections interchangeables dans la lignée héréditaire et familiale*, et c'est la loi de Mendel qui régit l'hérédité. Les conclusions de Ball sont semblables, et les conclusions statistiques de Buchanan semblent bien montrer aussi que la loi de Mendel régit l'hérédité migraineuse. La loi de Mendel est, rappelons-le, la suivante : Si l'on croise deux êtres ayant des caractères différents, ayant par exemple un pelage de couleur différente, le caractère de l'un des deux êtres domine l'autre ; de leurs rejetons, les trois quarts auront la couleur de l'être dominant (caractère dominant), un quart aura la couleur de l'être dominé

(caractère dominé). Le croisement entre les êtres des trois premiers quarts donne naissance à des êtres qui sont, pour les trois quarts du caractère dominant, et pour un quart du caractère dominé. Si l'on croise les êtres métis de première génération avec des êtres neufs ayant le caractère dominé, on obtient un nombre égal d'êtres ayant les uns le caractère dominant, les autres le caractère dominé.

La proportion des trois quarts est la première proportion mendélienne, celle de la moitié est la deuxième proportion mendélienne.

Dans les constatations de Buchanan, on voit que, sur l'ensemble des familles où l'un des parents est migraineux, un quart des enfants sont migraineux, les trois quarts sont indemnes ; la proportion reste la même si, au lieu d'un des parents, c'est l'un des oncles, tantes ou l'un des grands-parents qui étaient migraineux. Ceci semble confirmer la loi des quarts, ou première proportion de l'hérédité mendélienne. Quand le père et la mère sont migraineux, Buchanan constate que tous les enfants sont migraineux. J'ai fait des constatations analogues qui semblent confirmer la loi des quarts ou première proportion.

Cependant, c'est beaucoup moins la nature pathologique directe de ces équivalents qu'il faut voir, que leur sens pathogénique. L'asthme, avec ses nombreuses variétés, doit être retenu beaucoup moins au titre de maladie séparée, qu'à celui de manifestation éventuelle d'un choc humoral, d'une crise vasculaire ou d'une réaction brutale de vagotonie d'origine humorale. Il en est de même du coryza spasmodique, et l'urticaire est à retenir comme un état anaphylactoïde. Si ces affections sont associées à la migraine, c'est beaucoup moins, selon toute apparence, parce que ces affections sont de même nature pathologique que la migraine, mais parce que, *à l'origine de l'accès migraineux, il y a des conditions digestives et intestinales dont l'une des conséquences directes peut être la migraine, mais dont d'autres conséquences sont justement l'urticaire, l'asthme, le coryza spasmodique, et toutes ces maladies colloïdoclasiques ou anaphylactiques.* Conditions qui trouvent, *aussi bien pour la migraine que pour les anaphylactoïdes, un terrain nerveux organo végétatif préparé par les conditions héréditaires et familiales*, et il semble bien que ce terrain nerveux organo végétatif nécessaire à la migraine est bien voisin de celui qui est nécessaire à la production des anaphylactoïdes.

C'est également le terrain organo végétatif commun qui explique que l'on puisse considérer la tachycardie paroxystique ou l'angor comme des équivalents migraineux. Il est bien évident qu'un bon nombre d'accès de tachycardie paroxystique ou de crises d'angor, n'ont absolument rien de commun avec la migraine ; les douleurs angineuses des aortiques, celles de l'infarctus du myocarde ou de l'angine de poitrine véritable, sont des affections totalement différentes de la migraine. Il n'en est pas de même des accès de tachycardie paroxystique que l'on voit survenir chez les névropathes anxieux à système sympathique éminemment excitable et qui, sous l'influence d'un médicament sympathicomimétique, d'une émotion, ou d'une idée-choc, vont déclancher un accès. Ce sont les mêmes sujets qui, pour les mêmes raisons, auront des crises d'angoisse avec douleur précordiale, de l'aérophagie, des crises de vaso-constriction et du tremble-

ment et parfois de la diarrhée, de la tachycardie et des frissons. C'est le syndrome anxieux, dont les éléments psychiques passent souvent au second plan des éléments physiques. Tous ces malades sont des patients à système nerveux organo végétatif excitable, ce sont des sympathicotoniques ou des patients aptes à faire des accès de sympathicotonie. Or, la migraine est très souvent produite par la sympathicotonie et les actions sympathicotonisantes.

Entre la migraine et ces équivalents il n'y a donc pas de parenté pathologique, il y a seulement parenté ou analogie de pathogénie; c'est le mode de production de la migraine et des autres affections équivalentes qui, dans une partie de l'enchaînement de leurs processus, suivent une voie semblable et peut-être commune, mais entre les aboutissants il n'y a pas de parenté directe : l'infection pneumococcique est de même la ligne pathogénique commune à certaines congestions pulmonaires et à certaines péritonites, cependant on ne peut pas dire que congestions pulmonaires et péritonites aient, en dehors d'un agent microbien commun, une parenté directe quelconque, ce sont deux aboutissants différents d'une même cause et cela implique qu'à un processus commun aux deux affections est venue s'ajouter une débilité locale qui explique la localisation sur l'un ou l'autre organe.

Les véritables parentés pathologiques de la migraine. — L'étude des parentés pathologiques n'est pas *une investigation étiologique*, elle est autre chose, un problème *à côté* de celui de l'étiologie ; elle est seulement *une étude des affections avec lesquelles la migraine est éventuellement associée*, et l'est, éventuellement, d'une façon si fréquente, que l'on est en droit de penser à l'existence, entre ces affections, d'une parenté de nature et d'une parenté de processus physiopathologique. C'est en cela que l'étude des parentés de la migraine comporte un réel intérêt théorique et pratique, un intérêt qui dépasse la simple curiosité.

La migraine est si fréquente qu'on lui a découvert beaucoup de parentés, des parentés avec beaucoup d'affections très différentes. L'étude des faits montre cependant, le plus souvent dans ces cas, que l'imagination a été bien vite en besogne et a pris les apparences pour des réalités. Il en est ainsi, tout au moins, de la plupart des parentés invoquées, qui n'ont avec la migraine aucun lien pathologique direct. Seules les affections digestives, les affections hépatiques, les phénomènes névropathiques ont un rapport de parenté qu'il semble difficile de contester, et ceci, confirmant les constatations faites dans les recherches étiologiques, est d'une certaine valeur dans la connaissance physiopathologique de cette affection.

Les voies aériennes et la tuberculose, par G. Portmann, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux, et H. Retrouvey, ancien laryngologiste des hôpitaux de Bordeaux, médecin des dispensaires antituberculeux du Finistère. Un volume de 312 pages avec 30 figures (Bibliothèque de phtisiologie). — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(Séance du 5 mai 1936)

Eaux minérales. — M. Pouchet. Rapport sur des demandes en autorisation d'eaux minérales et adoption d'un vœu présenté au nom de la Commission des eaux minérales. « L'Académie, estimant que tout médicament destiné à l'usage hypodermique doit être parfaitement stérile, demande que les ampoules d'eaux minérales pour injections soient soumises à un contrôle bactériologique fréquent et qu'elles ne puissent être utilisées que si leur pureté bactérienne a été strictement vérifiée. »

Les crises épileptiques jacksoniennes ou généralisées au début de la sclérose en plaques. — MM. Georges Guillain et P. Mollaret attirent l'attention sur les crises épileptiques qui peuvent être la première manifestation apparente de la sclérose en plaques. Ils en rapportent quatre cas personnels qu'ils comparent avec ceux recueillis dans la littérature médicale.

Certaines de ces crises présentent le caractère jacksonien et peuvent être suivies de troubles paralytiques transitoires ou permanents. Ces crises sont parfois créées par la première poussée évolutive de la sclérose en plaques et peuvent précéder de plusieurs années les autres signes cliniques qui assurent le diagnostic. De telles crises accompagnées de céphalée font penser à l'existence possible d'une tumeur cérébrale, l'erreur de diagnostic a été commise par des neurologistes très compétents et des malades ont été opérés pour des tumeurs cérébrales, alors qu'ils n'avaient que des lésions de sclérose en plaques.

D'autres crises peuvent se présenter avec l'aspect classique des crises épileptiques généralisées dites essentielles, sous l'apparence aussi du petit mal et éventuellement de l'épilepsie partielle continue de Kojewnikow.

MM. Guillain et Mollaret pensent que l'on peut se demander si certaines crises dites essentielles des adultes, pour lesquelles on ne peut déceler souvent aucune cause apparente, et qui ne se renouvellent pas, ne peuvent être créées par une forme fruste et abortive de la sclérose en plaques. La présence éventuelle dans le liquide céphalo-rachidien de réactions colloïdales positives impliquera non seulement le traitement classique de l'épilepsie par le luminal, le gardénal et les sels de bore, mais aussi un traitement anti-infectieux par le salicylate de soude, l'urotropine, la quinine, les métaux colloïdaux, l'antimoine.

Les crises épileptiques de la sclérose en plaques sont en rapport avec des foyers d'encéphalite infectieuse évolutive, elles sont semblables, quant à leur pathogénie, à celles que l'on constate dans d'autres maladies infectieuses du névraxe : la syphilis, les trypanosomiases, l'encéphalite de von Economo, les diverses encéphalites à ultra-virus neurotrope.

Nouvelles données sur la syphilis expérimentale cliniquement inapparente. — M. Levaditi présente un travail de ses collaborateurs G. Stroesco et A. Vaisman, d'où il ressort qu'en appliquant une méthode d'imprégnation argentique plus perfectionnée, on constate que la syphilis expérimentale de la souris n'a d'apparent que son évolution clinique (absence de syphilome et de tout autre symptôme visible). En réalité, l'animal devient, à un moment donné, une véritable culture de *Treponema pallidum*, le parasite se multipliant dans le revêtement cutané (derme et épiderme), le système réticulo-endothélial, le tissu interstitiel de certaines glandes, le périoste. Sa présence dans les nerfs cutanés, les ganglions rachidiens et les racines nerveuses, indique son

acheminement de la peau vers les centres nerveux, le long des connexions nerveuses. Malgré la virulence du cerveau et de la moelle, les auteurs n'ont pas décelé de tréponèmes dans le névraxe proprement dit. Pour quelles raisons une telle pullulation de tréponèmes virulents reste-t-elle inapparente du point de vue clinique et lésionnel chez certaines espèces animales, alors que chez d'autres (tels l'homme, le singe, le lapin), elle déclanche des accidents cutanés, muqueux, splanchniques ou névraxiques ? C'est ce que des recherches en cours ne tarderont pas à nous révéler.

Du danger de contamination tuberculeuse par le personnel des services d'enfants (maternités, crèches et hôpitaux), et ses conséquences pratiques. — M. B. Weill-Hallé insiste sur les points suivants :

1° Nécessité d'un contrôle permanent du personnel des maternités, crèches ou services d'enfants, par un examen renouvelé à intervalles relativement courts et s'ajoutant à l'examen initial très complet.

Cet examen devra être effectué par un médecin spécialisé tous les six mois au minimum, et plus souvent si quelque incident le justifie (pesée, auscultation, radiographie).

2° Tout agent suspect ou guéri après un incident pathologique, même douteux, et *a fortiori*, après bacilloscopie positive, même transitoire, sera éliminé définitivement des services d'enfants ou maternités.

Répartition géographique actuelle de l'acrodynie en France et hors de France. — MM. Péhu et J. Boucomont (de Lyon) ont effectué une vaste enquête afin de déterminer l'allure générale de l'acrodynie infantile.

Une statistique complète est d'une réalisation difficile. Cette maladie n'est pas encore suffisamment connue : sa déclaration n'est pas obligatoire. On ne peut donc donner qu'une idée approximative sur la répartition actuelle de l'acrodynie.

Il apparaît cependant que, en France, cette maladie est assez répandue. Elle n'épargne aucun territoire. Elle sévit dans la région parisienne. Le Nord est frappé. Il en est de même des régions nancéienne, franc-comtoise, chalonnaise, rémoise, lyonnaise. Autour de Saint-Etienne et dans le Forez nombreux sont les cas. On la signale également dans le Vaucluse, dans la région montpelliéraine, dans le Sud-Ouest, particulièrement dans la région de Bordeaux, où M. Rocaz l'a étudiée avec grand soin. On la trouve dans le centre de la France, en Anjou, dans la région mancelle, en Bretagne.

La Belgique, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne en présentent des cas assez nombreux. La partie nord-ouest de la Suisse est frappée. En Allemagne, c'est le sud-ouest qui paie un tribut assez important à la maladie, tandis que les autres parties du Reich sont indemnes. Certains pays sont peu atteints : Autriche, Hongrie, Pays balkaniques, Italie, Espagne, Portugal. Particularité à noter et qui est très importante : les Pays scandinaves ne sont nullement envahis.

En dehors de l'Europe, l'Australie paie un lourd tribut à la maladie, de même les Etats-Unis. L'Amérique du Sud en présente peu. Nous ne savons à peu près rien sur l'Afrique, rien de l'Asie.

Sa répartition ne semble pas obéir à des lois géographiques ou climatériques définies.

On s'accorde à reconnaître que dans les régions atteintes les cas d'acrodynie sont les uns isolés, les autres groupés en foyers de faible densité. Ils surviennent avec une prédominance nette dans des localités rurales d'une population minime. L'acrodynie n'est pas une maladie « urbaine » ; elle frappe peu les grands centres.

Si actuellement, du moins en France, elle est assez répandue, cependant elle ne se présente nullement sous la forme d'une épidémie massive. D'une façon générale, les cas sont sporadiques.

Un nouvel élément dans le corps humain : le titane. — MM. L.-C. Maillard et Jean Ettori.

Relation entre la gravité de l'anaphylaxie, de la tuberculose et la sensibilité de l'organisme aux substances parasympatho et sympathomimétiques, chez quelques espèces de mammifères. — M. F. Maignon.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMITÉ D'ACTION CORPORATIVE DES GROUPEMENTS MÉDICO-PHARMACEUTIQUES DE PARIS ET DE LA SEINE

28, rue Serpente, Paris (VIe).

Un cahier de revendications des groupements médico-pharmaceutiques de Paris et de la Seine a été soumis à MM. les candidats aux élections législatives.

En voici le texte :

Revendications de la corporation médico-pharmaceutique.

1° Toute question touchant la santé publique ou la médecine sociale ne saurait être résolue sous une forme législative ou autre sans l'avis préalable des organisations professionnelles.

2° Le statut de l'Assistance publique à Paris et dans la Seine doit être révisé, en vue de l'exclusion rigoureuse des malades aisés des hôpitaux et des dispensaires, où ces malades ne doivent pas avoir place. Leur entrée dans ces établissements nuit aux intérêts légitimes des indigents et des nécessiteux, à qui l'hôpital et le dispensaire doivent appartenir d'après la loi.

3° La publicité charlatanesque faite par la presse d'information ou de vulgarisation, le cinéma, la T. S. F., etc., et toujours nuisible à la santé publique, doit être interdite.

4° L'Ordre des médecins et l'Ordre des dentistes doivent être votés dans le plus bref délai.

5° Le projet de loi interdisant à tout établissement commercial ou société commerciale de se livrer à l'exercice d'une profession libérale (médecine, art dentaire, obstétrique, art vétérinaire, etc.) doit être voté d'urgence.

6° Une meilleure répartition des pharmacies, ainsi que l'interdiction de délivrer des médicaments dans les administrations publiques et privées, devront être envisagées.

7° Un statut des laboratoires d'analyses biologiques devra être créé.

8° Il doit être interdit d'ouvrir un cabinet dentaire sans être muni d'un diplôme légal pour exercer en France.

9° Les pénalités pour exercice illégal de l'art dentaire doivent être augmentées et aggravées de la confiscation du matériel technique.

10° L'égalité fiscale de tous les établissements privés d'hospitalisation recevant des malades payants doit être établie ; en particulier, tout dispensaire, tout hôpital d'œuvres, même déclarées d'utilité publique, du fait qu'il reçoit des malades payants, doit être soumis aux mêmes impôts que la maison de santé privée.

11° Le projet de loi sur l'exercice de la médecine vétérinaire (déposé le 30 mars 1935 sur le bureau de la Chambre) doit être voté d'urgence.

12° La vente des plantes médicinales doit être réservée aux seuls pharmaciens et herboristes.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

RÉPARTITION DES SERVICES HOSPITALIERS

N° 39. — MERCREDI 13 MAI 1936. 109e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX (nomination). — Séance du 6 mai. — MM. Chabrut, 19; Gosset et Merle d'Aubigné, 18.

Médecine opératoire. — MM. Reinhold, 26; Gérard Marchant, 25; Mouchet, 26; Couvelaire, 24; Merle d'Aubigné, 29; Patel, 27; Longuet, 23; Gosset, 27; Chabrut, 25.

Deuxième épreuve clinique. — Séance du 8 mai. — MM. Reinhold, 19; Mouchet, 17; Chabrut, 18.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Jury : MM. Brindeau, Funck, Cathala, Vignes, Desnoyers, Tinel, Lardennois.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat.* — *Epreuve écrite d'anatomie.* — Séance du 7 mai. — MM. Boudreaux et Poilleux, 29; Calvet et Monod, 27; Mialaret, 26.

Séance du 8 mai. — MM. Leuret, 25; Beuzart, 26; Barraya, 29.

Pathologie chirurgicale. — Séance du 8 mai. — MM. Boudreaux et Poilleux, 29; Mialaret, 28; Monod, Calvet et Barraya, 26.

— *Concours de l'adjuvat.* — Candidats :

MM. Benassy, Caby, Cauchoix, Chevallier (R.-J.), Coldefy, Cordebar, Debidour, Delinotte, Guénin, Huguier, Léger, Lortat-Jacob (J.-L.), Mathey, Neyraud, Monsaingeon, Ollier, Picard, Rouvillois, Roux (M.), Tissot.

Première épreuve écrite. — Séance du 7 mai. — Question donnée : « Veines superficielles du membre inférieur. »

Deuxième épreuve écrite. — Séance du 8 mai. — Question donnée : « Les processus de régulation de l'activité des centres respiratoires; les modifications de cette activité observées en pratique chirurgicale. »

Troisième épreuve écrite. — Question donnée : « Anévrisme artériel poplité (traitement exclu). »

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — *Section de médecine générale.* — *Leçon de trois quarts d'heure.* — Séance du 7 mai. — M. Boucomont : « Diagnostic des sciatiques. »

M. Andrieux : « Coma diabétique. »

M. Gré : « Formes cliniques de la dilatation des bronches. »

M. Massias : « Kystes hydatiques du poumon. »

Séance du 8 mai. — M. Brahic : « Maladie de Raynaud. »

M. Kissel : « Arthropathies tabétiques. »

M. Bonnet : « Cancer primitif du poumon. »

M. Stillmunkès : « Syphilis rénale. »

Candidats admissibles à l'épreuve de titres :

MM. Andrieux, Bonnet, Bonhoure, Boucomont, Brahic, Caroli, Froment, Gadrat, Gré, Houcke, Kissel, Lafon, Martin, Massias, Massière, Planques, Patoir, Patey, Stillmunkès, Warembourg.

Section d'obstétrique. — *Leçon de trois quarts d'heure.* — Séance du 7 mai. — M. Guilhem : « Anomalies de la dilatation du col. »

M. Gernez : « Hydramnios. »

Séance du 8 mai. — M. Cartoux : « Délivrance naturelle et ses complications immédiales. »

M. Daléas : « Eclampsie convulsive au cours de la grossesse, du travail et du post-partum. »

Section d'histoire naturelle et parasitologie. — Leçon d'une heure. — Séance du 7 mai. — M. Coutelen : « Cycle évolutif des Trématodes parasites de l'homme. »

Sont proposés : MM. Coutelen et Sautet.

LE MONUMENT D'HIPPOCRATE A ATHÈNES. — A l'occasion du Congrès international de pathologie comparée qui vient de se tenir à Athènes une statue d'Hippocrate a été inaugurée devant la Faculté de médecine d'Athènes.

La statue a été élevée sur l'initiative et aux frais de M. le docteur Skévos Zervos. Elle est l'œuvre du sculpteur athénien Georges Dimitriadis.

LES MÉDECINS DANS LA NOUVELLE CHAMBRE. — Dans le numéro du 2 mai la *Gazette des hôpitaux* a indiqué les noms des confrères élus députés au premier tour, ou mis en ballottage. Voici, toujours sauf erreur ou omission, les noms des élus :

Au premier tour, élus : MM. Tallandier (Mauriac), Péchenot (Valence-sur-Rhône), Lévy (Lyon-Villeurbanne), Berneix (Thonon).

Au deuxième tour, élus : MM. Cousin (Paris 9e), Hollande (Saint-Quentin), Gardiol (Castellane), Biétrix (Besançon), Boulet (Montpellier), Joly (Rennes), Martin (Grenoble), Bondoux (Château-Chinon), Oberkirch (Sélestat), Guy (Bonneville), Arbeltier (Coulommiers).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du docteur A.-G. Melly, chef de l'ambulance britannique, blessé au cours des scènes de pillage qui ont eu lieu à Addis-Abeba après le départ du Négus ; du docteur H.-P. Caris, à Castillon-sur-Dordogne (Gironde). Il était le père du docteur Pierre Caris à qui nous adressons l'expression de notre vive sympathie.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Nogué, rédacteur en chef de la *Revue de stomatologie* et du *Bulletin de l'Association Lagoguey*, décédé à Paris à l'âge de 72 ans ; Lucien-Emile Blandin (de Paris), ancien interne des hôpitaux de Paris (1898) ; Octave Guibert, décédé à Nice ; les obsèques ont eu lieu à la Garennes-Colombes.

Assemblée Française de Médecine générale. — Les premières « Assises provinciales du Souvenir » auront lieu sur la tombe de Laënnec, à Ploaré (Finistère), le jour de l'Ascension (21 mai), sous la présidence du professeur Sergent. Elles sont organisées par les Sections bretonnes de cette Assemblée et seront consacrées à la *Tuberculose au temps de Laënnec et aujourd'hui.*

S'inscrire avant le 15 mai, en écrivant au Dr Deluen, 4, rue Pierre-Loti, à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). Les médecins et leurs familles qui désireraient arriver la veille sont priés d'écrire, pour les hôtels, au Dr Cornic, à Douarnenez (Finistère).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

28, rue Serpente, Paris (VIe).

La Pratique journalière de l'Assurance-Vie
Conseils aux Médecins

En vue de l'application du décret-loi du 28 octobre 1935, ainsi que des décisions qui ont été prises en commun ou le seront par la Fédération et les Caisses, la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine a l'intention de donner une nouvelle édition de ses Conseils aux Médecins, auxquels elle apportera quelques modifications.

Dès maintenant, la F.S.M.S. porte à la connaissance des médecins les innovations les plus importantes qui déjà sont entrées en pratique dans la Seine.

Durée de validité des feuilles de maladie. — Les deux premières feuilles ne sont valables que pour huit jours chacune ; les suivantes restent valables pour quinze jours.

Colonne unique pour les signatures du médecin. — L'ancienne feuille de maladie comportait, pour chaque acte médical, deux signatures du médecin : l'une attestant l'accomplissement de l'acte, l'autre le paiement par l'assuré.

La nouvelle feuille ne comporte qu'une seule colonne de signature, celle-ci attestant le paiement de l'acte médical et servant d'acquit. Le médecin ne doit donc apposer cette unique signature que si ses honoraires lui ont été versés.

Avis de traitement. — Chaque fois qu'une circonstance particulière vient à se produire au cours du traitement (consultations ou visites répétées, ordonnances coûteuses, série d'actes de pratique médicale courante ou de petite chirurgie, intervention chirurgicale ou soins spéciaux, envoi à l'hôpital, en maison de santé, en convalescence), le médecin note cette circonstance d'une simple croix sur la ligne correspondante de l'Avis de traitement. Celui-ci est alors envoyé par l'assuré à sa caisse, dans les mêmes conditions que la carte-lettre.

Cet Avis de traitement a pour but d'informer la caisse des circonstances qui peuvent entraîner pour elle le remboursement de frais élevés.

Ordonnances. — Le médecin doit savoir que, désormais, les médicaments ne sont plus remboursés qu'à 80 p. 100, au lieu de 85 p. 100, du prix payé au pharmacien par l'assuré.

En outre, le remboursement à 80 p. 100 ne joue que pour une ordonnance de 25 fr., ou pour les premiers 25 fr. d'une ordonnance dépassant ce chiffre. La partie excédant 25 fr. n'est remboursée qu'à 60 p. 100.

Cependant, les sérums et les produits injectables, autorisés en vertu de la loi du 14 juin 1934, sont remboursés à 80 p. 100, quel que soit le montant de l'ordonnance. Le médecin doit signaler à part sur son ordonnance les produits appartenant à cette catégorie, afin que la caisse puisse opérer leur remboursement à 80 p. 100.

En outre, dans les cas spéciaux nécessitant des frais pharmaceutiques élevés, tous produits pharmaceutique peuvent être remboursés à 80 p. 100, quel que soit leur prix, sur proposition du médecin traitant acceptée par le médecin contrôleur de la Caisse.

S'il a été rédigé plusieurs ordonnances à l'occasion d'un même acte médical, ces ordonnances se trouvent bloquées en une seule en ce qui concerne le calcul du remboursement à faire à l'assuré.

Toutefois, cette disposition ne s'applique pas aux ordonnances qui prescrivent des examens de laboratoire, ni à celles qui comportent des appareils (bandages, ceintures, etc., etc...). (*Communiqué.*)

RENSEIGNEMENTS

GRAND APPARTDMENT à louer, 159, faubourg Poissonnière. Escalier particulier. Conviendrait bien pour un docteur.



HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES CHEFS DE CLINIQUE
DES INTERNES ET EXTERNES
POUR L'ANNÉE 1936-1937

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le prof. Carnot : chefs de clinique : MM. Merklen, Deparris, Laffitte, Maison ; chefs de laboratoire : MM. Deval, Coquoin, Lavergne, Dioclès. Mlle Tissier ; moniteurs : MM. Dausset et Lagarenne ; internes : MM. Baumgartner (Ph.), Rossier (Alf.) ; externes : Mlle Durkheim (Jacq.), MM. Marlingue (Guy), Cornillon (Louis), Gauthey (M.), Gillet (H.), Mlle de Lanessan (P.), MM. Mantoux (G.), Mouton (R.), Ferrand (Pierre), Guitard (J.), Roch (W.), Mendelsohn (B.).

2. Médecin : M. Halbron ; assistant : M. Lenormant ; interne : Mlle Abadie (Andrée) ; externes : Mlle Arditti (M.), MM. Prochiantz (Alec), Rie (G.), Roujon (G.), Gatovsky (E.).

3. Médecin : M. Baudouin ; assistant : M. Azerad ; interne : M. Klotz (Henri) ; externes : MM. Nadiras (P.), Maillard (Cl.), Fenelon (F.), Stevenin (L.), Vincent (Jules).

4. Médecin : M. Lévy-Valensi ; assistant : M. Justin Bezançon ; interne : M. Tilitcheef (Georges) ; externes : MM. Vittrant (J.), Bolo (R.), Hardel (M.), Eman-Zadé (A.), Chartrain (E.), Stora (E.).

5. Médecin : M. Henri Bénard ; assistant : M. Cord ; interne : M. Fasquelle (R.) ; externes : MM. Olivier-Pallud (Pierre), Patou (J.), Mlle Feidert (Arlette), MM. Barnier (A.) Bena (M.), Balazuc (Jean).

6. Chirurgien : M. le prof. Cunéo ; assistants : MM. Jacques Bloch et Jean Sénèque ; chefs de clinique : MM. Zagdon, Guiheneuc, Milhiet ; chef de laboratoire : M. Nicolas ; internes : MM. Challiol (J.-J.), Maynadier (P.), Simon (Gaston), Gross (Georges), Guenin (Pierre) ; externes : Mlle Haitovitz, MM. Pinchinat (A.), Weil (R.), Durand (V.), Mlle Grégory (D.), MM. Girauld (A.), Rathery (M.), Frinault (G.), Mlle Mendras (F.), MM. Girault (Jean), Bardon (Guy), Berthon (M.), Mlle Rosenkovitch (E.), MM. Zirah (Paul), Isak (P.), Pluvinage (R.).

7. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. le prof. Terrien ; assistant : M. Blum ; assistant adjoint : M. Quentin ; chef de laboratoire : M. Hudelo ; chefs de clinique : M. P. Dumont, Mme Vallon-Braun ; assistants de consultation : MM. Dolfus et Weill (Prosper) ; internes : MM. Rouher (Joseph), Inbona (Jean) ; externes : Mme Kisselevsky (née Petroff), Mlle Maréchal (E.), MM. Faugeroux (J.-P.), Barrois (Paul), Colboc (Albert), Descamps (L.), Boddaert (L.).

8. Accoucheur : M. Chirié ; assistant : M. Digonnet ; internes : MM. Grèze (A.), Verne (J.), Barthélemy (P.) ; externes : MM. Legris (J.), Chessebeuf (L.), Mlle Monghal (Th.), MM. Hallé (Guillaume), Paris (Claude), Coujard (R.).

9. *Consultation.* — Médecin : M. Gutmann ; assistant : M. Beaugeard ; externe en premier : M. Gaube (Raymond) (interne) ; externes : Mlle Bataille (Jeanne), MM. Massoum-Khani (A.), Chaouli (C.), Sérane (J.).

10. *Consultation (Chirurgie).* — M. Cahen ; assistant : M. Zagdoun ; externes : MM. El Haïk (V.), Homsy (A.), Javelier (A.).

11. *Consultation de stomatologie.* — M. Béliard ; assistant : M. Bornet ; adjoint : M. Lebourg ; externes : M. Kahané (élève), Mlle Sérot (S.) (élève).

12. *Electro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Lagarenne ; chef de clinique chirurgicale : M. Dioclès, f. f. ; assistant : M. Colombier (Radioscopie).

13. *Hydrothérapie et thermothérapie.* — Chef de laboratoire : M. Dausset ; externes : M. Bours (J.), Mlle Bartfeld (D.).

14. *Service de physiothérapie.* — Chef de laboratoire : M. Dausset ; assistants : MM. Chambet, Ferrieu, Mme Brace-Gillot ; MM. Arraud, Pagès ; chefs adjoints : MM. Cheuilleau, Dejust-Ferrier, f. f.

15. *Radiothérapie.* — Assistants : MM. Pagès, Chambet, Arraud, Lévy-Lebhar.

B. LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Rathery ; chefs de clinique : MM. Hurez, Moline, Pautrat ; chefs de laboratoire : MM. Doubrow, de Traverse ; assistant de consultation spéciale : M. Froment ; internes : M. Tanret (Pierre), Mme Hyon-Jomier ; externes : MM. Liénard (J.), Magne-Rouchaud (P.), Kouindjy (R.), Eon (Michel), Bancaud ; Perigois (Y.), Chevalier (R.-A.).

2. Médecin : M. le prof. Clerc ; chefs de clinique : MM. Sterne, Sée, Zadoc-Kahn, Lenègre ; chefs de laboratoire : Mlle Gauthier-Villars, M. Paris ; interne : M. Gaultier (Michel) ; externes : MM. Lenoir (P.), Piguet (B.), Baudon (J.-V.), Belot (Emile), Nicolas (J.), Baudon (J.-A.), Petit (Jacques).

3. Médecin : M. Laignel-Lavastine ; assistant : M. Bonnard ; internes : MM. Sambron (Jean), Cochemé (René) ; externes : MM. Martin (P.), Hemeury (J.), Mothon (F.), Gibrat (P.), Lelièvre (J.), Martin de Frémont (H.), Legrand (M.), Mlle Mottez (M.).

4. Médecin : M. Aubertin ; assistant : M. Robert Lévy ; interne : M. Morin (Marcel) ; externes : MM. Lacombe (R.), Molimard (J.), Verliac (F.), Guillaume (R.), Mlle Rémond (S.), M. Mariani (F.).

5. Médecin : M. Vincent ; assistant : M. Puech ; interne : MM. Guillaumat, Lebeau (Jacques) ; externes : MM. Gimault (H.), Vermenouze (P.), Geismar (P.), Verstraete (Cl.), Advenier (F.), Masson (René), Loiseau (André).

6. Médecin : M. Harvier ; assistant : M. de Brun du Bois Noir ; internes : MM. Catinat, Ledoux-Lebard ; externes : Mlles Pinard (Jacqueline), Seyrig (Claude), MM. Filippi (Paul), Maille (André), Rouault (M.), Mlles Heulot (Raymonde), Brille (Denise).

7. Chirurgien : M. Baumgartner ; assistant : M. Banzet ; internes : MM. Cordebar, Krug (Gérard), Hector (Joseph) ; externes : MM. Parienté (A.), Duchêne (Jean), Goldberg-Rudkowsky, Halfon (E.), Mlle Rouvier (Ch.), MM. Piard (André), Amado (G.), Chauvin (J.), Mlle Rousset (R.-M.).

8. Chirurgien : M. Chevrier ; assistant : M. Oberlin ; internes : MM. Nabert (Ch.), Adrianopoulos, Moreno (Manuel) ; externes : MM. Roux (J.), Jomier (F.), Rousselin (Léon), Devieux (F.), Gonzalez-Ruiz (B.), Pomès (G.), Venator (R.) ; Hagege (A.).

9. Chirurgien : M. Küss ; assistant : internes : MM. David (Lucien), Bouteau (P.-M.), Guny (André) ; externes : Mlle Berlinska (D.), MM. Assanlou (C.), Malange (R.), Morilière (L.), Mogharei (S.), Bibring (A.), Tronc (M.), Derooz (J.).

10. Accoucheur : M. le prof. Jeannin ; chefs de clinique : MM. Richard, Guède, Mlle Delahaye ; chef de laboratoire : M. Minvielle ; interne : M. Schneider (Jean)E. P.; externes (femmes) : Mmes Penit (M.), Leclerc (née Blanc P.).

11. *Consultation (Médecine).* — M. Escalier ; assistant : M. Bourgeois ; externe en premier : Mme Hector (Antoinette), interne ; externes : MM. Salet (J.), Chigot (P.).

12. *Chirurgie.* — M. Reymond Bernard ; externes : MM. Dieugott (D.), Bignotti (A.), Neveux (S.).

13. *Service d'Oto-rhino-laryngologie.* — M. Ramadier ; assistant de consultation : M. Eyriès ; interne : M. Zhâ (Jean) ; externes : MM. Jouon (H.), Fekete (A.), Grévin (F.), Goldman (M.).

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cerise ; assistant : Mlle Kaz ; interne : M. Brégeat (Raymond) ; externes : MM. Fonteneau (A.), Pribat (D.).

15. *Consultation de Stomatologie.* — M. Bozo ; assistant : M. Vrasse ; adjoint : M. Chatellier ; externes : MM. Lardy (M.), Le Brun (élève).

16. *Electro-Radiologie.* — Chef du Service central : M. Delherm ; chefs adjoints : MM. Thoyer-Rozat, Morel-Kahn ; assistants : MM. Codet, Devois, Fischgold, Strouzer, Mme Duclaux, MM. Bernard, Chenot, Stuhl ; externes : Mlles Blairon (Th.), Bonastre (G.).

C. SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le prof. Loeper ; chefs de clinique : MM. Gilbrin, Cottet, Loisel, Perrault, Mlle Riom ; chefs de labor. : MM. Duchon, Lesure, Soulié, Mlle David (déléguée) ; internes : Mme Brouet, née Sani-

ton ; M. Siguier (Fred) ; externes : MM. Roulland (H.), Avril (A.), Petit-Norbert (G.), N..., Marchon (J.), Lesure (J.), Deslandes (E.).

2. Médecin : M. F. Ramond ; assistant : M. Chêne ; interne : M. Bourée (Jacques) ; externes : M. Bourlière (F.), Mme Sautter (H.), Mlles Papot (C.), Pauliac (M.), M. Lang (P.).

3. Médecin : M. Pagniez ; assistant : M. Plichet ; interne : M. Varay (André) ; externes : MM. Le Sourd (M.), Pillet (J.), Aurenche (A.), Mlle Audibert (G.), M. Barré (Yves).

4. Médecin : M. Faure-Beaulieu ; assistant : M. Robert Cahen ; interne : M. Pécher (Yves) ; externes : MM. Fortin (P.), Ladau (P.), Mlle Seror (M.), MM. Germain (A.), Patin (R.).

5. Médecin : M. Chabrol ; assistant : M. Bussan ; interne : M. Parrot (Jean) ; externes : Mlles Lesney (S.), Petron (Col.), MM. Chabasseur (Marie-Etienne), Pineau (M.), Godlewski (G.).

6. Médecin : M. P. Weill ; assistant : M. Oumansky ; interne : M. Négréanu (Alex) ; externes : MM. Hussameddin (D.), Lanceau (P.), Theiler (R.), Albahary (Cl.), Schilte (P.).

7. Médecin : M. Cain ; assistant : M. Cattan ; interne : M. Hertz (Simon) ; externes : MM. Dufourmentel (Cl.), de Rubiana (L.), Tolstoï (S.), Lenoël (J.).

8. Médecin : M. Jacob ; assistants : Mlle Scherrer, M. Mayer ; Service des tuberculeux, interne : M. Piton (Jean) ; externes : M. Sénéchal (R.), Mlle Tarrade (A.), MM. Lemarchand (Ch.), Coriat (M.), Pellet (M.).

9. *Centre de triage.* — 3 externes : MM. Piana (G.), Houssin (G.), Sebillotte (L.).

10. Chirurgien : M. le prof. Grégoire ; assistant : M. Michon ; chefs de clinique : MM. Baumann et Dufour ; chef de laboratoire : M. Delavenne ; internes : MM. Sergent (André), Caby (François), Suire (Pierre) ; externes : MM. Halley (G.), Lapeyre (J.), Mlle Kahn (M.), M. Gorin (R.), Mlles Lipmann (Ch.), Antoine (Cl.), Dubois (M.), Hahn (M.-L.).

11. Chirurgien : M. Bréchot ; assistant : M. Reinold ; internes : MM. Streusand (S.), Girard (Emile), Soyer J.-J.) ; externes : MM. Pergola (F.), Boismoreau (P.), Thiebot (P.), Komarover (A.), Alhomme (P.), Seban, Nataf.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Grivot ; assistant : M. N... ; interne : M. Giraud ; externes : MM. Fouilloy (R.), Davidovici (A.), Manillier (R.), Piarrat (J.), Pouzols (H.).

13. Accoucheur : M. Lévy-Solal ; assistant : M. Sureau ; internes : MM. Camus (Pierre), Roche (Camille), Livory (Marcel) ; externes : Mlle Moreilhon (M.), MM. Francheteau (G.), Pouret (H.), Mlles Haller (Sylvie), Mlle Haller (Renée).

14. *Consultation (Médecine).* — M. Boltanski ; assistant : Mme Arager ; interne : Mme Rault (interne) ; externes : MM. Villebrun (J.), Marinetti (P.), Florès (C.), Leib (G.).

15. *Chirurgie.* — M. Braine ; assistant : M. Maximin ; externes : MM. Ecklé (P.), Connat (M.), Bastian (F.), Gropper (G.).

16. *Service d'Ophtalmologie.* — M. Velter ; assistant : M. Joseph ; interne : M. Morax ; externes : MM. Huret (L.), Chabert (R.), Baulon (G.), Gosselin (M.).

17. *Consultation dentaire.* — M. Thibaut ; adjoint : M. Lacaisse ; assistant : M. Friez ; externes : MM. Bléchet (M.), X...

18. *Electro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Solomon ; chefs adjoints : MM. Gibert, N...; assistants : MM. Jaudel, Vikenson, Mazer, Tribout Tsiricas, Mlle de Bergman ; externes : Mlle Balossini (M.), M. Fouassier (A.).

D. Necker. — 1. Médecin : M. Villaret ; assistant : M. Bith ; interne : M. Bardin (Pierre) ; externes : MM. de Paulo (J.), Depuis (Ray.), Hausmann (L.), Blancard (P.), Dullin (Cl.).

2. Médecin : M. Fiessinger ; assistant : M. Olivier ; internes : M. Dupuy (Raymond), M. Aussanaire ; externes : MM. Huber (J.), Lion (R.), Ferrand (G.), Mlle Viguié, née Vidal de la Blache.

3. Médecin : M. Binet ; assistant : M. Kaplan ; interne : M. de Graciansky (Pierre) ; externe : M. Castaigne (P.).

4. Chirurgien : M. le prof. Marion ; assistant : M. Fey ; chefs de clinique : MM. Naggiar, Bouchard ; chefs de laboratoire : MM. Colombet, Chabanier, Mlle Kogan, M. Truchot ; internes : MM. Lachmann (Edouard), Arnal ; externes : MM. Galle (R.), Clerfeuille (J.), Rouzaud (M.), Rault (Y.), Chalochet (P.), Salinesi (J.), Nonique (P.), Tzannetis (A.), Doger de Speville (J.), Menanteau (A.).

5. Chirurgien : M. Jean Berger ; internes : MM. Welez (Fernando), Hofmann (Salomon), Nardi (César) ; externes : M. Duchêne (Henri), Mlles Monin (F.), Bérenger (M.), MM. Labourie (A.), Daguet (J.), Dogué (J.), Sarfati (R.).

6. *Consultation (Médecine).* — M. Lambling ; assistant : M. Thomas ; externe en premier : M. Payet (Maurice) (interne) ; externes : MM. Vasquez (C.), Chilot (R.), Coste (J.).

7. *Chirurgie.* — M. Quénu ; assistant : M. Guillot ; externes : MM. Bertin (P.), Cenac (R.).

8. *Consultation de Stomatologie.* — M. Gornouec ; adjoint : M. Hénault ; externes : MM. N..., N...

9. *Electro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Thibonneau ; adjoints : MM. Petit et Truchot ; assistants : Mme Baude, MM. Benard, Brunet ; externes : MM. Guéraud (L.), Ressnock (M.).

10. *Clinique des voies urinaires.* — M. Naggiar.

E. Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt ; chefs de clinique : MM. Ducas, Veslot, Brisset; chefs de laboratoire : MM. Prebet, Lafaille, Mlle Landowski, M. Brunet (moniteur), Mlle Navarron (moniteur) ; interne : Mlle Lorain (Geneviève) ; externes : MM. N..., Henrot (A.), Cohen (José), Guillemain (A.), Rabourdin (J.), Mme André (S.), née Fuzier, Mlle Baraquin (A.-M.).

2. Médecin : M. Weill-Hallé ; assistante : Mlle Papaioannou (Angèle) ; interne : M. Lewi (Samuel) ; externes : Mme Schapira, Mlle Lotte (A.), MM. de Prat (J.), Prin (A.), Mme Bouazig (E.).

3. *Crèche ancienne et nouvelle.* — M. Weill-Hallé ; externe en premier : M. Jaïch (interne).

4. Médecin : M. Armand-Delille ; assistant : M. Lestocquoy ; interne : M. Boissonnet (Jacques), externes : MM. Abeille (J.), Ardouin (M.), Mlle Latron (M.), M. Caillé (J.), Mlles Szezesniakowsky (S.), Wetzel (S.).

5. *Sélection.* — Externes en premier : MM. Soulignac (Christian), interne ; M. Leconte (André) (interne).

6. Médecin : M. Darré ; assistante : Mlle Landowski ; interne : M. Bouley (Jean) ; externes : Mme Sicard née Guignard, M. Perol (E.), Mme Guiraud née Lemaresquier, Mlle Soudant, MM. Lambert (L.), Robert (J.-P.).

7. Médecin : M. Tixier ; assistant : M. Bize ; interne : M. Bour (Henri) ; externes : MM. Libert (R.), Villanova (P.), Mlles Prettre (F.), Massiot (B.), MM. Bouche (J.), Capron (P.), Ferrasson (P.).

8. Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne ; assistant : M. Fèvre ; assistant d'orthopédie : M. Lance ; assistant de consultation d'orthopédie : M. Huc ; chefs de clinique : MM. Gorecki, Peht, Judet ; chefs de labor. : M. Saint-Girons, Mme Rémond (préparatrice) ; internes : MM. Leuret (Jean), Delinotte (Pierre) ; interne (médaille d'or) : M. Mialaret (Jacques) ; externes : MM. Moch (B.), Bailly (P.), Lartigue (P.), Loiseau (Jacques), Laneuville (J.), Darris (Ch.), Poissonnet (H.), Grunspan (Théo).

9. *Service médical d'Antony.* — M. le prof. Ombrédanne; externe en premier : M. Sterin (Raymond) (interne) ; externes : Mlle Atcham (M.-G.), M. Loiseau (James).

10. Chirurgien : M. Bergeret ; interne : M. Bréhant (Jacques) ; externe en premier : M. Suchmann (Yvan), interne ; externes : MM. Hermann (André), Routier (Michel), Bigou (Alphonse), Berthet (Georges) Dupas (Albert).

11. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Monbrun ; interne : M. Horeau (Jean) ; externes : MM. Péraly (E.), Bijoux (R.), Chambon (A.), Burgaud (J.).

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Le Mée ; assistant : M. Richier ; assistant adjoint : M. Lhuillier ; assistants de consultation : MM. Pugnaire, Gisclard ; internes : MM. Cler, Osenat (Pierre) ; externes : MM. N..., Lambert (R.), Gouffier (M.), Chevallier (Robert), Berthiot (A.), Dutter (L.), Mlle Ségal (P.).

13. *Electro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Duhem ; adjoint : M. Dubost (ff.) ; assistants : MM. Goubert, Moro ; externes : Mme Gatovsky, N...

14. *Service temporaire Poliomyélite.* — M. le prof. Nobécourt ; externe en premier : Mlle Morel (Perrine) (interne) ; externes : M. Forestier (R.), Mme Patey.

F. COCHIN. — 1. Médecin : M. le prof. Labbé ; chefs de clinique : MM. Goldberg, Uhry ; chefs de laboratoire : MM. Beauvy, Perrot ; internes : MM. Lemeletier (Jules), Picquart (Albert), Gautier (Jacques) ; externes : MM. Gasch (J.), Vila (R.), Grunberg (S.), Radziviller (B.), Mlles Albulesco (M.), Wetzler (M.), Raymond (A.), MM. Ulmann (R.), Uzan (M.), Sclafer (Jacques), Mlle Desclaux (G.), MM. Pointeau (J.), Dubel (G.).

2. Médecin : M. Pinard ; assistante : Mlle Corbillon ; chef de laboratoire : M. Giraud ; internes : MM. Vignalou, Delaitre ; externes : MM. Mathias (J.), Malingre (G.), Weill (J.-V.), Delouche (G.), Sterfoul (J.), Falk (F.).

3. *Service de Malariathérapie.* — Médecin : M. Pinard ; externes : MM. Blinder (R.), Statlender (G.).

4. Médecin : M. Ameuille ; assistants : MM. Hinault (ff.), Lejars, Kudelshi (ff.) ; interne : M. Fauvet (Jean) ; externes: MM. Paley (Jean), Galmiche (Paul), Enel (Jacques), de Fourmestraux (J.), Leroux (P.), Mlle Weissbrod (A.).

5. *Service du dispensaire.* — Interne : M. Rendu (Charles) ; externes : MM. Carballo (C.), Dufour (J.), Thaon (M.), Baussan (P.).

6. *Service temporaire tuberculeux* (ancien Pavillon Dieulafoy). — Externe en premier : M. Nouaille (Jean) (interne); externes : MM. Delabroise (M.), Douville (J.), Dos Ghali (J.).

7. *Pavillon tuberculeux* (femmes). — Externes : Mlle Salmon (D.), Mme Chapellart née Biclet.

8. Médecin : M. Chevallier ; assistant : M. Colin (ff.) ; chef de laboratoire : Mlle Hahn (ff.) ; interne : M. Kaplan (Alexandre) ; externes : MM. Coville (R.), Bloch (M.), Delormeau (P.), Bolivar (J.), Lasry (J.), Gordowski (A.).

9. Chirurgien : M. le prof. Lenormant ; assistants : MM. Wilmoth, Ménégaux ; chefs de clinique : MM. Mouchet, Pergola, Lebel, Herbert ; chefs de laboratoire : MM. Beauvy, Perrot, Rappeneau ; internes : MM. Judet (Robert), Chigot (Paul), Cachin (Charles), Pertus (Jean), Monsaingeon (André) ; externes : Mlle Stahland (Ellen), Mme Calvet (R.), Mlles Wuest (M.), Aftalion (M.-L.), MM. Sokolski (N.), Roux (Michel), Mlle Spach (Hélène), M. Lacour (Albert), Mlle Morin (Jeanne), MM. Jaupitre (J.), Marachi (Ch.), Decouflé (P.), Gorce (Marcel).

10. Chirurgien : M. le prof. Mathieu ; chefs de clinique : MM. Beuzart, Demirleau, Ollivier-Henry ; chefs de laboratoire : MM. Letulle, Ducroquet (assistant d'orthopédie) ; internes : MM. Genty (Philippe), Barcat (Jean) ; externes : MM. Depinay (P.), Bouvaist (J.), Parhami (Y.), Hérard (Jean), Lewinson (M.), Lebas (A.).

11. Chirurgien : M. Chevassu ; assistant : M. Bayle ; internes : MM. Huguier (Jacques), Cauchoix (Jean) ; externes : MM. Todoskoff (P.), Lagarde (R.), Decormeille (M.), Sinaud (A.), Allain (J.), Vossoughi (D.), Orfali (J.), Bertrand (Ch.).

12. *Consultation (Médecine).* — M. Costes ; externe en premier : M. Mande (Raymond) (interne) ; externes : MM. N..., Driulhe (A.), Vannier (S.).

13. *Chirurgie* (rattachée au service de la clinique chirurgicale). — Externes : MM. Girard (R.), Gaudeul (Bernard), Chardon (Pierre).

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Prélat ; externes : N..., N...

15. *Consultation (Oto-rhino-laryngologie).* — M. Leroux ; chef adjoint : M. Gouzé ; externes : Mlle Huard (M.), M. Rometti (Alde).

16. *Electro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Ronneaux ; chef adjoint : M. Desgrez ; assistants : MM. Gadreau, Barreau, Busy (R.), Busy (J.), Moret, Boileau ; externes : Mlle Decouflé (J.), N...

17. *Consultation de Stomatologie.* — M. Maurel ; adjoint : M. Omnès ; assistant : M. Duffieux.

G. BEAUJON-CLICHY. — 1. Médecin : M. Troisier ; assistant : M. Bariéty ; interne : M. Herrenschmidt (Jean) ; externe en premier : M. Trotot (Ray) (interne) ; int. médaille d'or médecine ; M. Netter (Albert) ; externes : MM. Hadengue, Steinberg (R.), Mlle Bareillier-Fouche, M. Gertzberg (V.), Mlle Lauer (L.).

2. Médecin : M. Stévenin ; assistant : M. Lebourdy ; interne : M. Wimphen (André), externes : MM. Raufman (L.), Ballade (R.), Klein (M.), Reynes (P.), Grémont (Théo).

3. Médecin : M. Donzelot ; assistant : M. Ménétrel (Bernard) ; interne : M. Meyer-Heine ; externes : MM. Cuadrado (A.), Pelaez (M.), Perdrix (L.), Jaupitre (M.), N...

4. Médecin : M. Richet ; assistant : M. Sourdel ; interne : M. Netter (Henry) ; externes : MM. Campagne (J.), Lanvin (M.), Malvezin (F.), Bailly (J.-M.), Duval (René).

5. Médecin : M. Léon-Kindberg ; assistants : MM. Viber, Adida, Weiler (ff.) ; interne : M. Demartial (Louis) ; externe en premier : Mlle Oehmichen (interne) ; externes : Mlle Vialet (Lucie), MM. Philippe (Léon), Tola (Alfred), Marsault (J.), Marmier (R.), Drylewicz (G.).

6. Médecin : M. Turpin ; chef de laboratoire : M. May ; interne : M. Sikorav (Henri) ; externes : M. Demassieux (J.), Mlle Doumic (A.), M. Liermain (M.).

7. Chirurgien : M. Basset ; assistant : M. Ameline ; internes : MM. Ollier (Rob.), Mazingarbe (André), Le Picart (Jean) ; externes : MM. Tardif (René), Henry (Jacques), Pinasseau (Robert), Seillier (Jean), Lamy (Robert), Démétriadès (Marco), Leiser (Jean), Mebs (Jean-Paul).

8. Chirurgien : M. Guimbellot ; internes : MM. Billard (Jacques), Logeais (Pierre), Nastorg (André) ; externes : MM. Horvilleur (P.), Lemoine (André), Lacour (Armand), Cahn (Léon), Valadou (Pierre), Chavarot (Georges), Bernheim (Lucien), Gorny (Maurice).

9. Chirurgien : M. Rouhier ; assistant : N... ; internes : MM. Laurence (Gabriel), Laigle (Louis), Morel-Fatio (Daniel) ; externes : MM. Ramani (M.), Frankfurt (P.), Charlet, Boesnilwald, Delerba, Nanty (D.), Calmanovici (N.), Mlle Dupont (Solange).

10. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Baldenweck ; assistant : M. Magnien ; assistant suppléant : M. Granet ; interne : M. Dreyfus (Jacques) ; externes : MM. Arnaud (Guy), Tisca (Roger), Dufour (André), Boivin (Jean-Marie).

11. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Bourdier ; assistant : M. Juvanon ; interne : Mlle Sulzer ; externes : MM. Dutsch (Arthur), élève, Etein (Maurice), élève.

12. Accoucheur : M. Levant ; internes : MM. Grasset (Jacques), Beauchef (Jean) ; externes : MM. Lucas (Pierre), Loublié (G.), Mlle Atcham (Paule), MM. Bargain (Roland), Harel (Robert).

13. *Consultation (Médecine).* — M. Decourt ; assistant : M. Bloch ; externe en premier : M. Fischer (interne) ; externes : M. Dervaux (René), Mlle Caulliez (Mad.), N...

14. *Chirurgie.* — M. Soupault ; externes : Mme Moulier (Suz.), MM. Habib (Sylvain), Payenneville (Henri).

15. *Electro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Aubourg ; chefs adjoints : MM. Joly, Surmont ; assistants : MM. Piffault, Pulsford, Mme Delaplace, M. Gauliard ; interne : M. Zarachovitch ; externes : MM. May (Gilbert), Gaudron (H.), N..., N...

16. *Consultation de Stomatologie.* — M. L'Hirondel ; assistant : M. Lheureux ; adjoint : M. Sassier.

H. BEAUJON-PARIS. — 1. *Premier service temporaire de médecine.* Médecin : M. Laederich ; assistant : M. Worms ; interne : M. Villot (Gérard) ; externes : MM. Boreau (J.), Morel (V.), Delatour (J.), Wibrotte (J.), Mlle Keim (L.).

2. *Deuxième service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Jacquelin ; Internes : M. Bouvrain (Yves), Mme Teyssier née Commerson ; externes : MM. Aubouy (Marcel), Bonvallet (Jacq.), Pradoura (Michel), Ducournau (J.), Durand (M.), Aubouy (Roger), Courjaret (Jacq.), Dufresne (P.), N..., N...

3. *Service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Paraf; interne : M. Orinstein (Elie) ; externes : MM. Szteijn (A.), Verriez (Ch.), Tremblin, de Sablet (M.), Mlle Kaplan (Olga).

4. *Service temporaire de chirurgie.* — Chirurgien : M. Madier ; internes : MM. Faugeron (Pierre), Chatain (Jean), Vautier (Jean), Jouanneau (Pierre) ; externes : Mlle Loiseau (Marie), MM. Lafourcade (Jean), Lebettre (Noël), Matron (Pierre), Cachin (Yves), Ancelin (A.), Dumay (J.-J.), Mlle Vesigot-Wahl, M. Thevenin (P.), Mlle Dicky (Olga).

5. *Consultation de Médecine.* — M. Glibert Dreyfus ; assistant : M. Jean Weill ; externe en premier : M. Mathivat, (interne) ; externe : M. Petit (M.).

6. *Consultation de Chirurgie.* — M. Mauclaire ; externes : MM. Borde-Sue (Paul), Giraud (Paul).

7. *Electro-Radiologie.* — Assistants : MM. Foubert, Gaulliard ; externe : M. Brasseur (A.), élève.

8. *Service temporaire de rougeole.* — M. Layani ; externe en premier : Mlle Sachnine (interne) ; externes : MM. Brunat (Georges), Jourde (Louis).

I. LARIBOISIÈRE. — 1. Médecin : M. Gandy ; assistant : N... ; interne : M. Scheid ; externes : MM. Pauthier (R.), Sriber (A.), Mlle Rometti (E.), MM. Jüllich (L.), Denoyelle (M.), Matheron (J.-M.), Crépin (G.).

2. Médecin : M. Herscher ; assistant : M. Roberti ; interne : M. Brouet ; externes : MM. Loubrieu (J.), Destarac (A.), Mlle Dumont (G.), MM. Bonnefis (P.), Reynaud (J.), Lamy (J.), Lederer (W.), Mlle Faure (F.).

3. Médecin : M. Rivet ; assistant : M. Hirschberg ; interne : M. Greene (Justin) ; externes : M. Pons (A.-G.), Mlle Sibertin-Blanc (Rose), MM. Alison (F.), Crèvecœur (F.), Bastain (R.), Mlle Granier (R.), M. Girod (Raymond).

4. Médecin : M. Gautier ; assistant : M. Seidmann ; interne : M. Baudouin ; externes : M. Soulier (J.-P.), Mme Delaffond (Mad.), MM. Lemaire (J.), Metzger (F.), Torlet (J.), Bassé-Parton.

5. *Service des tuberculeux.*— M. Gautier ; externes : MM. Carpentier (H.), May (Gilbert).

6. Médecin : M. Cathala ; assistant : M. Bolgert (Marc) ; interne : M. Grenet (Pierre) ; externes : Mme Truelle née Chotard, MM. Frebet (H.), Rolland (M.), Callerot (L.), Bauchart (Jean), Mayaud (J.), Léger (B.).

7. Chirurgien : M. Heitz-Boyer ; assistant : M. Chaignon; internes : MM. Vincent (Pierre), Gillet (Germain) ; externes : MM. Jalladeau (J.), Albrecht (T.), Rabinovici (J.), Pilat (L.), Hornung (M.), Rosensteck (N.), Mellouli (S.), Nefussy (E.), Krenner (P.).

8. Chirurgien : M. Cadenat ; internes : MM. Fontaine (Henri), Sabourin (Jean), Delorme (Max) ; externes : MM. Courchet (Adolphe), Vignon (Daniel), Tricot (Rob.), Verroust (Georges), Mlle Krilitchevsky (T.), M. Blestel (J.).

9. *Service des chroniques.* — M. Cadenat ; externe : M. Pradelle (R.).

10. Chirurgien : M. Sauvé ; internes : MM. Grépinet (Hubert), Mouchotte (Maurice), Maruelle (Roger) ; externes : MM. Payer (H.), Flaisler (A.), Cœuilliez (A.), Mlle Aalam (J.), Chabert (Louis), Marchal (Louis), Lévy (Emile).

11. Chirurgien : M. Houdard ; internes : MM. Roux (Marcel), Mathey (Jean), Marschack (Victor) ; externes : Mme Mathey (J.), MM. Levêque (D), Hébert (Maurice), Biaggi (Jacques), Blondé (André), Caldier (Lucien), Mlle Maschkauzan (Hélène).

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. le prof. Lemaître ; chefs de clinique : MM. Gaston, Bérard, Van den Bossche ; chef de laboratoire : M. Ardoin ; assistant : M. Thomas (ff.); internes : MM. Aboulker (Paul), Molinéry (Jean) ; externes : MM. Girard (Louis), Dupond (André), Etienne (Roger), Meunier (André), Iancu (Bernard), Baillet (Hubert), Bui-Kien-Tin.

13. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Magitot ; assistant : M. Dubois ; internes : MM. Desvignes (Pierre), Nordmann (Robert) ; externes : Mme Defrance née Thuillen, MM. Daskalakis (T.), Benalioua (M.), N... N... N...

14. Accoucheur : M. Devraigne ; assistant : M. Ravina ; internes : MM. Bastien (Jacques), Adle (Yahia) ; externes : MM. Deroide (Albert), Gheorghiu (Nicolas), Lebrun (Georges), Mlle Eliakim (Julie), MM. Barré (André), Serreau (Charles), Boucaut (Maurice).

15. *Consultation (Médecine).* — M. Hamburger ; assistant : M. Courtin ; externe en premier : M. Raynaud (Maurice) (interne) ; externes : Mlle Blieblum (S.), MM. Rey (Jean), Darricau (J.), Mignon (Robert), Lefkovitch (N.).

16. *Chirurgie.* — M. Redon ; externes : M. de Rudelle (Antoine), Mme Carpentier (Arlette), M. Krawiecki (A.).

17. *Consultation de stomatologie.* — M. Rousseau-Decelle ; adjoint : M. Lattès ; assistant : M. Gencel ; externes : MM. Erlich (Jean), N...

18. *Electro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Guilbert ; chef adjoint : M. Ordioni ; assistants : MM. Corbier, Mme Grasniansky, M. Bouland ; externes : Mlle Fossier (Jeanne), MM. Bouyssi (François); Hervet (Emile), Masmonteil (Henri).

J. TENON. — 1. Médecin : M. P.-E. Weill ; assistant : M. Isch-Wall ; interne : M. Menétrier (Jacques) ; externes : MM. Taïeb (André), Bensimhon (G.), Mattei (Marc).

2. Médecin : M. Lian ; assistant : M. Blondel ; interne : M. Brocard ; externes : Mlle Gauthereau (G.), M. Pinon (Louis), Mlle Téodoresco (Y.), MM. Nataf (Aaron), Rudnansky (R.).

3. Médecin : M. Brûlé ; assistant : M. Hillemand ; internes : MM. Bensaude (Alfred), Gharib (Mohammed) ; externes : MM. Broutin (André), Bernard (Pierre), Viguié (Roger), Rognon (Lucien), Mlle du Pasquier (N.), M. Sévileano (Nicolas).

4. Médecin : M. Laroche ; assistant : M. Bompart (Bertrand ; interne : M. Corcos (Salomon) ; externes : MM. Ballerin (Jacques), Grel (Pierre), Mlle Damiens (Simone), M. Tetu (René).

5. Médecin : M. May ; assistant : M. Ollivier (Jean) ; interne : M. Moulinier (Edmond) ; externe en premier : M. Chareire (interne) ; externes : MM. Durupt (Lucien), Serre (Louis), Mlle Rosental (Louise), M. Ternier (Alex), Mlles Adler (Jeanne), Devillers (Juliette), MM. May (E.), Cayla (Jean).

6. Médecin : M. Pruvost ; assistants : Mlle Prieur (ff.). M. Pignot, Mme Dolfus ; internes : MM. Wetterwald, Chenebault (Jean) ; externes : MM. Gros (Salomon), Debusschère (Frédéric), Petitot (Albert), Pinchenzon (B.), Mlle Lécuyer (G.), MM. Deprez, Coulon (Maurice), Fredj (Léon), Gourion (H.), Durgeat (J.).

7. Médecin : M. Marchal ; assistant : M. Soulié ; interne : M. Porge (Jean) ; externes : M. Geffriaud (M.), Mlle Ancel (F.), MM. Braconier-Leclerc (Ray.), Hochfeld (M.), Guin (E.), N...

8. Médecin : M. de Gennes ; assistant : M. Salles (Pierre) ; interne : M. Bonnet (Georges) ; externes : MM. Gluck (Ernest), Agnard (Ch.), Grange (J.), Mlle de Larminat (M.), MM. Corrion (J.), N...

9. Chirurgien : M. Roux-Berger ; assistant : M. de Gaudart d'Allaines ; internes : MM. Malgras, Stéfani (Lucien), Guy (André) ; externes : MM. Dreyfus (J.-C.), Postel-Vinay (Cl.), Bessière (Maurice), Cayrol (J.), Mme Roujon née Roverdiau, MM. Simon (René), Ben Haïm (G.), Dupuis (R.).

10. Chirurgien : M. Gernez ; assistant : M. Moulonguet (Pierre) ; internes : MM. Dutot (Raymond), Douay (Abel), Varangot (Léon) ; externes : Mlles Mirabail (Marie-Odile). Lévy (Yvette), Train Him Tuoc, MM. Dupuy (Michel), Govaerts (G.), Salmen (S.), Petit (Jean-Louis).

11. Chirurgien : M. Deniker ; assistant : M. Sauvage ; internes : MM. Esquirol (Etienne), Ghozland (Elie), Gibert (Théophile) ; externes : Mlle Beaughon (Marg.) ; MM. Giraud, Sauzède (Cl.), Szryro (Michel), Mlle Huguenard (Andrée), MM. Dreyfus (Albert), Quichon (Robert), Mlle Chaberlot (Franç.).

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Hautant, assistant ; MM. Clément, Bourgeois ; assistant adjoint : M. Cuzin ; asistant de consultation : M. Le Jemble (f. f.) ; internes : MM. Coussieu (Pierre), Maspétiol (Roger) ; externes : MM. Bretton (R.), Oudot (M.), Paingault (M.), Roulin (M.), Bourgeaud (Lucien).

13. *Ophtalmologie.* — M. Bollack ; interne : M. Voisin (Jean) ; assistante titulaire : Mme Delthil ; assistant de consultation : M. Camps ; externes : MM. Douay (Ch.), Wolkowicz (M.), élève ; Driard (H.), élève ; Wior, élève.

14. — Accoucheur : M. Cleisz ; assistant : M. ; internes : MM. Dennewald (Ferdinand) ; Robey (Maurice) ; externes : MM. Bachellier (Roger), Baugé (Ch.), Artisson (H.).

15. *Consultation (Médecine)* : M. Basch ; assistante : Mlle Maas ; externe en premier : M. Boyer (Jean) (interne) ; externes : M. Choppy (J.), Mlle Lambert (A.), MM. Krewer (Ber), Renault (Piere).

16. *(Chirurgie).* — M. Chifoliau ; assistant : M. Baudelot ; externes : MM. Suau (E.), Fehrenbach (A.), Abramowicz (Bernard).

17. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Gilson ; chef adjoint : M. Huet ; assistants : MM. Descouts, Bouchard, Marchal.

18. *Laboratoire de curiethérapie et radiothérapie.* — Chef de service : M. Mallet ; chef adjoint : M. Collioz ; externes : MM. Beaugrand (P.), Grain (Robert).

19. *Consultation de stomatologie* : M. Lacronique ; adjointe : Mme Papillon ; assistant : M. Bertrand.

K. LAËNNEC. — 1. Médecin : M. le prof. Bezançon ; assistants : MM. Baron, Azoulay, Braun, Destouches, Fouquet, Gaucher, Mme Ragu (crèche) ; chefs de clinique : MM. Meyer, Joly, Bousser, Delon ; chefs de labor. : MM. Braun, Guillaumin, Delarue ; Joly et Langlois, consultation spéciale pneumothorax ; internes : MM. Pergola (André), externe en premier ; Robert (P.) (interne) ; externes : MM. Danion (Jean), Genthon (J.), Arribehaute (Rob.), Barbier (J.), Pinès (Jack), Philippe (Bern), Boulay (André), Agid (René).

2. *Crèche.* — Externes : MM. Monteau (R.), Torre (P.).

3. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — M. le prof. Bezançon ; externes : MM. Roubinet (Raym.), Marcault (P.), Langevin (Jean).

4. Médecin : M. Rist ; assistants : M. Pellissier, Mlle Blanchy, MM. Brissaud, Hautefeuille, Bernard, Triboulet ; interne : M. Walther (Roger) ; externes : MM. Neumann (J.), Didier (R.), Costa (R.), Meline (J.), Mordo (Alex), Baudouin (Jean).

5. *Service des baraquements* : M. Rist ; interne : Mlle Rotté (Suz.) ; externes : MM. Labouré (Marc), Winter (Jean), Muller (Jean), Graillon (Pierre), Jorge (Salomon), Mselati (Edmond).

6. *Dispensaire Léon Bourgeois* : M. Rist ; externes : Mlles Maureil-Deschamps (Mad.), M. Isorni (Phil.), Mlle Raab (Ann.).

7. Médecin : M. Louis Ramond ; assistant : M. Vialard ; interne : M. Dreyfus (André) ; interne étranger : M. Maschas (Basile) ; externes : Mlles Ghinsberg (G.), Saint-Paul (Yvonne), Michon (France), Mme Benoit (Marie).

8. Médecin : M. René Bénard ; assistant : M. Poumailloux ; interne : M. Grossiord (André) ; externes : MM. Lebovici (Serge), Bachet (Maurice), Lebossé (André), Boisneuf (René).

9. Médecin : M. Léchelle ; assistant : M. Thévenard ; interne : M. Mignot (Hubert) ; externes : MM. Maignan (Ch.), Raymondaud (M.), Coste (Bernard), Party (Gilbert).

10. Chirurgien : M. Lardennois ; assistants : MM. Maurer et Welti ; internes : MM. Boutron (Jean), Janvier, Marre (Philippe) ; externes : M. d'Œlnitz (M.), Mlle Descroix (J.), M. Gay (P.), Mlles Esquerré (M.), Weinberg (L.), MM. Chardack (W.), Brenier (Y.), Lebel (J.), Villain (J.).

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bloch (André) ; assistant : M. ; interne : M. Simonin (Louis) ; externes : MM. Arrighi (César), Froissant (André), Mlle Kowalska (E.), M. Batteur (Michel).

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cantonnet ; assistant : M. Besnard ; assistant de consultation : M. Filliozat ; interne : M. Wolinetz ; externes : MM. Ciechanowicz (J.), Perel (L.), Moure (Stanislas).

13. *Consultation (Médecine)* : M. Célice ; assistant : M. Marceron ; externes en premier : M. Dreyfus (Bernard) (interne) ; externes : MM. Fayet (J.), Maigne (Jacq.).

14. *(Chirurgie).* — M. Maurer ; externes : Mlle Robert (M.-T.), Souriac (P.).

15. *Consultation de Stomatologie* : M. Darcissac.

16. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Maingot ; chef ad joint : M. Portret (f. f.) ; assistants : MM. Jouveau-Dubreuil, Helie, Ducros ; externes : MM. Chevreul (P.), Comte (Joseph), Fressinaud-Masdefeix (Louis).

L. BICHAT. — 1. Médecin : M. Boidin ; assistant : M. Rouquès ; internes : M. Conte (Michel), Mlle Courrier (Andrée) ; externes : MM. Rousseau (G.), Audoly (P.), Bouvier (H.), Champagne (Raymond), Richard (J.), Gœrens (J.), Barry (R.), Mlle Ravet (J.).

2. Médecin : M. Chiray ; assistant : M. Albot ; internes : MM. Debray (Charles), Kipfer (Marcel) ; externes : MM. Hané (P.), Mathé (H.), Raymond (Jean), Barrier (J.), Vissian (L.), Umdenstock (R.), Compagnon (L.), Neel (David).

3. Médecin : M. Pasteur Vallery-Radot ; assistant : M. Mauric ; internes : MM. Lemant (Jacq.), Domart (André), externe en premier : M. Israël (René) (interne) ; externes : MM. Collard (A.), Goury-Laffont (H.), Gougerot (L.), Sénéchal (J.-J.), Rouget (J.), Camus (J.), Mathieu (C.), Christophle (B.).

4. Médecin : M. Faroy ; assistant : M. Déron ; internes : MM. Temerson (Henri), Mouchotte (Robert) ; externes : M. Adam (R.), Mlle Mage (E.), MM. Feneou (J.), Weyl (J.), Froidefond (M.), Dissez (Ch.), Parant (M.), Mlle Kouindjy (S.).

5. Chirurgien : M. Brocq ; assistant : M. Raoul Monod ; internes ; MM. Lauthier, Lortat-Jacob (Jean), Derieux (Pierre-J.-A.) ; externes : M. Wetterwald (F.), Mlles Marx (P.), Bonnet (S.), MM. Moreau (M.), Chenille (J.), Bouygues (P.), Pley (J.), Jourdain (R.).

6. Chirurgien : M. Capette ; assistant : M. Gueullette ; internes : MM. Leroy (André), de Maulmont (Jacques), Piel (André) ; externes : M. Sierra (M.), Mlle Camilleri (L.), MM. Nomdedeu (H.), Tola (R.), Quintescu (M.), Lévy (M.), Doville (J.), Simon (G.).

7. Chirurgien : M. Mondor ; assistant : M. Huet ; internes : MM. Benassy (Jean), Rouchy (Pierre), Gahinet (Maurice), Samain (Adrien) ; externes : MM. Küss (R.), Micquelard (M.), Alperine (Y.), Mlle Rist (H.), MM. Fonteix (P.), Chouinard (G.), Orliac (J.), Mlle Grould (P.).

8. Accoucheur : M. Metzger ; assistant : M. Couinaud ; internes : MM. Salvanet (Jacques), Drain (Maurice) ; externes : MM. Nedelec (L.), Dupont (V.), Duchatel (J.), Mlle Darkowsky (V.), M. Fleury (H.), Mlle Wetzlar (M.).

9. *Consultation (Médecine)* . M. Weissmann ; assistante : Mlle Wolff ; externe en premier : M. Thomas (Henry (interne) ; externes : MM. Azaiz (S.), Tahar (L.), Slama (Y.), Meillon (H.).

10. *(Chirurgie).* — M. Schwartz ; externes : MM. Brisson (F.), Mlle Fontmarty (J.), M. Taïeb (Marcel).

11. *Electro-radiologie.* — M. Beaujard ; adjoints : MM. Porcher, Legoff (f. f.) ; assistants : MM. Hicquel, Lehmann (f. f.), de la Beausserie, Le Canuet (f. f.).

12. *Annexe Bichat (Polyclinique du boulevard Ney), Médecine générale (Consultation).* — Consultation de médecine générale : M. Lyon-Caen ; externe en premier : M. Chassage (Pierre) (interne) ; externes : MM. N..., Boursaus (R.).

13. *Consultation de Médecine infantile.* — Médecin : M. Pierre-Paul Lévy ; externe en premier : M. Vendryes (Pierre) (interne) ; externes : M. Montagne (P.), Mlle Giret (R.).

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Renard ; externues : MM. Rosenberg (S.), Bloch (J.).

15. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Aubry ; externes : Mme Stein (A.), M. Schneider (M.).

16. *Consultation de stomatologie.* — M. Raison ; assistant : M. Marie ; externe : M. Leibowitch (R.).

M. BROUSSAIS. — 1. Médecin : M. le prof. Sergent ; assistant : MM. Mignot, Bordet, Lonjumeau ; chefs de clinique : MM. Patte, Racine, Gallot ; chefs de labor. : MM. Durand (Henri), Couvreux, Kourilsky ; internes : MM. Franchel (Félix), Duperrat (Félix) ; externes : MM. Jacquemin (H.), N..., Feuillette (P.), Carcopino (A.), Pouch (E.), Mlle Lazinier (J.), MM. Steinberg (H.), Coullet (C.).

2. Médecin : M. Laubry ; assistant : M. Routier ; interne : M. Dugas (Jacques) ; externes : MM. Masson (M.), Laubry (P.), Olbinsky (V.), Mme Matteï (M.), M. L'Hirondel (J.).

3. *Service des tuberculeux* : M. Laubry ; interne : M. Malinsky (André) ; externes : MM. Szylowicz (T.), Miraillès (R.).

4. Médecin : M. Abrami ; assistant : M. Wallich ; interne : M. Bioy (Edouard) ; externes : M. Sauzier (P.), Mlles Gagnier (M.), Bentkowski (G.), Schmidt (S.), MM. Bloch (Cl.), Wintrebert (J.).

5. *Service des tuberculeux (baraquements)* : M. Abrami ; interne : Mlle Bonnenfant (Françoise) ; externes : MM. Sicard (P.), Le Bigot (A.).

6. Médecin : M. Janet ; assistant : M. ; internes : MM. Soullard (Jacques), Vincent (Philippe) ; ex-

ternes : MM. Haquin (Ch.), Castany (J.), Mlle de Laquière (V.), MM. Ryckebusch (J.), Door (M.), Polliot (L.), Chantemargue (F.), Camus (P.).

7. Chirurgien : M. Robert Monod ; assistant : M. Seillé ; internes : MM. Aliker (Pierre), Arviset (Abel), Lévy (Jean) ; externes : Mlle Cypin (E.), MM. Gerain (A.), Dicescu (T.), Roby (J.), Rozencweig (A.), Isal (P.), Sicard (J.).

8. *Consultation (Médecine)* : Mme Bertrand-Fontaine ; externe en premier : L'Hirondel (Jean) (interne) ; externes : MM. de Lavedan de Casaubon, Tulou (P.).

9. *(Chirurgie)*. — M. Monod ; assistant : M. ; externes : MM. Capelle (H.), Reverdiau (J.).

10. *Electro-radiologie*. — Chef du Service central : M. Cottenot ; assistants : MM. Blot, Cherigié, Le Din Thi ; externe : M. Nguyen-Van-Vang.

11. *Clinique propédeutique* : M.

12. *Consultation de stomatologie*. — M. Croquefer.

N. Boucicaut. — 1. Médecin : M. Courcoux ; assistants : MM. Thoyer, Alibert, Bucquoy ; interne : M. Le Blanc (Marc) ; externes : MM. Vettier (G.), Hébert (A.), Pestel (M.), Houdart (R.).

2. *Centre de triage*. — Externes : MM. N...., N...

3. Médecin : M. Trémolières ; assistant : M. Moussoir ; interne : M. Carrez (Pierre) ; externes : Mlle Jury (C.), MM. Joublin (J.), Cossart (R.), Pruvot (G.), Bouillé (R.).

4. Chirurgien : M. Okinczyc ; assistant : M. Huard ; internes : MM. Flourens (Robert), Maury (Jacques), Pierra (Christian) ; externes : Mlle Desmonts (A.), M. Borman (I.), Mlle Schweisguth, MM. Ariztia (R.), Rouff (M.), Soula (J.), Lhermet (G.), Levi (R.-A.).

5. Accoucheur : M. Ecalle ; assistant : M. Suzor ; internes : MM. Goutner (Boris), Seguin (Marcel) ; externes : MM. Poissonnier (G.), Danset (P.), Rousset (P.), Gueron (I.).

6. *Consultation (Médecine)* : M. Rachet ; assistante : Mlle Bayer ; externe en premier : M. Arnous (Jean) (interne) ; externes : MM. Beaufils (J.), Prudhommeaux (P.).

7. *(Chirurgie)*. — M. Okinczyc ; externes : MM. Schtakleff (A.), Crohas (G.), Gauchon (P.).

8. *Oto-rhino-laryngologie*. — M. Moulonguet ; assistant : M. Lemoyne ; assistant de consultation : M. Bosc ; interne : M. Vaidié (Jean).

9. *Consultation de stomatologie* : M. Farjin-Fayolle.

10. *Electro-radiologie*. — Chef du Service central : M. Gérard ; chef adjoint : M. Gilson ; assistants : MM. Blanche, Liftchitz ; externes : N...

O. Vaugirard. — 1. Chirurgien : M. le prof. P. Duval ; assistant : M. Gatellier ; chefs de clinique : MM. Rudler, Billet (H.), chefs de labor. : MM. Moutier-Goiffon (attaché de chimie) ; Dupouy (attaché de radiologie) ; Beloux (attaché médical) ; internes : MM. Lazard (François), Olivier (Claude), Le Cœur (Paul), Neyraud (Charles) ; externes : Mlle Moreau (J.), MM. Palmer (D.), Ciaudo (D.), Arnaud (A.), Carlo (R.), Caillods (J.), Doumic (J.), Berveiller (A.), Marzet (A.), Dumas (M.), Mlle Brisac (C.).

2. *Consultation de stomatologie* : M. Vilenski.

3. *Electro-radiologie*. — Chef du Service central : M. Béclère ; assistant : M. Dupouy.

4. *Centre de neuro-psychiatrie infantile*. — M. Heuyer ; assistante : Mme Roudinesco ; interne : Mlle Lautmann (Françoise) ; externes : Mlles Casalis (A.), Marette (F.).

P. Ambroise-Paré. — 1. Médecin : M. Monnier-Vinard ; assistant : M. Chabanier ; interne : M. Brunel (Louis); externes : MM. Couturier (R.), Gauthier (R.), Carlotti (J.), Stefani (R.), Delair (G.).

2. Médecin : M. Huber ; assistant : M. Florand ; interne : Mme Siguier ; externes : MM. Devaux (H.), Mouchot (G.), Belletoille, Bruneau (J.).

3. Médecin : M. Jacquet ; assistant : N... ; interne : M. Duval (Alain) ; externes : MM. Congy (J.), de Chirac (B.), Guyot (J.), Haguet (J.), Ducamp (P.).

4. Chirurgien : M. Desmarest ; assistant : M. Thalheimer ; internes : MM. Filhoulaud, Goyer (Robert) ; externes : MM. Charbonneau (P.), Mlle Gaon (L.), MM. Perillo (J.), Lacaze (H.), Lefebvre (G.), Lebreton (R.), Sclafer (J.).

5. *Consultation (Médecine)* : M. Peron ; assistant : M. Wester ; externe en premier : M. Turiaf (Toussaint) (interne) ; externes : M. Roger (F.), Mlle Magallon-Graineau (Olympe).

6. *Consultation de chirurgie*. — M. Desmarest ; assistant : ; externes : Mlle Orsoni (S.), M. Berger (C.), Mlle Boudeville (S.).

7. *Oto-rhino-laryngologie*. — M. Bouchet ; assistant : M. Jusseaume ; externes : MM. Pastier (J.), Lux (H.).

8. *Ophtalmologie*. — Ophtalmologiste : M. Hartmann ; externes : MM. Lange (R.), Oudot (J.).

9. *Electro-radiologie*. — Chef du Service central : M. Debré ; assistant : M. Brennan.

Q. Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Gougerot ; assistant : M. Blum ; chefs de clinique : MM. Degos, Lortat-Jacob, Albeaux ; chefs de labor. : M. Desgrez, Mlle Eliaschef, MM. Peyre, Duche, Dechaume (attaché de stomatologie) ; internes : MM. Vial (Gilbert), Seringe (Philippe), Meyer (Jean) ; externes : MM. Danel (J.), Chappelart (P.), Médioni (F.), Mlle Giret (R.), Dailly (R.), Goulène (F.), Mlle Cheikh (T.), Mlle Chaminadas (A.).

2. Médecin : M. Miliau ; assistants : M. Perin, Douhet ; chef de labor. : M. Eliet ; internes : MM. Grupper (Isaac), Boulle (Stéphane) ; externes : MM. Girault (L.), Cante (R.), Kavoussi (M.), Le Floch (G.), Mlle Vachez (L.), MM. Leibovici (M.), Pupko (S.), Cariage (J.).

3. Médecin : M. Sézary ; assistant : M. Paul Lefèvre ; chef de labor. : M. Lévy-Coblentz ; internes : M. de Font-Reaulx (Paul), Mlle Salembiez, M. Tiffeneau (Robert) ; externes : MM. Dramez (Ch.), Pellerat (J.), Claracq (L.), Mlle Jurain (O.), MM. Rouveix (J.), Badinier (P.), di Chiara (J.), Mlle Bouvet (A.).

4. Médecin : M. Duvoir ; assistant : M. Pollet ; interne : Mme Logeais-Barnaud ; externe en premier : Mme Neret (interne) ; externes : MM. Lebrun (M.), Samie (J.), Verdez (F.), Mme Temime (A.), M. Galimard (P.).

5. Médecin : M. Touraine ; assistant : M. Rimé ; chefs de labor. : MM. Sambron (Jean), Duperrot (Félix) ; internes : MM. Scemama (Jacob), Gisselbrecht (Henri ; externes : MM. Leandri (L.), Piot (A.), Maillard (J.), Daverne (A.), Poussier (F.), Mlle Dubuisson, MM. Kaeppelin (M.), Hochedel (A.), Weill (F.).

6. Médecin : M. Weissenbach ; assistant : M. du Castel ; chef de labor. : M. Perlès ; internes : MM. Stewart, Walter (Maurice, Ulmann (Marcel) ; externes : MM. Hoesli (H.), Neumann (A.), Turlotte (J.), Mlle Dunand-Henry (L.), M. de Lignières (A.), Mlle Bénétaud (J.), Vinour (A.), Proux (A.).

7. Médecin : M. Flandin ; assistant : M. Richon ; chef de labor. : M. Rabeau ; internes : MM. Olivier (Jean), Perreau (Pierre) ; externes : MM. Gandrille (M.), Clotteau (E.), Nguyen-Trung-Nam, Galand (M.), Caufment (A.), Cluzeau (R.), Beauvais (P.), Flandin (F.).

8. Chirurgien : M. Picot ; assistant : M. Aurousseau ; internes : MM. Bonamy (Max), Morin (Paul), Picquard (Antony) ; externes : MM. Marero (E.), Dufour (M.), Kuczynski (A.), Mlle Verron (R.), MM. Picot (L.), Blanc (G.), Sablon (M.), Gerber (L.).

9. Chirurgien : M. Bazy ; assistant : M. Blondin (Sylvain) ; internes : MM. d'Escrivan (Roger), Strée (Albert), Groulier (Paul) ; externes : MM. Chevillotte (G.), Niego (H.), Barbery (A.), Le Bihan (R.), Devaux (M.), Mathias (Jean-Baptiste), Delavelle (M.), Bally (J.).

10. Chirurgien : M. Moure ; assistant : N.... ; internes : MM. Marcy (Jacques), Haguier (Paul), Orsoni (Paul) ; externes : MM. Le Bozec (R.), Le Brun (G.), Garnal (J.), Sapet (H.), Tubiana (R.), Mlle Bournissien (M.), MM. Berthier (J.), Gueroult (A.), Roblin (J.).

11. Chirurgien : M. Gouverneur ; assistant : M. Dossot ; internes : MM. Beauchef (René), de Botton (René) ; externes : MM. Jugnet (A.), Arnavielhe (J.), Habas (J.), Caudron (P.).

12. *Consultation*. — M. Gouverneur ; externes : MM. Banse (P.), Cayro (P.), Bourel (M.), Ras (M.), Friszberg (T.).

13. *Oto-rhino-laryngologie*. — M. Halphen ; assistant : M. Bruneau ; assistants de consultation : MM. Sergent, Pasqualini ; internes : MM. Cernéa (Pierre), Bourdial (Jean) ;

externes : MM. Butzbach (Jean), Iszraël (S.), Martin (J.), Siraga (G.), Mlle Margueron (J.).

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Coutela ; assistante : Mme Weissmann-Netter ; assistant adjoint : M. Masson ; interne : M. Offret (Guy) ; externes : M. Chappé (R.), Mlle Lafontaine (R.), M. Denis (J.).

15. Accoucheur : M. Lemeland ; assistant : M. ; internes : Mme Lamotte, M. Debeyre (Jean) ; externes : MM. Rybinski (A.), Etevé (J.), François (Pierre), March (G.), Zuckermann (A.).

16. *Consultation (Chirurgie).* — M. Bloch (René) ; assistant : M. Naggiar ; externes : MM. Parrot (R.), Fox (H.), Pecheux (J.).

17. *Consultation de stomatologie.* — M. Schœfer ; adjoint : M. Dechaume ; assistant : M. Maleplate ; externes : M. Deguel ; N...

18. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Belot ; chefs adjoints : MM. Lepennetier, Nadal ; assistants : MM. Altmann, Buhler, Giraudeau, Juster, Kimpel, Moulle, Nahan, Penteuil, Puyaubert, Salaun, Schwartz (f. f.), de Vulpian ; interne : Bellin (André) ; externes : Mme Lejard (S.), M. Ayrignac (L.), Mlle Harispe (D.).

19. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Babonneix ; assistants : Mlle Lévy (Françoise), M. Gouyen ; internes : MM. Daum (Sigismond), Borgida ; externes : Mlle Thiollier (M.-L.), M. Bastard (J.-J.), Mlle Lamothe (B.), MM. Cahen (A.), Pierre (M.), Mlle Cahour (M.), MM. Apostolides (P.), Fayein (A.).

20. Chirurgien : M. Boppe ; assistant : M. Garnier ; internes : MM. Courvoisier (Joseph), Huchet (René), Forget (Roger) ; externes : M. Dastugue (J.), Mlles François (B.), Rivet (S.), MM. Mage (J.), Keiser (A.), Mertens (Ph.), Mlle Rosenstock (O.).

21. *Consultation d'orthopédie.* — M.

R. BROCA. — 1. Médecin : M. Tzanck ; assistants : chef de labor. : M. Lanegrace ; internes : MM. Ferroir (Jean), Dechaume-Moncharmont ; externes : MM. Aupinel (R.), Vakili (G.), Mlle Tavernier (C.), MM. Ruel (H.), Delcambre (R.), Butzbach (Jacques), Rodde (A.), Mlle Simon (A.), Bourdeau (H.).

2. *Service de transfusion* : M. Tzanck ; externes : MM. Hewitt (J.), Thieblot (L.).

3. *Consultation de blennorragie.* — Externes : MM. André (P.) ; James (R.).

4. Médecin : M. Carrié ; assistant : M. Porier ; chef de labor. : M. ; interne : M. Chambon (Marcel) ; externes : Mme Manuel (J.), MM. Gaulier (M.), Desgeorges (H.), Bonnet (J.).

5. Chirurgien : M. le prof. Mocquot ; chef de clinique : M. Jonard ; chefs de labor. : MM. Parat, Palmer, Moricard (attaché médical) ; internes : MM. Coldefy (Jacques), Rouvillois (Claude), Picard (Georges) ; externes : Mlle Saulnier (F.), MM. Goldstein (A.), Pach (A.), Faingold (G.), Bureau (G.), Gérard (J.).

6. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Lehmann ; assistant : M. Amiot.

S. MATERNITÉ. — 1. Accoucheur : M. Le Lorier ; assistant : M. Desnoyers ; chef de labor. : ; adjoint : ; chef de clinique : ; internes : MM. Reignier (Jacques), Debouvry (Paul), Mlle Olivier (Jacqueline) ; externes : Mlles Lerner (S.), Danon (H.), Carlet (A.).

T. BAUDELOCQUE. — 1. Accoucheur : M. Couvelaire : assistant : M. Lacomme ; chef de labor. : MM. Giraud, Sureau, Laporte (attaché médical) ; chef de clinique : M. Lepage ; interne : MM. Boros (Emile), Lutéraan (Philippe) ; externes : M. de Rocca Serra, Mlle Houades, MM. Georget, Lazare (Emile), Raymond (H.), de Berg (S.).

2. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : Mme de Brancas ; assistant : M. Leblanc.

U. HÔPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT TARNIER. — 1. Accoucheur : M. le prof. Brindeau ; chef de clinique : M. Merger ; chefs de labor. : MM. Carlier, Hinglais ; interne : M. Vauclin (Paul) ; externes : MM. Monrose (C.), Grinfeder (M.), Champagne (Pierre), Jardel (G.), Le Lay (R.).

V. CLAUDE-BERNARD. — 1. Médecin : M. le prof. Lemierre ; assistant : ; chefs de clinique : M. Pham Huu Chi, Mlles Barnaud, Wilm ; internes : MM. Yglesias Huu Chi, Mlles Barnaud, Wilm ; chef de labor. : M. Reilly ; internes : MM. Yglesias y Betancourt, Bloch (Michel), Terrasse (Jean), Desmonts (Théodore) ; externes : MM. Cuzin (J.), Lemierre (J.), Mlle Corre (L.), M. Fronville (P.), Mlle Brussaux (A.-M.), MM. Guénard (R.), Pinot (J.), Hauser (F.), Mlles Dreux (H.), Franses (E.), MM. Lobrichon (P.), Chardin (D.), Davy (A.), Tran-Van-Hoa, Albert (A.).

2. Médecin : M. Marquézy ; assistant : N... ; interne : Mlle Ladet ; externe en premier : M. Maury (Pierre) (interne) ; externes : MM. Butet (A.), Schermann (S.), Brault (A.), Mlles Saas (M.), Mangenot (M.), Saulnier (M.), M. Jamme (M.), Mlle Gomes de Mattos.

3. *Radiologie.* — M. Charpy.

W. TROUSSEAU. — 1. Médecin : M. Lesné ; assistant : M. Launay ; internes : Mlles Huguet, Adda ; externes : Mlle Ulrich (Cécile), MM. Gallimard (P.), Goldenbaum (J.), Mlles Onfray (D.), Provendier (M.), Fabre (G.), Tourneville (R.), MM. Massot, Gourdain (J.).

2. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Lesné ; interne : M. Rogé (Raymond).

3. Médecin : M. Paisseau ; assistante : Mlle Bœgner ; interne : M. Boyé (Pierre) ; externes : Mlle Leuthreau (M.), MM. Solomon (A.), Logeard (J.), Mlle Martin de Gimard, MM. Goudot (J.), Coupin (J.).

4. *Contagieux.* — Médecin : M. Paisseau ; interne : M. Ortholon (Jean).

5. Chirurgien : M. Sorrel ; assistant : M. Guichard ; internes : MM. Sacquepée (Raymond), Pourquié (Marcel), Cauvy (Jean) ; externes : M. Daumet (H.), Mlle Kletter (F.), MM. Patron (C.), Caron (P.), Flouquet (R.), Renard (P.), Robert (J.-M.), Rivière (H.), Bourdon (R.).

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Rouget ; assistants : MM. Hamelin, Ferrand ; interne : M. Bonhomme (Léon) ; externes : Mlles Joos (E.), Willocq (G.), Garnier (M.), Samuel (H.), M. Courtenay-Mayers (B.).

7. *Consultation (Médecine)* : M. Clément ; assistant : M. Pierre Vallery-Radot ; externe en premier : Mlle Haguenauer, (interne) ; externes : Mlle Meugé (Y.), MM. Berrier (E.), Bernager (A.), Mlle Ganget (A.), M. Colsenet (J.).

8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Favory ; assistant : M. Durondy ; externes : MM. Bugault (L.), Dautel (R.).

9. *Consultation de stomatologie.* — M. Lemerle ; assistant : MM. Cauhépée, Valtat (JJ.) (élève).

10. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Guenaux ; assistant : M. Damon.

X. BRETONNEAU. — 1. Médecin : M. Guillemot ; assistant : M. Prieur ; interne : M. Perrot (Raoul) ; externes M. Joussemet (R.), Mme Lam-Van-Nghi, M. Goupy (C.), Mlle Lefèvre (J.), N..., M. Granjon (A.).

2. Médecin : M. Grenet ; assistant : M. Isaac (Georges) ; interne : Mlle Debay ; externe en premier : M. Brault (André) (interne) ; externes : MM. Bareau (A.), Ronsin (M.), Mlles Sauvé (C.), Thévenot (G.), MM. Grand (R.), Maillez (A.), Leroy (M.).

3. Chirurgien : M. Leveuf ; assistant : M. Godard ; internes : MM. Tissot (Jacques), Tallet (Henri), Debidour (Henri), Zwillinger ; externes : MM. Galey (J.-J.), Pistre (M.), Bourguet (J.), Nguyen The Daï, Carton (F.), Guichard (R.), Mlle Gravelat (Y.).

4. Accoucheur : M. Guéniot ; assistant : M. Séguy ; internes : MM. Depaillot (André), Mousseau (Maurice) ; externes : MM. Chartier (A.), de Vaugelade du Breuillac (M.), Pyronnet (E.), Astre (A.), Tetreau (H.), Bessil (E.).

5. *Consultation (Médecine)* : M. Levesque ; assistante : Mlle Ronget ; externe en premier : M. Poncet (Georges) (interne) ; externes : Mlle Demtchenko (M.), MM. Arsonneau (Ch.), Graveron (M.), Juille (M.), Mlle Vigneron (Th.).

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Lallemant ; assistant : ; externes : MM. Daudier (M.), Dupont (V.), Van Quaethem (P.), Tran-Van-Luong.

7. *Consultation de stomatologie* : M. Izard.

8. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Lo-

bligeois ; adjoint : M. Torchaussé ; assistant : M. Méry ; Mmes Hébert et Rosenberg, élèves.

Y. HÉROLD. — 1. Médecin : M. Milhit ; assistant : Mme Zagdoun ; interne : M. Hanaut (André) ; externes : MM. Defrance (H.), Magder (E.), Coutin (J.), Mlle Genthon (M.), M. Stooper (E.), Mme Maynadier.

2. Médecin : M. Debré ; assistant : M. Marie ; internes : MM. Bidou (Stéphane), Welti (Jean-Jacques) ; externes : Mlles Dubois (C.), Hufnagel, May (Colette), Aubin (H.), M. Attali (P.), Mlle Grumbach (R.), M. Vincent (A.).

3. *Consultation* (*Médecine*). — M. Pichon ; assistant : Mlle Baguette ; externe en premier : Mlle Worz (interne) ; externes : MM. Delort (P.), N..., N...

4. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Ombrédanne ; externes : MM. Mandel (L.), N...

5. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lomon ; assistants : MM. Mignon, Duval ; externe : M. Krakowski (élève).

6. *Stomatologie.* — M. Ruppe.

Z. — MAISON DE SANTÉ. — 1. Médecin : M. Nicaud ; assistant : M. ; internes : MM. Paillas (Jean), Gerbaux (Jacques) ; externes : MM. Feldmann (P.), Penit (R.), Broche (J.), Negellen (P.).

2. *Service temporaire de chirurgie.* — Chirurgien : M. Girode ; internes : MM. Champeau (Maurice), Denoix (Pierre) ; externes : M. Dana (R.), Mlle Llech (A.), MM. Davis (D.), Couder (F.), Maury (B.).

3. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. ; chef adjoint : M.

Aa. ENFANTS ASSISTÉS. — 1. Médecin : M. le prof. Lereboullet ; assistant : M. Lelong ; assistant adjoint : M. Roudinesco ; chefs de clinique : MM. Gavois, Odinet, Bosquet (Joseph) ; chefs de laboratoire : MM. Detrois, Donato (moniteur) ; internes : MM. Brincourt (Jean), Delort (Joseph) ; externes : M. Leprat, Mlle Jolivet (H.), Bellettre (M.), MM. Cotillon (J.), Loiseau (Jacques-Paul), Blaire (G.).

2. Chirurgien : M. Martin ; assistant : M. Buquet ; assistant d'orthopédie : M. Ducroquet ; internes : MM. Gout (Lucien), Boisseau (Roland) ; externes : M. Faucon (E.), Mlle de Robert (J.), M. de Montis ; Mlle Owsianik (Th.), M. Szpidbaum (I.).

3. Accoucheur : M. Vignes ; interne : M. Hanoun (Fernand) ; externes : M. Rousseau Y.), Mlles Marcus (S.), Sieurain (G.), M. Devillers (B.).

4. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Aimé ; assistant : M. Lebouchard ; externe : M. Rotenberg (élève).

5. *Consultation de stomatologie.* — M. Boissier ; assistant : M. Chapotel.

Ab. BICÊTRE. — 1. Médecin : M. Moreau ; assistant : M. Boudin ; internes : MM. Faulong (Lucien), Rambert (André) ; externes : MM. Vernes (A.), Moullé (A.), Bieth (Ch.), Azoulay (Ch.), Monod (H.), Lecœur (J.), Bernard (L.), Mlle Trocmé (S.), MM. Boudon (Cl.), Kreisler (L.).

2. Médecin : M. Alajouanine ; assistant : M. Thurel ; internes : MM. Shwartz (Eugène), Genty (Pierre), Mlle Marquis ; externes : Mlles Pochon (Ch.), Leuret (S.), MM. Vialard (J.), Buvat (J.-F.), Roy (B.), Bourgine (F.).

3. Chirurgien : M. Toupet ; assistant : M. ; internes : MM. Léger (Lucien), Barbier (Léon), Vincent (Jean) ; externes : M. Toupet (A.), Mlle Woog (F.), MM. Praslon (J.-F.), Hamon (Y.), Lebiedinsky (G.), Ourceyre (P.), Bertrand (V.), Mlle Lassudrie-Duchêne (C.).

4. *Consultation* (*Chirurgie*). — M. Toupet ; interne : M. Netter (Robert).

5. *Service d'aliénés.* — MM. Camus, Maillard ; externe en premier : M. Mallarmé (Jacques (interne).

6. Médecin : M. Riche.

7. *Consultation de stomatologie.* — M. Richard.

8. *Ophtalmologie.* — M. Parfonry.

9. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Dariaux ; chef adjoint : M. Cassan ; externe : M. Buy (H.).

10. *Services de désencombrement* (*Hôpital de secours*). — Médecin : M. Moreau ; externe ; M. Le Brigand (H.).

11. *Consultation générale de médecine.* — M. Moreau ; externe en premier : M. Macrez (Claude) (interne) ; externe : M. Peyron (P.).

12. 1er *service de désencombrement* (*chroniques hommes*). — Médecin : M. Moreau ; externe : M. Orgogozo (J.).

13. 2e *service de désencombrement.* — Médecin : M. Moreau ; externe en premier : M. Martrou (Pierre) (interne) ; externes : MM. Bricaire (H.), Maurage, Seyer (J.).

14. 3e *service de désencombrement* (*service de contagieux divers*). — Médecin : M. Moreau ; externe : M. Weydert (J.).

15. 4e *service de désencombrement* (*chroniques*). — M. Moreau ; externe : M. Astié (J.).

16. *Service temporaire d'enfants.* — Médecin : M. Mollaret ; externe en premier : M. de Montis, f. f. (interne) ; externes : M. Pujol (M.), Mlle Fillon (C.), MM. Hiverlet (E.), Minkowski (A.).

Ac. SALPÊTRIÈRE. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain ; chefs de chlinique : MM. Schwob, Ribadeau-Dumas, Rudeaux, Guillain ; chefs de laborat. : MM. Bertrand, Garcin, Schmite, Mathieu (P.), Bernon ; internes : MM. Auzépy (Pierre), Aubrun (Witold), Kreis (Boris) ; externes : MM. Anquetil (R.), Uzan (H.), Sadri (M.), Ristelhueber (J.), Sevileano (E.), Lichnewsky (R.), Radziewsky (G.), Mlle Tomachepolsky (B.).

2. Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; assistant : M. Chabrun ; interne : Mme Lœwe-Lyon ; externes : M. Bosvieux (Ch.), Mlles Snegaroff (H.), Gontcharoff (M.), Plouchard (J.), M. Pahmer (H.).

3. Médecin : M. Crouzon ; assistant : M. Christophe ; internes : MM. Vildé (Louis), Bouwen van der Boyen ; externes : MM. Brochemin (R.), Wolff (J.), Lefer (R.), Toufesco (N.), Guimezanes (E.), Cabrières (R.), Poggioli (V.), Gold (S.), Rochlin (N.).

4. *Infirmerie du personnel et chalets.* — M. Crouzon ; interne : Mlle Lorsignol.

5. Médecin : M. EtienneBernard ; assistant : Mlle Dreyfus-Sée ; interne : M. Lesobre (Roger) ; externe en premier : M. Thieffry (Stéphane) (interne) ; externes : Mme Thieffry, Mlles Bourcart (J.), Merle (H.), MM. Camus (P.), Kartun (P.), Mlle Tostivint (H.), M. Coblentz (B.).

6. Chirurgien : M. le prof. Gosset ; assistant : M. Charrier ; assistant médical : M. Jehiel ; chefs de clinique : MM. Gosset, Hepp, Benaerts, Hauert ; chefs de laboratoire : MM. Magron, Rouche, Jehiel (attaché médical) ; internes : MM. Simon (Roger), Chevallier (Roger), Sautter (Yves), Yovanovtich ; externes : MM. Lera (H.), Silberstein (M.), Auregan (J.), Sohier (J.), Buchenaud (J.), Prestrot (J.), Scebat (L.), Coury (Ch.), Laurent (J.), Cohen (Jean).

7. Médecin : M. Vurpas ; assistant : M. Brizard ; externe en premier : M. Sauvain (Yves) (interne).

8. Médecin : M. Barbé ; interne : M. Sauvain (Yves).

9. *Electro-radiologie.* — 1° Service central : MM. Bourguignon, Ledoux-Lebard ; chefs adjoints : MM. Beau, Marchand ; assistants : MM. Humbert, Mathieu (Pierre) ; externe : M. Lefebvre (J.).

10. *Premier service de désencombrement* (*chroniques*). — Médecin : M. Garcin ; interne : M. Roy (André) ; externes : MM. Bourhy (M.), Pheline (P.), Hertzog (P.), Martinon (A.), Ben Hamou.

11. *Deuxième service de désencombrement* (*chroniques*). — Médecin : M. Garcin ; externes : MM. Vialard-Goudou, Zaepfell (E.), Lemanissier (A.).

12. *Service temporaire de médecine* (*enfants*). — Médecin : M. Benda interne : M. Cortial (Jean) ; externes : MM. Dugrenot (H.), Nespoulos (J.), Pécunia (A.), Aslanian (D.).

13. *Consultation de stomatologie.* — M. Guilly ; assistant : M. Houzeau.

14. *Clinique chirurgicale.* — M. Petit-Dutaillis ; assistant : MM. Schmitz, de Sèze ; assistant neurologiste : M. Sigwald ; interne : M. Brouman (Jacques) ; externes : M. Tavernier (J.), Mlle Berl (J.), M. Duchêne (H.).

Ad. IVRY. — 1. Médecin : M. Boulin ; interne : M. Mallet (Robert) ; externe en premier : M. Charousset (Michel) (interne) ; externes : M. Martinet (J.), Mlle de Neyman (H.), M. Bertrand (J.).

2. *Chroniques et admissions.* — Externes : M. Smilovici (H.), Mlle Jeanperrin (Ch.).

3. Médecin : M. Hagueneau ; interne : M. Claisse (Robert) ; externe en premier : Thoyer-Rozat (interne) ; externes : MM. Joinville (E.), Kropff (G.), Fraquet (P.), Perrier (R.), Demaugre (M.).

4. Chirurgien : M. Métivet ; internes : MM. Thomeret (Georges), Vionnet (Fernand) ; externes : MM. Casalta (J.), Beau (P.), Grignié (J.).

5. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Pestel ; chef adjoint : M. Delapchier.

6. *Consultation de stomatologie.* — M. Cabrol.

7. *Service de désencombrement.* — M. Boulin ; externes : MM. Colin (P.), N...

8. *Service temporaire de médecine (enfants).* — M. Hagueneau ; externes : MM. Pramayon (E.), Borja (V.).

Ae. Ménages. — 1. Médecin : M. Brodin ; assistant : M. ; interne : M. Brunhes (Jacques) ; externes : MM. Le Balc'h (Y.), Catalogne (A.), Gautreau (P.), Vaissié (G.).

2. Chirurgien : M. Desplas ; assistant : M. Meillère (Jean) ; internes : MM. Gigon (Robert), Camelot (Joseph), Sarradin (Michel) ; externes : MM. Mastini (G.), Koskas (R.), Talpin (J.), Sebag (A.), Kambeu (Ch.), Magnoux (A.), Tostivint (R.), Staub (M.).

3. *Radioscopie.* — Mme Tedesco.

Af. La Rochefoucauld. — 1. Médecin : M. Tinel ; assistant : M. ; interne : M. Brumpt (Lucien) ; externe M. Brisset (Ch.).

2. *Service des tuberculeux (baraquements).* — M. Tinel ; interne : M. Aschkenasy (Alexandre) ; externes : Mlle Slim y Villegas ; M. Jacquet (A.).

3. *Poste de radioscopie.* — Assistant : M. Falcoz.

Ag. Debrousse. — 1. Médecin : M. Debray ; interne : M. Moricheau-Beauchant.

Ah. Berrck. Hôpital maritime. — 1. Chirurgien : M. Richard ; internes : Mlle Picard, MM. Bergeron (Louis), Ghozland (Lucien) ; externes résidents : MM. Giret (J.), Lajoinie (H.), Bonvarlet (R.), N...

2. *Hôpital Lannelongue.* — Chirurgien : M. Richard ; interne : M. Le Roy (François) ; externes résidents : M. Arsitch (Dmitri), Mlle Gorodetzky (L.).

3. *Electro-radiologie.* — M. ; adjoint : M.

Ai. Brevannes. — 1. Médecin : M. Renaud ; interne : Mlle Meunier (Andrée) (externe en premier (interne) ; internes (concours spécial) : Mlle Oganesoff (H.), MM. Barbier (P.), Lajouanine (P.).

2. Médecin : M. Bourgeois ; interne : M. Villey-Desmerets ; internes : Mme Thaon (interne de Paris), Mme Aldou (Fernand) (interne de Paris), MM. Allilaire (Roger) (interne de Paris), Wolfromm (R.) (int. conc. sp.), Delair (Guy) (int. cons. spéc.).

3. Médecin : M. Chevalley ; interne : M. Gras ; internes (concours spécial) : M. Teyssier (Louis) (interne de Paris), Mme Levaschkevith.

4. *Electro-radiologie.* — Assistant : M.

5. *Consultation de stomatologie.* — M. Nespoulous ; assistant : M. Mesnard.

Aj. Sainte-Périne. — 1. Médecin M. Mouquin ; interne (concours spécial) : M. Campagne.

Ak. Chardon-Lagache. — 1. Médecin : M. Mouquin ; interne (concours spécial) : M. Cuvereaux (Maurice).

Al. Hendaye. — 1. Médecin M. Morancé ; internes (concours spécial) : MM.

Am. Champrosay. — 1. Médecin : M. Nouvion ; internes (concours spécial) : MM. Blondeau (M.), Biardeau.

2. *Stomatologie.* — M. Fleury.

An Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. Claude ; chefs de clinique : Mme Rubenovitch, MM. Sivadon, Lagache, Rouart ; chefs de laboratoire : MM. Cuel, Dumas, Lehmann, Mlle Bonnard, MM. Dubar, Cuzin.

2. *Clinique neuro-psychiatrique infantile.* — Mme Bernard.

3. *Electro-radiologie.* — M. Piot.

Ao. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Buc ; assistants : MM. Ronce, Costes (Guy), Fay (Roger).

Ap. Sanatorium de San-Salvadour. — 1. Médecin : M. Fohanno ; adjoints : Mlles Jean, Roussy.

Aq. Galignani et Belœuil. — 1. Médecin : M. Maréchal ; adjoint : M. N...

Ar. La Reconnaissance. Fondation Brézin. — 1. Médecin : M. Mutel.

As. Champcueil. — 1. Médecin : M. Even ; assistants : MM. Porcher, Pigeon ; internes (conc. spéc.) : MM. Lecoq (Georges), N...

At. Labruyère. — 1. Médecin : M. Fourès.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs et assistants; consultations, ophtalmologistes, oto-rhino-laryngologistes, électro-radiologistes, stomatologistes) ; 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements) ; 3° internes ; 4° externes. — ***Les places d'externes en premier sont toutes occupées par des internes.***

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Dumas, O-1 = O. Hôpital de Vaugirard, 1. Service de M. le prof. Duval.

MÉDECINS

et assistants.

Labbé, F-1.
Laederich, H-1.
Laignel-Lavastine, B-3.
Lambling, d-6.
Landowsky (Mlle), E-6.
Laroche, J-4.
Laubry, M-2 et M-3.
Launay, W-1.
Layani, H-8.
Léchelle, K-9.
Lejars, F-4.
Lelong, A-1.
Lelourdy, G-2.
Lemierre, V-1.
Lereboullet, Aa-1.
Lesné, W-1 et W-2.
Lestoquoy, E-4.
Levesque, X-5.
Lévy (Mlle), Q-19.
Lévy (P.-P.), L-13.
Lévy (Rob.), B-4.
Lévy-Valensi, A-4.
Lian, J-2.
Loeper, C-1.
Lonjumeau, M-1.
Lyon-Caen, L-12.
Maas, J-15.
Maillard, Ab-5.
Marceron, K-13.
Marchal, J-7.
Maréchal, Aq-1.
Marie, Y-2.
Mauric, L-3.
May, J-5.
Mayer, C-8.
Maynadier (Mme), Y-1.
Ménétrel, G-3.
Mignot, M-1.
Milhit, Y-1.
Milian, Q-2.
Mollaret, Ab-16.
Monier-Vinard, P-1.
Morancé, An-1.
Moreau, Ab-1, Ab-10, Ab-11, Ab-12, Ab-13, Ab-14, Ab-15.
Mouquin, Al-1 et Am-1.
Moussoir, N-3.
Mutel, Ar-1.
Nicaud, Z-1.
Nobécourt, E-1 et E-14.
Nouvion, Ao-1.
Olivier, D-3.
Ollivier, J-5.
Oumansky, C-6.
Pagniez, C-3.
Paisseau, W-3 et W-4.
Papaionnou (Mlle), E-2.
Paraf, H-3.
Pasteur Vallery-Radot, L-3.
Pellissier, K-4.
Périer, R-4.
Périn, O-2.
Péron, P-5.
Pichon, Y-3.
Pigeon, As-1.
Pignot, J-6.
Pinard, F-2 et F-3.
Plichet, C-3.
Pollet, Q-4.
Porcher, As-1.
Poumailloux, K-8.
Prieur, X-1.
Pruvost, J-6.
Puech, B-5.
Rachet, N-6.
Ramond (F.), C-2.
Ramond (Louis), K-7.
Rathery, B-1.
Renaud, Ai-1.
Ribadeau-Dumas, Ac-2.
Riche, Ab-6.
Richet, G-4.
Rimé, Q-5.
Rist, K-4, K-5, K-6.
Rivet, I-3.
Roberti, I-2.
Ronget (Mlle), X-5.
Roudinesco (Mme), O-4.
Roudinesco, Aa-1.
Rouquès, L-1.
Roussy (Mlle), Ap-1.
Routier, M-2.
Salles, J-8.
Scherrer (Mlle), C-8
Seidmann, I-4.
Sergent, M-1.
Sézary, Q-3.
Sigwalt, Ac-14.
Soulié, J-7.
Sourdel, G-4.
Stévenin, G-2.
Stoopen, Y-1.
Thévenard, K-9.
Thomas, D-6.
Thoyer, N-1.
Thurel, Ab-2.
Tinel, Af-1 et Af-2.
Tixier, E-7.
Touraine, Q-5.
Trémolières, N-3.
Triboulet, K-4.
Troisier, G-1.
Turpin, G-6.
Tzanck, R-1 et R-2.
Vallery-Radot (Pierre), W-7.
Vialard, K-7.
Viber, G-5.
Villaret, D-5.
Vincent, B-5.
Vurpas, Ac-7.
Vallich, M-4.
Weil (M.-P.), C-6.
Weiler, G-5 (ff.).
Weill (Jean), H-5.
Weill (P.-E.), J-1.
Weill-Hallé, E-2 et E-3.
Weissenbach, L-9.
Wester, P-5.
Wolff (Mlle), L-9.
Worms, H-1.
Zagdoun (Mme), Y-1.
Zagdoun, A-10.

CHIRURGIENS
et assistants.

Ameline, G-7.
Aurousseau, Q-8.
Banzet, B-7.
Basset, G-7.
Baudelot, J-16.
Baumgartner, B-7.
Bayle, F-11.
Bazy, Q-9.
Berger (Jean), D-5.
Bergeret, E-10.
Bernard (Ray), B-12.
Bloch (Jacques), A-6.
Bloch (René), O-16.
Blondin (S.), Q-9.
Boppe, Q-1.
Braine, C-15.
Bréchot, C-11.
Brocq, L-5.
Buquet, Aa-2.
Cadenat, I-8 et I-9.
Capette, L-6.
Chaignon, I-7.
Charrier, Ac-6.
Chevassu, F-11.
Chevrier, B-8.
Chifoliau, J-16.
Cunéo, A-6.
Deniker, J-11.
Desmarest, P-4 et P-6.
Desplas, Al-2.
Dossot, Q-11.
Duval (P.), O-1.
Fèvre, E-8.
Fey, D-4.
Garnier, Q-20.
Gatellier, O-1.
Gaudart d'Allaines (de), J-9.
Gernez, J-10.
Girode, Z-2.
Godard, X-3.
Gosset, Ac-6.
Gouverneur, Q-11 et Q-12.
Grégoire, C-10.
Gueullette, L-6.
Guichard, W-5.
Guimbellot, G-8.
Heitz-Boyer, I-7.
Houdard, I-11.
Huard, N-4.
Huet, L-7.
Küss, B-9.
Lance, E-8.
Lardennois, K-10.
Lenormant, F-1.
Leveuf, X-3.
Madier, H-4.
Marion, D-4.
Martin, Aa-2.
Mathieu, F-10.
Mauclaire, H-6.
Maurer, K-10 et K-14.
Maximin, C-15.
Meillère, Al-2.
Ménégaux, F-9.
Métivet, Ad-4.
Michon, C-10.
Mocquot, R-5.
Mondor, L-7.
Monod (Raoul), L-5
Monod (Robert), M-7.
Moulonguet (P.), J-10.
Moure, Q-10.
Naggior, Q-16.
Oberlin, B-8.
Okinczyc, N-4 et N-7.
Ombredanne, E-8 et E-9.
Petit-Dutaillis, Ac-14.
Picot, Q-8.
Redon, I-16.
Reinbold, C-11.
Richard, Ah-1 et Ah-2.
Rouhier, Q-9.
Roux-Berger, J-9.
Sauvage, J-11.
Sauvé, I-10.
Schwartz, L-10.
Schmitz, Ac-14.
Seillé, M-7.
Senèque, A-6.
Sèze (de), Ac-14.
Sorrel, W-5.
Soupault, G-14.
Thalheimer, P-4.
Toupet, Al-3 et Al-4
Velti, K-10.
Wilmoth, F-9.

ACCOUCHEURS
et assistants.

Brindeau, U-1.
Chirié, A-8.
Cleisz, J-14.
Couinaud, L-8.
Couvelaire, T-1.
Desnoyers, S-1.
Devraigne, I-14.
Digonnet, A-8.
Ecalle, N-5.
Guéniot, X-4.
Jeannin, B-10.
Lacomme, T-1.
Le Lorier, S-1.
Lemeland, Q-15.
Levant, G-12.
Levy-Solal, C-13.
Merger, U-1.
Metzger, L-8.
Ravina, I-14.
Seguy, X-4.
Sureau, C-13.
Suzor, N-5.
Vignes, Aa-3.

OPHTALMOLOGISTES
et assistants.

Besnard, K-12.
Blum, A-7.
Bollach, J-13.
Bourdier, G-11.
Cantonnet, K-12.
Cerise, B-14.
Coutela, Q-14.
Delthil (Mme), J-13.
Dolfus, A-7.
Dubois, I-13.
Durondy, M-8.
Favory, W-8.
Filliozat, K-12.
Hartmann, P-8.
Joseph, C-16.
Juvanon, G-11.
Kaz, B-14.
Magtiot, I-13.
Masson, Q-14.
Monbrun, E-11.
Parfonry, Ab-8.
Prélat, F-14.
Quentin, A-7.
Renard, L-14.
Terrien, A-7.
Velter, C-16.
Weil (Prosper), A-7.
Weissmann-Netter (Mme), Q-14.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES
et assistants.

Aubry, L-15.
Baldenweck, G-10.
Bloch, K-11.
Bosc, L-8.
Bouchet, P-7.
Bruneau, Q-13.
Cuzin, J-12.
Eyriès, B-13.
Ferrand, W-6.
Gisclard, E-12.
Gouzé, F-15.
Granet, G-10.
Grivot, C-12.
Halphen, Q-13.
Hamelin, W-6.
Hautant, J-12.
Jusseaume, P-7.
Lallemant, X-6.
Le Jemble, J-12.
Lemaître, I-12.
Le Mée, E-12.
Lemoyne, L-8.
Leroux, F-15.
Lhuillier, E-12.
Magnien, G-10.
Moulonguet, N-8.
Ombrédanne, Y-4.
Pasqualini, Q-13.
Pugnaire, E-12.
Ramadier, B-13.
Richier, E-12.
Rouget, W-6.
Sergent, Q-13.

ÉLECTRO-RADIOLOGISTES
et assistants.

Aimé, Aa-4.
Altmann, Q-18.
Amiot, R-6.
Aubourg, G-15.
Barreau, F-16.
Baude (Mme), D-9.
Beau, Ac-9.
Beaujard, L-11.
Beclère, O-3.
Belot, Q-18.
Bergman (Mlle de), C-18.
Bernard, D-9.
Bernard, B-16.
Blanche, N-10.
Blot, M-10.
Boileau, F-16.
Bouchard, J-17.
Bouland, I-18.
Bourguignon, Ac-9.
Brancas (Mme de), T-2.
Brennan, P-9.
Brunet, D-9.
Buhler, Q-18.
Busy (J.), F-16.
Busy (R.), F-16.
Cassan, Ab-9.
Charpy, B-3.
Chenot, B-16.
Cherigié, M-10.
Codet, B-16.
Corbier, I-18.
Cottenot, M-10.
Damon, W-10.
Dariaux, Ab-9.
Debré, P-9.
Delapchier, Ad-5.
Delaplace (Mme), G-15.
Delherm, B-16.
Descouts, J-17.
Desgrez, F-16.
Devois, B-16.
Dubost, E-13 (f.f.).
Duclaux (Mme), B-16.
Ducros, K-16.
Duhem, E-13.
Dupouy, O-3.
Duval, Y-5.
Falcoz, Af-3.
Fischgold, B-16.
Foubert, H-7.
Gadreau, F-16.
Gaudel, C-18.
Gauiliard, G-15.
Gaulliard, H-7.
Gérard, N-10.
Gibert, C-18.
Gilson, J-17.
Gilson, N-10.
Giraudeau, Q-18.
Goubert, E-13.
Grasniansky (Mme), I-18.
Guenaux, W-10.
Guilbert, I-18.
Hébert, élève, (Mme), X-8.
Hélie, K-16.
Huet, J-17.
Humbert, Ac-9.
Joly, G-15.
Jouveau-Dubreuil, K-16.
Juster, Q-18.
Kimpel, Q-18.
Leblanc, T-2.
Lebouchard, Aa-4.
Le Din Thi, M-10.
Ledoux-Lebard, Ac-9.
Legoff, L-11 (f.f.).
Lehmann, R-6.
Lepennetier, Q-18.
Lévy-Lebhar, A-14.
Liftchitz, N-10.
Lobligeois, X-8.
Lomon, Y-5.
Maingot, K-16.
Marchal, J-17.
Marchand, Ac-9.
Mathieu (Pierre), Ac-9.
Mazer, C-18.
Méry, X-8.
Mignon, Y-5.
Morel-Kahn, B-16.
Moret, F-16.
Moro, E-13.
Moulle, Q-18.
Nadal, Q-18.
Nahan, Q-18.
Ordioni, I-18.
Penteuil, Q-18.
Pestel, Ad-5.
Petit, D-9.
Piffault, G-15.
Piot, Ap-3.
Porcher, L-11.
Portret, K-16.
Pulsford, G-15.
Puyaubert, Q-18.
Ronneaux, F-16.
Rosenberg (Mme), élève, X-8.
Salaun, Q-18.
Schwartz, Q-18 (f.f.)
Solomon, C-18 (f.f.)
Strouzer, B-16.
Stuhl, B-16.
Surmont, G-15.
Tedesco (Mme), Ae-3.
Thibonneau, D-9.
Thoyer-Rozat, B-16.
Torchaussé, X-8.
Tribout, C-18.
Truchot, D-9.
Tsiricas, C-18.
Vikenson, C-18.
Vulpian (de), Q-18.

PHYSIOTHÉRAPIE HYDROTHÉRAPIE THERMOTHÉRAPIE

Arraud, A-14.
Bartfeld, A-13.
Bours, A-13.
Brace-Gillot (Mme), A-14.
Chambet, A-14.
Chenilleau, A-14.
Dausset, A-13 et A-14.
Dejust, A-14.
Ferrier, A-14.
Pagès, A-14.

STOMATOLOGISTES
adjoints et assistants

Beliard, A-11.
Bertrand, J-19.
Bornet, A-11.
Bozo, B-14.

Cabrol, Ad-6.
Cauhepée, W-9.
Chatellier, B-14.
Croquefer, M-12.
Darcissac, K-15.
Dechaume, Q-17.
Duffieux, F-17.
Farjin-Fayolle, N-9.
Fleury, Ao-2.
Gencel, I-17.
Gornouec, D-8.
Guilly, Ac-13.
Houzeau, Ac-13.
Izard, X-7.
Lacaisse, C-17.
Lacronique, J-19.
Lattès, I-17.
Lebourg, A-11.
Lemerle, W-9.
Lheureux, G-16.
L'Hirondel, G-16.
Marie, L-16.
Maurel, F-14.
Mesnard, Ai-5.
Nespoulous, Ai-5.
Omnès, F-17.
Papillon (Mme), J-19.
Raison, L-16.
Richard, Ab-7.
Rousseau-Decelle, I-17.
Sassier, G-16.
Schoefer, Q-17.
Thibaut, C-17.
Vilenski, O-2.
Vrasse, B-14.

CHEFS DE LABORATOIRE

Ardouin, I-7.
Beauvy, F-1 et F-9.
Beloux, O-1.
Bernon, Ac-1.
Bertrand, Ac-1.
Bonnard (Mlle), Ap-1.
Braun, K-1.
Brunet (Mlle), A-1.
Cartier, U-1.
Chabanier, D-4.
Colombet, D-4.
Coquoin, A-1.
Couvreux, M-1.
Cuel, Ap-1.
Cuzin, Ap-1.
Dausset, A-1.
David (Mlle), C-1.
Dechaume, Q-1.
Delarue, K-1.
Delavenne, C-10.
Desgrez, Q-1.
Detrois, Aa-1.
Deval, A-1.
Dioclès, A-1.
Donato, Aa-1.
Doubrow, B-1.
Dubar, Ap-1.
Duché, Q-1.
Duchon, C-1.
Ducroquet, F-10.
Dumas, Ap-1.
Duperrot, Q-5.
Dupouy, O-1.
Durand (H.), M-1.
Eliascheff (Mlle), Q-1.
Eliet, Q-2.
Garcin, Ac-1.
Gauthier-Villars (Mlle), B-2.
Giraud, F-2 et T-1.
Goiffon, O-1.
Guillaumin, K-1.
Hahn (Mlle), F-8.
Hinglais, U-1.
Hudelo, A-7.
Kogan (Mlle), D-4.
Kourilsky, M-1.
Lafaille, E-1.
Lagarenne, A-1.
Landowski (Mlle), E-1.
Lannegrace, R-1.
Laporte, T-1.
Lavergne, A-1.
Lehmann, Ap-1.
Lesure, C-1.
Letulle, F-10.
Lévy-Coblentz, Q-3.
Magron, Ac-6.
Mathieu, Ac-1.
May, G-6.
Minvielle, B-10.
Moricard, R-5.
Moutier, O-1.
Navarron (Mlle), E-1
Nicolas, A-6.
Palma, R-5.
Parat, R-5.
Paris, B-2.
Perlès, Q-6.
Perrot, F-1 et F-9.
Peyre, Q-1.
Prebet, E-1.
Rabeau, Q-7.
Rappeneau, F-9.
Reilly, V-1.
Remond (Mme), E-8.
Rouche, Ac-6.
Saint-Girons, E-8.
Sambron, Q-5.
Schmite, Ac-1.
Soulié, C-1.
Sureau, T-1.
Thomas, I-7 (f. f.).
Tissier (Mlle), A-1.
Traverse (de), B-1.
Truchot, D-4.

CHEFS DE CLINIQUE *et adjoints*

Albeaux, Q-1.
Antonelli, F-1.
Baumann, C-10.
Barnaud (Mlle), V-1.
Benaërts, Ac-6.
Bérard, I-12.
Bernard (Mme), Ap-2.
Beuzart, F-10.
Billet, O-1.
Bosquet, Aa-1.
Bouchard, D-4.
Bousser, K-1.
Brisset, E-1.
Cottet, C-1.
Degos, Q-1.
Delahaye (Mlle), B-10.
Delon, K-1.
Demirleau, F-10.
Deparris, A-1.
Dioclès, A-9, (f. f.).
Ducas, E-1.
Dufour, C-10.
Dumont, A-5.
Hébert, F-9.
Gallot, M-1.
Gaston, I-12.
Gavois, Aa-1.
Gilbrin, C-1.
Goldberg, F-1.
Gorecki, E-8.
Gosset, Ac-6.
Guède, B-10.
Guiheneuc, A-6.
Guillain, Ac-1.
Hauert, Ac-6.
Hepp, A-6.
Hurez, B-1.
Joly, K-1.
Jonard, R-5.
Judet, E-8.
Laffitte, A-1.
Lagache, Ap-1.
Lebel, F-9.
Lenègre, B-2.
Lepage, T-1.
Loisel, C-1.
Lortat (Jacob), Q-1.
Maison, A-1.
Merger, U-1.
Merklin, A-1.
Meyer, K-1.
Milhiet, A-6.
Moline, B-1.
Mouchet, F-9.
Naggiar, D-4.
Odinet, Aa-1.
Ollivier-Henry, F-10.
Patte, M-1.
Pautrat, B-1.
Peht, E-8.
Pergola, F-9.
Perrault, C-1.
Pham-Huu-Chi, V-1.
Racine, M-1.
Ribadeau-Dumas, Ac-1.
Richard, B-10.
Riom (Mlle), C-1.
Rouart, Ap-1.
Rubenovitch (Mme), Ap-1.
Rudaux, Ac-1.
Rudler, O-1.
Schwob, Ac-1.
Sée, B-2.
Sivadon, Ap-1.
Sterne, B-2.
Thiéry, F-1.
Uhry, F-1.
Vallon-Braun (Mme) A-7.
Van den Bossche, I-12.
Veslot, E-1.
Wilm (Mlle), V-1.
Zadoc-Kahn, B-2.
Zagdou, A-6.

INTERNES

Abadie (Mlle), A-2.
Aboulker (Paul), I-12.
Adda (Mlle), W-1.
Adle, I-14.
Adrianopoulos, B-8.
Aldou (Mme), Ai-2.
Aliker, M-7.
Allilaire, Ai-2.
Arnal, D-4.
Arnous (Jean), N-6.
Arviset, M-7.
Aschkenasy, Af-2.
Aubrun, Ac-1.
Auzépy, Ac-1.
Barbier (Léon), Ab-3
Barbier (P.) (C. spécial), Ai-1.
Barcat, F-10.
Bardin (Pierre), D-1.
Barthélemy, A-8.
Bastien (J.), I-14.
Baudouin, I-4.
Baumgartner, A-1.
Beauchef (René), Q-11.
Beauchef (Jean), G-12.
Bellin, Q-18.
Benassy, L-7.
Bensaude, J-3.
Bergeron (Louis), Ah-1.
Biardeau (C. spécial), Ao-1.
Bidou, Y-2.
Billard (J.), G-8.
Bioy, M-4.
Bloch (M.), V-1.
Blondeau (C. spécial), Ao-1.
Boisseau, Aa-2.
Boissonnet, E-4.
Bonamy, Q-8.
Bonhomme, W-6.
Bonnenfant (Mlle), M-5.
Bonnet, J-8.
Borgida, Q-19.
Boros, T-1.
Botton (de), Q-11.
Bouley, E-6.
Boulle, Q-2.
Bour, E-7.
Bourdial, Q-13.
Bourée, C-2.
Bouteau, B-9.
Boutron, K-10.
Bouvrain, H-2.
Bouwens (van der Boyen), Ac-3.
Boyé (P.), W-3.
Boyer, J-15.
Brault (A.), X-2.
Brégeat, B-14.
Brehant, E-10.
Brincourt, Aa-1.
Brocard, J-2.
Brouet (G.), I-2.
Brouet, née Sainton (Mme), C-1.
Broutman, Ac-14.
Brumpt, Af-1.
Brunhes, Ae-1.
Brunel, P-1.
Caby, C-10.
Cachin (Ch.), F-9.
Camelot, Ae-2.
Campagne (C. spécial), Al-1.
Camus, C-13.
Carrez, N-2.
Catinat, B-6.
Cauchoix, F-11.
Cauvy, W-5.
Cernea, Q-13.
Challiot, A-6.
Chambon, R-3.
Champeau, Z-2.
Chareire, J-5.
Charousset, Ad-1.
Chassagne, L-12.
Chatain, H-4.
Chenebault, J-6.
Chevallier, Ac-6.
Chigot (P.), F-9.
Claisse, Ad-3.
Cler, e-12.
Cochemé, B-3.
Coldefy, R-5.
Conte, L-1.
Corcos, J-4.
Cordebar, B-7.
Courrier (Mlle), L-1.
Courtial, Ac-12.
Courvoisier, Q-20.
Coussieu, J-12.
Cuvereaux (C. spécial), Am-1.
Daum, Q-19.
David (Lucien), B-9
Debeyre, Q-15.
Debidour, X-3.
Debouvry, S-1.
Debray, L-2.
Debray (Mlle), X-2.
Dechaume-Monchamont, R-1.
Delair (C. spécial), Ai-2.
Delaitre, F-2.
Delinotte, E-8.
Delorme, I-8.
Delort, Aa-1.
Demartial, G-5.
Dennewald, J-14.
Denoix, Z-2.
Depaillot, X-4.
Derieux, L-5.
Desmonts, V-1.
Desvignes, I-13.
Dolfus (Mme), J-6.
Domart, L-3.
Douay, J-10.
Drain, L-8.
Dreyfus (André), K-7.
Dreyfus (Bern.), K-13.
Dreyfus (Jacques), G-10.
Dugas, M-2.
Dulot, J-10.
Duperrat, M-1.
Dupuy (R.), B-2.
Duval (Alain), P-3.
Escrivan (d), Q-9.
Esquirol, J-11.
Fasquelle, A-5.
Faugeron, H-4.
Faulong, Ab-1.
Fauvet, F-4.
Ferroir, R-1.
Filhouland, P-4.
Fischer, G-13.
Flourens, N-3.
Fontaine, I-8.
Font-Reaulx (de), Q-3.
Forget, Q-20.
Franchel, M-1.
Gahinet, L-7.
Gaube, A-9.
Gaultier, B-2.
Gautier (J.), F-1.
Genty (Philippe), F-10.
Genty (Pierre), Ab-2.
Gerbaux, Z-1.
Gharib, J-3.
Ghozland (Elie), J-11.
Ghozland (Lucien), Ah-1.
Gibert, J-11.
Gigon, Ae-2.
Gillet, I-7.
Girard (Emile), C-11.
Giraud, C-12.
Gisselbrecht, Q-5.
Gout, Aa-2.
Goutner, N-5.
Goyer, P-4.
Graciansky (de), D-3.
Gras, Ai-3.
Grasset (J.), G-12.
Greene, I-3.
Grenet, I-6.
Grépinet, I-10.
Grèze, A-8.
Gross, A-6.
Grossiord, K-8.
Groulier, Q-9.
Grupper, Q-2.
Guenin, A-6.
Guillaumat, B-5.
Guny, B-9.
Guy, J-9.
Haguenauer (Mlle), W-7.
Haguier, Q-10.
Hanaut, Y-1.
Hanoun, Aa-3.
Hector (Mme), B-11.
Hector, B-7.
Herrenschmidt, G-1.
Hertz (Simon), C-7.
Hofmann, D-5.
Horeau, E-11.
Huchet, Q-20.
Huguet (Mlle), W-1.
Huguier, F-11.
Hyon-Jomier (Mme) B-1.
Inbona, A-7.
Israël, L-3.
Jaïch, L-3.
Janvier, K-10.
Jouanneau, H-4.
Judet (R), F-9.
Kaplan (A.), F-8.
Kipfer, L-2.
Klotz, A-3.
Kreis, Ac-1.
Krug, B-7.
Lachmann (Ed.), D-4.
Ladet, V-2.
Laigle, G-9.
Lajouanine, Ai-1. Conc. spéc.
Lamotte, Q-15.
Laurence, G-9.
Lauthier, L-5.
Lautmann (Mlle). O-4.
Lazard, O-1.
Lebeau, B-5.
Le Blanc, N-1.
Le Cœur, O-1.
Leconte (A.), E-5.
Lecoq, Ap-1, Conc. spéc.
Ledoux-Lebard, B-6.
Léger, Ab-3.
Lemant, L-3.
Lemelletier, F-1.
Le Picart, G-7.
Leroy (A.), L-6.
Le Roy, Ah-2.
Lesobre, Ac-5.
Leuret (Jean), E-8.
Levaschkevitch (Mme), Ai-3.
Lévy (Jean), M-7.
Lewi, E-2.
L'Hirondel, M-8.
Livory (Marcel), C-13.
Loewe-Lyon (Mme), Ac-2.
Logeais (P.), G-8.
Logeais-Barnaud (Mme), Q-4.
Lorain (Mlle), E-1.
Lorsignol (Mlle), Ac-4.
Lortat-Jacob, L-5.
Lutéraan, T-1.
Macrez (Cl.), Ab-11.
Malgras, J-9.
Malinsky, M-3.
Mallarmé, Ab-5.
Mallet (R.), Ad-1.
Mande, Fi-2.
Marcy, Q-10.
Marquis (Mlle), Ab-2.
Marre, K-10.
Marschack, I-11.
Martrou, Ab-13.
Maruelle, I-10.
Maschas, K-7.
Maspétiol, J-12.
Mathey, I-11.
Mathivat, H-5.
Maulmont (de), L-6.
Maury (Jacques), N-4.
Maury (Pierre), V-2.
Maynadier, A-6.
Mazingarbe, G-7.

EXTERNES

Sebaga, E-2.
Sebban, C-11.
Sebillotte, C-9.
Ségal (Mlle), E-12.
Seillier, G-7.
Sénéchal (J.-J.), L-3
Sénéchal (R.), C-8.
Sérane, A-9.
Seror (Mlle), C-4.
Sérot (Mlle) (élève), A-11.
Serre, J-5.
Serreau, I-14.
Sévileano (Nicolas), J-3.
Sevileano (E.), Ac-1.
Seyer, Ab-13.
Seyrig (Mlle), B-6.
Sibertin-Blanc (Mlle), I-3.
Sicard (Mme), née Guignard, E-6.
Sicard (J.), M-7.
Sicard (P.), M-5.
Sierra, L-6.
Sieurain (Mlle), Aa-3.
Silberstein, Ac-6.
Siraga, Q-13.
Simon (Mlle A.), R-1.
Simon (G.), L-6.
Simon (René), J-9.
Sinaud, F-11.
Slama, L-9.
Smilovici, Ad-2.
Snegaroff (Mlle), Ac-2.
Sohier, Ac-6.
Sokolski, F-9.
Sol, M-7.
Solomon, W-3.
Soudant (Mlle), E-6.
Soula, N-4.
Soulier (J.-P.), I-4.
Souriac, K-14.
Spach (Mlle), F-9.
Sriber, I-1.
Stahland (Mlle), F-9.
Statlender, F-3.
Staub, Ae-2.
Stefani, P-1.
Stein (Mlle), L-15.
Steinberg (H.), M-1.
Steinberg (R.), G-1.
Sterfoul, F-2.
Stevenin, A-3.
Stoopen, Y-1.
Stora, A-4.
Suau, J-16.
Szezesniakowsky (Mlle), E-4.
Szpidbaum, Aa-2.
Szryro, J-11.
Szteijn, H-3.
Szylowicz, M-3.
Tahar, L-9.
Taïeb (M.), L-10. Int.
Taïeb, J-1.
Talpin, Ae-2.
Tardif (René), G-7.
Tarrade (Mlle), C-8.
Tavernier (J.), Ac-14.
Tavernier (Mlle), R-1.
Temime, Q-4.
Téodoresco (Mlle), J-2.
Ternier, J-5.
Tetreau, X-4.
Tetu, J-4.
Thaon, F-5.
Theiler, C-6.
Thévenin, H-4.
Thévenot (Mlle), X-2.
Thieblot, R-2.
Thiébot, C-11.
Thieffry (Mme), Ac-5.
Thiollier (Mlle), Q-19.
Tisca, G-10.
Todoskoff, F-11.
Tola (A.), G-5.
Tola (R.), L-6.
Tolstoï, C-7.
Tomachepolsky (Mlle), Ac-1.
Torlet, I-4.
Torre, K-2.
Tostivint, Ae-2.
Tostivint (Mlle), Ac-5.
Toufesco, Ac-3.
Toupet, Ab-3.
Tourneville (Mlle), W-1.
Tran-Hun-Tuoc, J-10.
Tran-Van-Hoa, V-1.
Tran-Van-Luong, X-6.
Tremblin, H-3.
Tricot (Rob.), I-8.
Trocmé (Mlle), Ab-1.
Tronc, B-9.
Truelle (Mme), née Cholard, I-6.
Tubiana, Q-10.
Tulou, M-8.
Turlotte, Q-6.
Tzannetis, D-4.
Ulmann, F-1.
Ulrich (Mlle), W-1.
Umdenstock, L-2.
Uzan (H.), Ac-1.
Uzan (M.), F-1.
Vachez (Mlle), Q-2.
Vaissié, Ae-1.
Vakili, R-1.
Valadon, G-8.
Valtat (élève), W-9.
Vannier, F-12
Van Quaethem, X-6.
Vasquez, D-6.
Vaugelade du Breuillac (de), X-4
Verdez, Q-4.
Verliac, B-4.
Vermenouze, B-5.
Venator, B-8.
Vernes, Ab-1.
Verriez, H-3.
Verron (Mlle), Q-8.
Verroust, I-8.
Verstraete, B-5.
Vésigot-Wahl (Mlle), H-4.
Vialard (J.), Ab-2.
Vialard-Goudou, Ac-11.
Vialet (Mlle), G-5.
Vigneron (Mlle), X-5.
Vignon (Daniel), I-8
Viguié (R.), J-3.
Viguié (Mme), née Vidal de La Blache, D-2.
Vila, F-1.
Villain, K-10.
Villanova, E-7.
Villebrun, C-14.
Vincent (A.), Y-2.
Vincent (Jules), A-3
Vinour, Q-6.
Vissian (Louis), L-2.
Vittrant, A-4.
Vossoughi, F-11.
Weill (F.), Q-5.
Weil (J.-V.), F-2.
Weil (R.), A-6.
Weinberg (Mlle), K-10.
Weissbrod (Mlle), F-4.
Wetterwald, L-5.
Wettier, N-1.
Wetzel (Mlle), E-4.
Wetzlar (Mlle), L-8.
Wetzler (Mlle), F-1.
Weydert, Ab-14.
Weyl, L-4.
Wibrotte (J.), H-1.
Willocq (Mlle), W-6.
Winter, K-5.
Wintrebert, M-4.
Wior (élève), J-13.
Wolf (J.), Ac-3.
Wolkowicz (élève), J-13.
Woog (Mlle), Ab-3.
Wuest (Mlle), F-9.
Xambeu, Ae-2.
Zaepfell, Ac-11.
Zirah, A-6.
Zuckermann, Q-15.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 MARS 1936)

Actinomycose du côlon descendant. — M. Paul MOURE rapporte une observation envoyée par M. Jean QUERNEAU (de Quimper). Ces observations ne sont pas exceptionnelles, mais l'auteur a eu raison d'appeler l'attention sur cette lésion inhabituelle. Le diagnostic ne fut fait que par l'examen histologique. Guérison.

Kyste du mésentère. — M. R. TOUPET rapporte une observation de M. Paul CABONAT qui montre les avantages de la suture à points séparés dans les anastomoses intestinales difficiles.

L'hypertension forcée, combinée avec l'incision transversale dans la chirurgie des voies biliaires. — M. Louis BAZY rapporte un travail de M. Abel DESJARDINS sur ce sujet.

A propos de deux cas de névralgie du glosso-pharyngien. — M. PETIT-DUTAILLIS rapporte deux intéressantes observations de M. Paul MARTIN (de Bruxelles). Il rappelle à ce sujet des observations personnelles.

Disjonctions traumatiques de la symphyse pubienne. — MM. JEANNENEY (de Bordeaux) et FOUCAULT (de Poitiers).

Enucléation intra-ovarienne de kystes dermoïdes bilatéraux avec conservation des ovaires. — M. Félix PAPIN (de Bordeaux).

Colectomie segmentaire avec suture incomplète des deux bouts. — M. Yves BOURDE (de Marseille).

Affaiblissement de la tubérosité tibiale externe après fracture traitée par vissage. Opération plastique secondaire. « Restitutio ad integrum ». — M. Jacques-Charles BLOCH.

A propos du traitement chirurgical des colites ulcéreuses non spécifiques. — M. G. LARDENNOIS.

(SÉANCE DU 25 MARS 1936)

Fracture articulaire de l'extrémité supérieure du tibia. — M. BASSET estime que l'à peu près est à rejeter formellement dans les fractures articulaires et que l'arthrotomie est indispensable.

A propos des calcifications péri-scapulaires. — M. MAUCLAIRE a observé un cas de calcifications sous-claviculaires à la suite de fracture de cet os.

Rhumatisme vertébral chronique. — M. WELTI rapporte deux observations de M. Mallet Guy qui a obtenu par parathyroïdectomie deux bons résultats persistant encore après quatre mois. Le rapporteur estime que ce temps n'est pas suffisant pour parler de résultat éloigné, il n'a guère confiance dans la parathyroïdectomie même en présence d'une calcémie élevée.

Autogreffes ovariennes. — M. MOURE rapporte un travail de M. Douay basé sur un total de 203 observations et, à cette occasion, fait le point de la question. Il montre que la méthode, surtout avec la technique de greffe dans la grande lèvre adoptée par M. Douay, donne des résultats appréciables, moins bons dans les fibromes que dans les salpingites ou les kystes de l'ovaire.

M. ROUX-BERGER estime au contraire que les résultats, toujours passagers, sont à peu près nuls ; il insiste en outre sur la nécessité, pour qu'une greffe soit utile, de conserver de la muqueuse du corps utérin.

M. D'ALLAINES a obtenu par l'hystérectomie fundique des résultats meilleurs dans les affections inflammatoires que dans les fibromes où cependant l'ovaire est sain.

M. BROCQ a vu survenir la ménopause après ablation d'une greffe mal tolérée : ce fait a la valeur d'une expérience ; il a pu par ailleurs mettre en évidence la présence de folliculine du voisinage de la greffe. Il a donc confiance dans la greffe, sous la réserve que celle-ci finit par mourir.

M. R. BLOCH croit également à la valeur des greffes ovariennes.

Hernie scrotale géante. — M. BARTHÉLEMY (Nancy) ayant eu l'occasion d'opérer une hernie scrotale descendant jusqu'au genou, a opéré son malade en deux temps après une cure d'amaigrissement et de régime de trois semaines. Il insiste sur les avantages incomparables du crin.

Scalénotomie dans le traitement des cavernes tuberculeuses du sommet. — M. MAURER, en son nom et au nom de MM. MONOD et BEUZARD, montre les avantages de cette technique et présente quelques résultats. La scalénotomie peut être ou non associée à la phrénicectomie dont elle complète les résultats.

A propos des injections intra-artérielles. — M. HUET a recherché si l'on pouvait éviter les accidents des injections artérielles au cours de nombreuses expériences sur l'animal : il a ainsi injecté 70 substances, dont il a fait varier la concentration et le pH. Il insiste sur l'intérêt qu'il y a à utiliser des solutions ramenées à l'isotonie et présentant un pH égal à la normale.

Arthrorise du pied. — M. SORREL, après avoir rappelé les diverses techniques successivement proposées, insiste sur l'intérêt des opérations mixtes d'arthrodèse et d'arthrorise, et en rapporte 17 observations personnelles, dont les résultats sont satisfaisants. Il préfère les greffons à l'enchevillement qui lui a donné un échec partiel.

M. RICHARD a eu un échec par enchevillement chez l'enfant.

M. LANCE se déclare au contraire très satisfait par l'enchevillement des types Toupet et Huc-Brizard, et estime que les greffons ne se résorbent pas lorsqu'ils sont en bonne place et travaillent.

M. BOPPE confirme dans l'ensemble les observations de M. Sorrel.

LIVRES NOUVEAUX

Sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale (S.A.P.) (*seize années d'expérimentation clinique*) (1), par Auguste PETTIT, professeur à l'Institut Pasteur.

Le sérum des convalescents est d'une efficacité reconnue dans la poliomyélite ; il est malheureusement impossible d'en disposer en quantité suffisante et surtout au début d'une épidémie.

La sérothérapie d'origine animale était donc une nécessité et sa réalisation est un immense progrès. Mais les conditions d'obtention sont singulièrement plus délicates que pour les sérums couramment employés contre d'autres affections.

On apprendra avec intérêt et admiration dans la première partie de cet ouvrage ce qu'il a fallu d'ingéniosité et de ténacité pour découvrir dans le chimpanzé et le cynocéphale les animaux capables de fournir un sérum satisfaisant quantitativement et qualitativement aux conditions requises, ce qu'il a fallu aussi d'audace pour manier des animaux dangereux. Les appareils ingénieux qui permettent actuellement de les traiter au prix de simples risques n'ont pu être mis au point qu'après que des cœurs bien trempés ont d'abord osé affronter des dangers graves. La confiance des cliniciens dans le sérum antipoliomyélite est aussi un hommage au beau courage des premiers chercheurs.

L'étude de très nombreuses observations de poliomyélite de diverses origines et où l'affection se montre avec le polymorphisme qui est l'un de ses plus remarquables caractères est une réponse péremptoire à des critiques qu'on aurait souvent désirées moins aveugles de la part de certains savants. En pareille matière, le « consensus omnium » n'est pas suffisant ; la discussion et l'affirmation motivée et explicite sont une nécessité. Les pages qui les présentent sont brèves mais complètes et probantes. Nul doute que l'avenir ne vienne confirmer conclusions et doctrine.

On trouvera enfin, *in fine*, une bibliographie nombreuse, à la fois énumérative et analytique qui ne laisse dans l'ombre aucune des opinions jusqu'ici formulées par les divers auteurs.

L. BABONNEIX.

(1) Paris, Masson et Cie.

Précis de médecine catholique (1), par le Dr Henri BON, président du Comité de Franche-Comté de la Société médicale de Saint-Luc.

Dans toutes les religions, les questions d'hygiène ou de médecine ont de tout temps été envisagées, discutées, parfois réglementées. Il en a été de même pour la religion catholique. A notre époque, l'Eglise, développant ses œuvres séculaires, les adapte sans cesse aux progrès de la science et aux nécessités sociales.

Le livre de M. Bon étudie toutes les questions dans lesquelles la médecine et la religion se pénètrent.

Après une étude historique très documentée, l'auteur envisage tous les problèmes nouveaux qui se posent aux médecins catholiques en physiologie, en pathologie, en thérapeutique.

Signalons les chapitres relatifs à l'euthanasie, à certaines interventions obstétricales, à la stérilisation, à la crémation.

Une dernière partie est consacrée aux institutions catholiques (facultés libres, missions, associations de médecins). Elle montre à ceux qui l'ignorent l'importance du mouvement scientifique et social auquel participent les médecins catholiques.

Il faut remercier le Dr Henri Bon de nous avoir donné cette excellente documentation. Son Précis remporte d'ailleurs un succès rare : la deuxième édition française succède à la première au bout de quelques semaines, cependant que des éditions étrangères sont en préparation. C'est dire l'intérêt très vif que rencontre l'ouvrage.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

— Exceptionnellement, les notes pour l'internat sont remises à la semaine prochaine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 12 *mai.* — Jury : MM. Léon Binet, président ; Carnot, Gougerot, Sézary. — Mlle BARRET. Glutationémie et troubles respiratoires. — M. GRUNBERG. Les extraits de l'avoine en thérapeutique.

Mercredi 13 *mai.* — Jury : MM. Loeper, président ; Tanon, Chiray, Joannon. — M. GUTMAN. Etude du cancer du sein chez l'homme. — M. HORODMICEANU. Prophylaxie du typhus exanthématique. — M. LANDOWSKI. Etude de l'hypoménorrhée associée à l'adiposité et son traitement. — M. MEJIA. La psittacose à propos des récentes épidémies. — M. AGYJA RYCHTER. Angiomatose familiale hémorragique.

Samedi 16 *mai.* — Jury : MM. Brindeau, président ; Nobécourt, Mouquin, Vaudescal. — M. DEHOUVE. Etude à l'emploi simultané de quinine et de l'hypophyse en obstétrique. — M. BRAYTBORT. Etude du rhumatisme et de l'endocardite scarlatineux.

(1) Grand In-8. — Prix : 40 fr. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 40. — SAMEDI 16 MAI 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LE JUBILÉ DU DOCTEUR ANTOINE BÉCLÈRE. — Les amis et les élèves du docteur Antoine Béclère se sont réunis dimanche au Centre Marcellin Berthelot pour célébrer le 80e anniversaire et le jubilé scientifique du maître vénéré de la radiologie française.

Toutes les sociétés de radiologie françaises et étrangères s'étaient associées à cet hommage de respect et d'admiration. Des discours furent prononcés par M. Regaud, qui présidait la séance, par MM. Jousset, Ribadeau-Dumas, Rist, le professeur Sergent, au nom des médecins, par MM. Maingot, Ledoux-Lebard, Darbois, au nom des radiologistes, par les professeurs Rosselet (de Lausanne), Schinz (de Zurich), enfin par M. Siredey, ancien président de l'Académie de médecine.

Une médaille à son effigie, due au sculpteur Dropsy, fut remise à M. Béclère par le professeur Regaud.

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX (nomination). — Séance du 9 mai. — MM. Gosset, 19; Merle d'Aubigné, 18; Patel, 19.

Epreuve de thérapeutique chirurgicale. — Séance du 11 mai. — MM. Merle d'Aubigné, 29; Patel, 30; Gosset, 29; Reinhold, 30.

Total des points : MM. Patel, 95; Merle d'Aubigné, 94; Gosset, 93; Reinhold, 92.

Sont nommés : MM. Patel et Merle d'Aubigné.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat. — Troisième épreuve écrite* (biologie). | Séance du 11 mai. — MM. Boudreaux, 18; Calvet et Poilleux, 17; Mialaret, 16; Monod, 15.

Epreuve orale d'anatomie. — Séance du 12 mai. — Question donnée : « Le triangle de Scarpa. »

MM. Boudreaux, 18; Calvet, 16; Mialaret et Poilleux, 15.

Epreuve orale de pathologie chirurgicale. — Séance du 13 mai. — MM. Mialaret, 19; Boudreaux et Poilleux, 18; Calvet, 17.

— *Concours de l'adjuvat. — Epreuve écrite de physiologie.* — Séance du 11 mai. — MM. Benassy, 18; Caby, Chevallier, Delinotte, Léger et Roux, 17; Néraud, 16; Goldefy, 14.

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — *Section de médecine générale.* — Ordre de passage pour l'exposé de titres :

MM. Marchal, Broustet, Gré, Corte, Houcke, Barbier, Thiers, Breton, Levrat, Lafon, Raybaud, Caroli, Fabre, Huriez, Gadrat, Massias, Josserand, Bariéty, Rimbaud, Mollaret, Kissel, Wallich, de Gennes, Boucomont, Massières, Patoir, Péron, Lelong, Warembourg, Bounhoure, Bonnet, Lamy, Desforges-Mériel, Michon, Dervillée, Olmer, Barral, Benda, Andrieux, Kourilski, Delore, Azerad, Brahic, Decourt, Garcin, Martin, Stillmunkès, Planques, Chevallier, Croizat, Patey, Doubrow, Froment.

Sont déclarés admissibles après l'épreuve de titres (ordre alphabétique) :

Aix-Marseille : MM. Brahic, Olmer, Raybaud.

Bordeaux : MM. Broustet, Dervillée, Gré, Massière, Bounhoure.

Lille : MM. Breton, Huriez, Warembourg.

Lyon : MM. Barbier, Barral, Croizat, Delore, Froment, Josseran, Levrat, Martin, Thiers.

Montpellier : MM. Boucomont, Lafon, Rimbaud.

Nancy : MM. Kissel, Michon, Gadrat.

Toulouse : MM. Andrieux, Desforges-Mériel, Fabre, Planques, Stillmunkès.

Hanoï : MM. Massias, Patez.

Paris : MM. Bariéty, Benda, Bonnet, Caroli, Coste, Garcin, de Gennes, Kourilski, Lelong, Marchal, Mollaret.

Section d'obstétrique. — Leçon d'une heure. — Séance du 12 mai. — M. Estienny : « Le segment inférieur de l'utérus. Anatomie et physiologie. »

M. Daléas : « Examen d'une boiteuse à la fin de la grossesse. »

Séance du 13 mai. — M. Guilhem : « Tuberculose pulmonaire dans ses rapports avec la gestation et l'accouchement au point de vue maternel. »

M. Cartoux : « Nidation de l'œuf. »

Sont proposés : MM. Daléas (Hanoï), Guilhem (Toulouse).

Section de physiologie. — Leçon d'une heure. — Séance du 13 mai. — M. Morin : « Acte sécrétoire. »

M. Morin est proposé.

Section d'anatomie et histologie. — Leçon de trois quarts d'heure. — Séance du 12 mai. — M. Coulouma : « Ventricule latéral. »

M. Huard : « Urètre masculin. »

Leçon d'une heure. — Séance du 14 mai. — M. Salmon : « Les dentitions. »

M. Huard : « Les osselets de l'ouïe. »

M. Coulouma : « Thymus. »

Section de physique et de chimie. — Leçon de trois quarts d'heure. — Séance du 12 mai. — M. Thivolle : « Acides uroniques. »

M. Seignerat : « Physiologie du sang (sans les applications pathologiques. »

M. Dubost : « Guanidines. »

Leçon d'une heure. — Séance du 13 mai. — M. Dubost : « Stéréoscope. Théorie, applications. »

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Le concours de médecin inspecteur des écoles du département de la Seine s'est terminé par les nominations suivantes :

Mmes Zagdoun, Bernard, MM. Patey, Mercklen, Rouques, Boulanger, Mme Roudinesco, M. Baize, Mlle L'Hoir, MM. Hallez, Lestoquoy, Fauvert, Cahen, Langlois, Gilbrin, Sterne, Mme Ogliastri, MM. Prieur, Servel de Cosmi, Bohn, Mlle Delos, Mme Wesbecher, MM. Lafitte, Bolgert, Fortier, Baillet, Bréhier, Fourniat, Mme Cros, Mlles Lecocq, Ronget, MM. Klotz, Canonne, Mme Zucman, Mlle Abricossoff, MM. Saullière, Degrais, Lévy, Bonnard, Mme Arager, M. Cabaille, Mme Bayer.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. Bernard, à Forcalquier; Cahuzac, à Troyes.

Médaille d'argent. — MM. Benoit, au Blanc; Lafond, à Argentan-sur-Creuse; Servet, à Lorient; Horel, à Ostricourt; Conrath, à Neuf-Brisach; Carle (M.), à Lyon; Caillet, Chavany (J.), à Paris; Méric, à Niort; Pareile, à Versailles.

Médaille de bronze. — MM. Blain, à Bernay; Martin de Laulerie, à Issoudun; Landon, à La Châtre; Lavaud, à Jarny; Grivot, Le Moal, La Pipe, Lettry, Méheut, Rio et Saiget, à Lorient; Mabin, à Malestroit; Dehaisne, à Aire-sur-la-Lys; Erhard, à Illfurth; Jaeger, Meyer (A.), à Colmar; Mège, à Toulon; Vilkegier, à Limoges

GUERRE. — M. le médecin général Grenier de Cardenal, directeur du Service de santé de la 18e région, a été placé, à compter du 10 mai 1936, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

M. le médecin général inspecteur Sacquépée, de la 2e section du cadre des officiers généraux, ancien inspecteur des services médicaux de l'armée, membre de l'Académie de médecine, est maintenu, pour l'année 1936, comme membre militaire de la Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires.

M. le médecin général inspecteur Lévy, directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, est nommé, pour l'année 1936, membre militaire de ladite Commission.

CHRONIQUE

LE RÔLE DES MÉDECINS PENDANT LA GUERRE ABYSSINE

Au lendemain de la victoire italienne, S. E. l'ambassadeur d'Italie a tenu à exposer à la presse française les efforts de la civilisation latine opposés à l'état de barbarie de l'Abyssinie.

Un film documentaire saisissant nous a montré comment la race des grands constructeurs romains, toujours égale à elle-même, a pu, dans un pays âpre et accidenté, créer des routes et organiser, avec une rapidité prodigieuse d'immenses régions jusqu'ici désertiques.

Un des aspects les plus frappants de ce film est assurément l'œuvre accomplie par le service de santé.

Suivant la méthode employée par Lyautey, partout les médecins italiens ont accompagné l'armée. Au fur et à mesure de l'avance, médecins militaires et médecins des milices ont créé des hôpitaux pour les blessés italiens et éthiopiens. De nombreux dispensaires fonctionnent où les indigènes, en foule, viennent demander des soins aux médecins italiens.

Il est admirable, certes, qu'une pareille campagne ait pu être menée à bien *sans épidémie*. Le mérite en revient à nos confrères italiens qui ont su prévoir toutes les éventualités. Sous la direction du professeur Castellani, le maître des maladies tropicales, une tâche bienfaisante s'accomplit tous les jours.

Cette œuvre humanitaire apparut plus éclatante encore lorsque le film fit passer devant nous les misérables restes des ouvriers italiens sauvagement massacrés par les Ethiopiens..., lorsque nous vîmes les abominables mutilations infligées à des soldats italiens !

Devant des documents d'une aussi effroyable objectivité, on se demande comment la S. D. N. pourrait encore prolonger l'erreur des sanctions... F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

GRAND APPARTEMENT à louer, 159, faubourg Poissonnière. Escalier particulier. Conviendrait bien pour un docteur.

REVUE GENERALE

LES PLEURÉSIES SÉRO-FIBRINEUSES AU COURS DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Par M. René MASSON.

L'apparition d'une pleurésie séro-fibrineuse au cours du pneumothorax thérapeutique est un fait d'observation quotidienne dans le domaine de la phtisiologie. C'est dire que les quelques questions que cet épanchement soulève, ont été envisagées par tous les auteurs. Mais il n'est pas très fréquent de rencontrer ce sujet envisagé au seul point de vue qui nous intéresse ici, à savoir la pleurésie séro-fibrineuse en particulier.

Il ne nous a donc pas semblé inutile de rassembler ici les vues générales de quelques auteurs.

Les données histopathologiques. — Sans nous y attarder, rappelons l'image histologique du feuillet pleural, elle illustre bien, à l'avance, l'importance des réactions dont la plèvre est le siège. — Il y a deux assises de cellules, de constitution différente.

L'une, superficielle, est constituée de cellules polyédriques, plus ou moins aplaties, et de petites cellules rondes, elle répond bien à cette fonction mécanique de glissement des deux feuillets pleuraux l'un sur l'autre, au cours de l'inspiration et de l'expiration.

L'autre, profonde, exprime la vitalité pleurale, on connaît ses réseaux vasculaires abondants, sa double chaîne lymphatique, et ses nerfs. C'est bien elle qui justifie l'abondance de certains épanchements.

Normalement, les deux plèvres, pariétale et viscérale, sont lubrifiées par une très mince lame liquidienne. Il en est ici comme de toute séreuse, lorsqu'une cause pathologique agit sur la plèvre, celle-ci répond par l'exagération quantitative de ce liquide, mais avec une intensité remarquable qu'explique, sans aucun doute, l'importante irrigation de la couche cellulaire profonde. De plus, avec plus de fréquence que la plupart des autres séreuses, elle présente au premier chef, le pouvoir de former des fausses membranes, pouvoir plus redoutable que la formation de liquide en un certain sens, puisque c'est à lui qu'on doit la formation de ces adhérences, parfois de certaines symphyses, qui compromettent trop souvent l'avenir du pneumothorax et par là : le pronostic général.

Tel est donc l'aspect de la plèvre. Son examen familiarise avec le caractère particulier de ses réactions, et n'est pas inutile dans la recherche de l'attitude qu'il convient d'adopter au cours de l'épanchement séro-fibrineux du pneumothorax.

Dans quelles conditions apparaît un tel épanchement ? — *a*) Parfois, dès l'établissement du pneumothorax, il n'est pas rare de constater à la Radioscopie dans les jours qui suivent, une petite lame de liquide dans le cul-de-sac pleural. Nous n'en parlerons que pour la quitter, mais elle permet de différencier l'épanchement séro-fibrineux de ce qu'on nomme les *épanchements idiopathiques*, simple exagération d'un processus normal, et leur découverte radioscopique ne doit pas prêter à confusion. Léon Bernard les nommait « les épanchements de synovie pleurale ». En effet, ce liquide idiopathique n'a pas de caractère particulier. Aseptique, il ne tuberculise pas le cobaye, on y chercherait en vain un germe infectieux, un élément cytologique anormal, un excès d'albumine. Il est facile d'expliquer sa formation : l'appel d'air entre les deux plèvres réalisé par le pneumothorax, détruit la contiguïté des feuillets pariétal et viscéral et réalise entre eux un espace vide, anormal au fond duquel le liquide normal de lubrification plus ou moins abondant se rassemble. Mais rien n'autorise à considérer ces légers épanchements comme pathologiques. Leur durée est en effet le plus souvent éphémère, et l'on n'a pas à noter de réaction thermique. Ils devront seulement inciter à plus de surveillance. L'état des choses est bien différent lorsqu'il s'agit d'*un véritable épanchement séro-fibrineux*.

b) Ici, en dehors de l'abondance, plus considérable, tout vient confirmer la nature septique du liquide. L'étule cytologique, chimique, bactériologique, montre qu'il s'agit d'un *exsudat*.

Une question *de pathogénie* se pose aussitôt avec intérêt : Comment expliquer la pénétration de la plèvre par l'élément infectieux déterminant cette réaction exsudative ?

Sans doute, *les conditions extérieures* ont une influence. Ce n'est pas en vain que l'on a invoqué les refroidissements, avec modification circulatoire et stase capillaire par vaso-dilatation. Il n'est pas rare, en effet, de voir un malade, porteur d'un pneumothorax, présenter un épanchement après une sortie par exemple, dans de mauvaises conditions thermiques et hygrométriques.

L'on a invoqué aussi la *brusquerie des insufflations* d'entretien, intempestives sur une plèvre fragile, réalisant une action comparable à un traumatisme étendu, ou surtout, localisé sur une adhérence irritée, tiraillée par l'introduction massive d'une trop grande quantité d'air.

Mais ces causes n'expliquent guère l'état exsudatif de l'épanchement qui, ne l'oublions pas, tuberculise le cobaye, elles ne font, sans doute, que favoriser la troisième :

En réalité, la présence des *lésions parenchymateuses, foyer infectieux proche* de la plèvre viscérale, constitue pour elle le danger le plus évident. Quoi de plus simple qu'une propagation bacillaire à cette séreuse, par le riche réseau lymphatique et même circulatoire qu'elle présente, d'autant plus que le collapsus pulmonaire du pneumothorax réalise des rapports plus intimes entre le parenchyme et la plèvre, et contrarie l'irrigation normale ? Une fragilité temporaire de la séreuse, une diminution de résistance, une exaltation de la virulence microbienne, ne sont-ce pas là autant de facteurs capables d'éclairer la genèse d'une infection pleurale dans l'état spécial créé, anatomiquement, par le pneumothorax ?

D'ailleurs, le pourcentage de ces pleurésies varie avec la gravité de la maladie. On les a signalées dans 60 % des cas pour une tuberculose fibro-caséeuse, dans 70 %, pour une tuberculose ulcéro-caséeuse, dans 80 %, enfin, dans les tuberculoses aiguës (*Pissavy, Thèse* 1926).

C'est souligner, en même temps, leur importance.

Enfin cette infection de voisinage est souvent déterminée par ces *minimes perforations pleuro-pulmonaires* si fréquentes au cours du pneumothorax artificiel et que *Bard* a signalées depuis longtemps. Voie presque microscopique de pénétration bacillaire entre les alvéoles les plus superficielles du parenchyme et la cavité pleurale, elles expliquent de la façon la plus nette l'infection et le retentissement inflammatoire de la plèvre. L'épreuve de la toux, ou prise de la pression intra-pleurale montrant une chute éphémère de sa valeur après la toux, l'épreuve au manomètre de Béclère, l'épreuve du bleu, en sont les tests les plus classiques. Malgré leur fréquence, elles n'expliquent pourtant pas la genèse de toutes les pleurésies séro-fibrineuses du pneumothorax artificiel.

En somme, l'étiologie de la pleurésie est mal précisée. L'on sait que le froid, les insufflations d'entretien mal conduites, et surtout la forme et l'activité des lésions tuberculeuses favorisent l'apparition de pleurésie séro-fibrineuse au cours du pneumothorax artificiel. Les minimes perforations pleuro-pulmonaires peuvent, toutefois, en être une cause clairement déterminante.

L'aspect clinique de ces épanchements est assez variable. On peut dire que chaque cas revêt un aspect particulier tenant à la forme du pneumothorax, à la variété des lésions, à l'évolution. Il est bien schématique de décrire une pleurésie séro-fibrineuse avec une certaine apparence cyclique. L'évolution par exemple n'est pas toujours prévisible, et les symptômes sont souvent inconstants et variables d'un jour à l'autre. Néanmoins, nous décrirons surtout *la forme liquidienne* de Léon Bernard, qui représente assez bien le type même de la pleurésie séro-fibrineuse, plutôt que les formes adhésives, rarement séro-fibrineuses, et pour lesquelles des questions plus délicates se posent. C'est aussi la plus fréquente, et chemin faisant, il nous sera plus aisé de voir la conduite à tenir. Elle résulte d'ailleurs principalement de la nécessité de maintenir autant qu'il est possible le collapsus pulmonaire.

On a remarqué que la pleurésie séro-fibrineuse apparaissait surtout vers le deuxième mois suivant l'institution du pneumothorax, ce qui ne signifie pas qu'elle ne puisse se former plus tard. *Rossel*, dans sa thèse, insiste sur l'intérêt d'un diagnostic précoce. Il permettrait de ménager la sensibilité pleurale, d'éviter des insufflations intempestives, et de prévenir peut-être ainsi l'apparition de la complication. Mais trop souvent, ce diagnostic n'est pas fait.

Deux signes peuvent y contribuer si on songe à les dépister, ce sont les « signes prémonitoires » de Rossel. C'est d'abord un souffle *amphoro-métallique*, signe le plus précoce, pouvant se manifester « même plusieurs semaines » avant le début de l'épanchement. Doux, très localisé, il répondrait à un processus inflammatoire. C'est ensuite la *douleur thoracique*, vague, ou localisée en un point de côté, que l'on a toujours trop tendance à attribuer à ces névralgies ou à ces douleurs pleurales, si fréquentes au cours du pneumothorax.

Il n'est pas rare, d'ailleurs, de noter en même temps, au niveau du thorax opposé, quelques râles, témoins peut-être, d'une poussée inflammatoire légère. De tels signes ont évidemment un intérêt dogmatique, mais ils plaident surtout en faveur de la surveillance dont les tuberculeux doivent être entourés, trop souvent leur inconstance, ou l'absence d'examen systématique, ne permettent pas de les recueillir.

C'est le caractère plus bruyant de la période exsudative pleurale qui attire l'attention quelques jours après.

Il faut souligner l'amélioration de l'état général que l'on a constatée souvent chez ces malades soignés depuis deux mois ou plus. La température a souvent cédé, les forces sont partiellement rétablies, l'appétit meilleur, le poids en progrès léger, et parfois, l'expectoration elle-même est tarie. C'est donc dans ce tableau d'amélioration relative que survient un crochet thermique allant de 38°5 à 39°, maximum en un à deux jours, propre à jeter l'alarme.

En même temps, une fatigue plus ou moins marquée, de l'insomnie, de l'anorexie accompagnent cette élévation de température.

Rien n'autorise encore à diagnostiquer telle ou telle variété de pleurésie, c'est l'évolution qui permettra ce diagnostic.

Les signes fonctionnels sont de peu d'importance, rappelons la douleur thoracique qui persiste, la dyspnée variable, la toux sèche le plus souvent. Ce sont surtout les signes généraux qui demandent un examen minutieux.

Dès la percussion on note la matité, décelable souvent dès le début, mais dont l'étendue croît rapidement, elle est remarquable par la netteté de sa limite supérieure mobile, faisant contraste avec le tympanisme du pneumothorax et par son caractère franc, hydrique, indiscutable. L'auscultation au niveau de l'épanchement révèle un souffle amphoro-métallique assez constant, doux et localisé, et parfois des bruits adventices du côté opposé.

Enfin l'on n'oubliera pas de rechercher la succussion hippocratique, tous les auteurs s'accordent à en souligner l'importance. On peut sans doute la rechercher de diverses façons, mais il est plus facile de le faire en plaçant le malade en position demi-inclinée, et en pratiquant la méthode de salut brusqué, le malade exagérant brusquement cette position en avant.

Désormais l'existence de la pleurésie est évidente, on l'affirmera néanmoins en pratiquant une ponction exploratrice qui retire un liquide citrin, identique, comme nous le verrons plus loin, à celui de toute pleurésie séro-fibrineuse.

Tel est l'aspect initial de cette pleurésie séro-fibrineuse dans sa forme liquidienne, mais, on le conçoit aisément, il est rare d'observer un tableau complet, surtout dans la pratique hospitalière où le grand nombre des malades exige un examen rapide. Souvent, aussi, le début de l'épanchement est insidieux. Il est alors découvert au cours des examens radioscopiques qui suivent ou précèdent les insufflations d'entretien du pneumothorax. Souvent aussi, il n'est pas assez précis d'apprécier la hauteur du liquide par la simple recherche de la matité ; enfin, *l'examen radiologique* permet de voir les rapports de la pleurésie et du poumon collabé. C'est dire toute l'*importance de cet examen qui doit être systématique et renouvelé.*

Dans la forme qui nous occupe, la radioscopie montre un épanchement à limite supérieure mobile, masquant les ombres costales ; il est en effet plus opaque à la période de formation que plus tard.

Mais la grande valeur de l'examen radiologique tient surtout à ce qu'il permet de suivre l'évolution de la pleurésie, et qu'il sera un guide dans la reprise ultérieure des insufflations du pneumothorax, qui ont été interrompues à cette période de formation liquidienne.

En conclusion, remarquons que cette période initiale est caractérisée par les signes d'une infection aiguë, relativement modérée, avec retentissement sur l'état général, et par des signes physiques, par ailleurs banaux, comme dans tout épanchement pleural.

La surveillance radiologique et manométrique. — Bientôt, l'ensemble de ces manifestations se stabilise, le niveau liquidien se fixe à une certaine hauteur, les signes généraux rétrocèdent. L'on peut dire alors que l'on se trouve à la période d'état.

Dans la forme que nous avons prise pour type, c'est la rétrocession des signes généraux qui précise la nature séro-fibrineuse de la pleurésie, en dix à quinze jours, parfois en trois à quatre semaines, la température est tombée en lysis, les forces du malade s'améliorent, l'appétit revient.

L'intérêt se déplace nettement, *il ne s'agit plus seulement de s'occuper de la plèvre atteinte et de sa manifestation liquidienne, mais de songer à nouveau au moignon pulmonaire*, dont le collapsus a été plus ou moins modifié par la pleurésie.

D'une part, la pleurésie tend en effet à évoluer, notamment soit vers la guérison par résorption, soit vers une augmentation considérable de la quantité de liquide nécessitant une ponction évacuatrice ; d'autre part, le poumon tend à revenir à la paroi par un double processus de décompression et de symphyse, et c'est lui qu'il convient de maintenir en collapsus, tout en ménageant la susceptibilité pleurale.

Il faut donc surveiller ce malade, autant pour son pneumothorax que pour sa pleurésie.

a) Considérons d'abord l'épanchement liquidien. — Les signes en restent les mêmes qu'au début, c'est le même souffle amphoro-métallique, le même bruit de succussion hippocratique. La matité, par son étendue, permet de suivre la hauteur du liquide dont la limite supérieure reste mobile. Les radiographies seront pratiquées en accord avec les examens radioscopiques. Leur but est surtout de surveiller l'état du parenchyme pulmonaire, mais en même temps, elles permettront de voir si le liquide n'est pas trop abondant. Lorsque la limite supérieure dépasse la pointe de l'omoplate, mais surtout lorsque le médiastin est refoulé, cette évacuation peut être nécessaire. Cliniquement, on sait que l'abaissement du foie, le déplacement du cœur avec ou non troubles du rythme, l'existence d'une dyspnée intense avec cyanose et suffocation (d'ailleurs assez rare dans la simple pleurésie séro-fibrineuse, et sans rapport nécessaire avec la quantité de liquide), sont les indications de cette ponction.

La question est délicate, ce n'est pas chose bénigne, que d'évacuer ainsi une plèvre en état de réaction inflammatoire et de surpression méca[illegible]ique ; il faut craindre en effet les récidives très fréquentes des épanchements évacués, les fistulisations qui ne sont pas exceptionnelles malgré les précautions requises, enfin, il n'est pas jusqu'aux variations de pression qui ne se transmettent au parenchyme pulmonaire, et leur retentissement sur une caverne en voie de cicatrisation par exemple, peut n'être pas anodin. La question est plus complexe, on le voit aisément, que pour une banale pleurésie isolée, sans pneumothorax. Aussi, l'on s'est demandé s'il valait mieux retirer ce liquide, en excès dans la cavité pleurale, avec prudence comme l'a conseillé *Léon Bernard*, ou retirer de l'air comme on tend aujourd'hui à le faire davantage, réalisant ainsi des modifications physiques de pression moins traumatisantes. C'est souvent un cas d'espèce. Il est certain que lorsque le liquide dépasse vraiment la pointe de l'omoplate, même lorsqu'il n'y a pas de refoulement médiastinal très accentué et que le liquide semble assez bien supporté, la simple évacuation de l'air n'est pas satisfaisante. Mieux vaut dans ce cas retirer d'abord un peu d'air, mettre le malade en position déclive une fois ce premier temps accompli, et retirer alors le liquide en excès. Mais il faut toujours pratiquer un examen radioscopique après cette épreuve. L'évacuation combinée d'air et de liquide risque d'apporter des modifications trop subites de la pression pleurale, et partant, des lésions collabées. La pression que l'on aura soin de vérifier devra rester aussi proche que possible de ce qu'elle était avant l'apparition de l'épanchement. Au besoin, l'on insufflera à nouveau de l'air en faible quantité. C'est dire, en somme, qu'il faut tendre à faire baisser la surpression pleurale, d'abord et seulement par évacuation d'air si on le peut, et ensuite dans le cas où l'épanchement est par trop important, ou récidive trop vite, par l'évacuation minima du liquide pleural.

La ponction évacuatrice sera pratiquée en position déclive lorsqu'on veut retirer du liquide, et le trocart sera placé au point le plus bas possible dans cette position, de façon que, lorsque le malade aura été redressé en position normale, ce ne soit plus le liquide, mais l'air qui se trouve au contact de l'orifice de pénétration. Ainsi le danger de fistulisation sera écarté.

A la période d'état, les caractères cytologiques du liquide sont différents de ce qu'ils étaient au début. La phase initiale est en effet caractérisée par la présence éphémère d'éosinophiles et de leucocytes à granulations basophiles, nommés « *Malzellen* ». Plus tard, on y rencontre surtout de nombreux lymphocytes et de grands mononucléaires. Les caractères chimiques se stabilisent à la période d'état ; on y trouve 50 à 60 grammes d'albumine, la réaction de Rivalta est positive, et les chlorures atteignent 5,20 à 5,80 grammes. Au microscope, il est rare de trouver des bacilles de Koch, bien qu'ils soient plus fréquents que dans la pleurésie a frigore des adolescents, on les rencontre surtout dans les formes purulentes. Mais, de toute façon, l'injection au cobaye le tuberculiserait en six semaines.

Tel est l'aspect du liquide à la période stationnaire, le plus souvent ses variations légères ne nécessitent pas de ponction évacuatrice, il faut néanmoins le surveiller attentivement.

b) Maintenant, quelle est la *conduite à tenir vis-à-vis du moignon pulmonaire ?* Il ne s'agit pas, en effet, pour une complication de durée généralement courte, de compromettre l'avenir d'un tuberculeux qui est lié à l'état du parenchyme sous-jacent.

Au début, tant que dure la température, nous avons vu qu'il faut suspendre les insufflations, la plèvre demande à être laissée au repos, mais à la période d'état, la radioscopie pratiquée régulièrement montrera les rapports réciproques du parenchyme et de la paroi. En même temps la pression aérienne intrapleurale devra être contrôlée (*Dumarest*).

Il faut en effet que la lésion parenchymateuse reste en état de collapsus suffisant pour pouvoir se cicatriser, c'est ce que l'on vérifie à la radio, il faut, d'autre part, que la pression reste assez élevée, aussi régulière et constante que possible, c'est ce que l'on doit contrôler régulièrement au manomètre. Si par conséquent, le moignon revient à la paroi, si la pression est trop basse par rapport aux chiffres précédents, il faut pratiquer rapidement, sans attendre, une insufflation d'entretien. Au début, on cherchera à ne pas dépasser la pression atmosphérique, de façon à ne pas irriter la plèvre. Ce n'est que plus tard que l'on pourra sans crainte élever la pression si cela est nécessaire, surtout dans les formes adhésives qui tendent à réaliser des rétractions pleurales. Là encore, c'est un cas d'espèce et d'opportunité.

En somme, la période d'état, ou si l'on veut, période stationnaire, doit être avant tout une période de surveillance. Les caractères de la pleurésie séro-fibrineuse se sont précisés, il faut tendre à la respecter dans la mesure du possible et ne pratiquer une évacuation qu'avec prudence, et dans certaines conditions. Par contre, des examens radioscopiques répétés, des vérifications manométriques de la pression pleurale seront des épreuves de sécurité indispensables à la conservation du pneumothorax. Enfin, est-il besoin de le dire, on aura soin de surveiller l'état général du malade, de suivre son poids, sa température, son expectoration, comme pour tout tuberculeux ordinaire.

Quelle sera l'évolution de cette pleurésie ? — Schématiquement, nous envisagerons surtout deux cas :

Ou bien il s'agit d'une résorption simple, et l'apparition de cette pleurésie n'aura pas été sans retentissement à la fois sur le pneumothorax et sur l'évolution générale de la tuberculose.

Ou bien, l'on est en présence d'une résorption avec symphyse pleurale que l'on doit toujours redouter car elle peut interdire la poursuite de la collapsothérapie.

a) *Envisageons le cas de la résorption simple.*

Elle est fréquente, c'est elle qui fait la bénignité relative de cette « complication pleurale », en deux à trois mois, parfois moins, le liquide tarit peu à peu, jusqu'à disparaître.

Mais cette évolution soulève deux ordres de questions :

Quelle aura été l'influence de la pleurésie sur le pneumothorax, et quelle aura été d'autre part son influence sur l'évolution générale de la tuberculose ?

Quelle aura été l'influence de cette pleurésie sur le pneumothorax ?

Dans certains cas, le traitement sera appliqué dans de meilleures conditions, ce sont les effets favorables. Il en est ainsi du pneumothorax à insufflations fréquentes avec grande résorption de gaz, où le collapsus est instable ; la pleurésie détermine alors un certain degré de sclérose pleurale, et par la suite, les compressions seront plus régulières, les insufflations plus espacées. Seulement, le plus souvent, les pressions intra-pleurales devront être plus fortes, comme si en même temps la plèvre avait perdu sa souplesse.

L'on a constaté aussi que dans certains cas de cavernes insuffisamment collabées, l'on obtenait après la pleurésie un affaissement bien meilleur de la spélonque, avec disparition de la température, arrêt de l'expectoration et disparition des bacilles, tandis que l'état général présentait une nette amélioration. C'est ce qui se présente au cours de pneumothorax dits « améliorants » où, avant la pleurésie, persistaient une expectoration et une température légères.

Mais il faut bien reconnaître que la pleurésie séro-fibrineuse, incontestablement réalise un état de sensibilisation pleurale dans bien des cas, et que la poussée scléreuse suivant la phase inflammatoire, fait courir le *danger de symphyse*. C'est là une contre-partie importante des avantages que présente parfois pour le pneumothorax une pleurésie résorbée simplement.

Il est donc impossible d'établir de règle générale au sujet de ces avantages de la pleurésie pour le pneumothorax artificiel, c'est toujours une question de variété clinique.

Par contre, la plupart des auteurs en admettent l'influence favorable sur l'évolution de la tuberculose en général.

Sur le grand nombre des malades guéris ou améliorés par le pneumothorax, l'on a remarqué que la guérison s'observait avec plus de fréquence chez les tuberculeux ayant présenté une pleurésie séro-fibrineuse.

Pour les uns, le liquide assurerait une pression plus constante, plus régulière sur le parenchyme, et la raison de ces succès serait donc purement mécanique. Mais l'on a montré que cette raison ne pouvait être étendue à tous les cas, et qu'en réalité, la pression liquidienne n'était pas homogène, s'exerçant surtout vers les bases pulmonaires, alors que la plupart des cavernes sont haut situées.

Rist, notamment, a opposé à cette conception mécanique une conception biologique, trop complexe à exposer ici, mais dont l'essentiel repose sur la constatation de propriétés bactériolytiques du liquide pleural. Les bacilles de Koch, à mesure que l'épanchement vieillit, dégénèrent jusqu'à réaliser des formes granuleuses, et l'on a souvent constaté la coïncidence entre la disparition des bacilles dans les crachats et cette forme pleurale des bacilles. Appuyées sur des expériences d'inoculation au cobaye préalablement tuberculisé, de liquide pleurétique, ces constatations ont permis de penser que les substances bactériolytiques du liquide pleural après la période inflammatoire, seraient en assez grande quantité pour juguler l'infection tuberculeuse dans son ensemble. Ces vues intéressantes sont souvent admises. Quoi qu'il en soit, l'influence favorable de la pleurésie séro-fibrineuse sur l'évolution générale de la tuberculose semble, de fait, certaine dans bien des cas.

Cette évolution par résorption simple est courante dans la pleurésie de forme liquidienne, elle n'est une complication que parce qu'elle peut surtout apporter des modifications dans le traitement du pneumothorax.

b) *La résorption avec symphyse* est plus grave, parce que son retentissement sur le pneumothorax est bien plus considérable.

A vrai dire elle est plutôt l'apanage des formes purulentes, mais il n'est pas rare de l'observer ici, à titre partiel, surtout dans les formes adhésives que nous citerons plus loin.

Cliniquement, il est difficile de préciser l'instant où elle commence, elle doit s'ébaucher dès l'arrêt de la poussée inflammatoire, c'est-à-dire lorsque la température est tombée. A la radio, il est possible de la prévoir lorsque l'opacité du liquide diminue, ce qui constitue un bon signe ; enfin, au cours des insufflations périodiques du pneumothorax, les insufflations moins importantes en quantité, et moins espacées dans le temps peuvent être des tests annonçant le début de cette résorption.

L'on a distingué trois temps dans cette résorption du point de vue physique et histologique (*Leuret et Caussimon*).

Dans un premier temps la fibrine se dépose progressivement au fond du cul-de-sac pleural, c'est la *sédimentation.*

Dans un second temps, le dépôt de sédimentation devient compact, la quantité de liquide diminue, mais le niveau liquidien tend à rester à la même hauteur. C'est là un fait important dans la genèse de la symphyse. La résorption se fait progressivement *de bas en haut,* et les deux plèvres se symphysent dans le même sens ascendant, de sorte qu'en principe, le fond s'élève à la rencontre du niveau liquidien. C'est le temps de la *condensation.*

Le troisième temps, enfin, représente l'*organisation* de ce dépôt de condensation, avec processus vasculaire, fibrinolyse, processus collagène plus ou moins marqué, réalisant on le conçoit une symphyse désormais irréductible, et rendant désormais impossibles les décollements pleuraux.

Une telle évolution sera suivie par des examens radioscopiques et radiographiques. On est frappé par l'existence d'images liquidiennes dites caliciformes, triangulaires à pointe inférieure, cette pointe étant d'ailleurs plus ou moins arrondie et correspondant à la partie toute inférieure du liquide, enserrée de chaque côté par des dépôts de fibrine en voie de condensation.

Au cours des examens radiologiques successifs on peut se rendre compte du comblement progressif du cul-de-sac avec ascension du fond liquidien, en même temps, on est frappé par la clarté de l'image. Le liquide pleural se clarifie, en effet, et forme contraste avec le dépôt de condensation plus dense. Le plus souvent, cette image sera assez nette pour ne pas nécessiter l'injection de lipiodol dans la cavité pleurale. Le lipiodol n'a d'intérêt que lorsque l'image est floue. Toutefois, comme les apparences radiologiques peuvent être trop peu précises ou trompeuses, on se plaît dans bien des cas à injecter cet indicateur lipiodolé. De face et de profil, on peut alors apprécier exactement les limites et les progrès de la symphyse, le pneumothorax devra être alors entretenu plus énergiquement pour lutter contre elle.

La constitution d'une telle symphyse doit toujours être considérée comme une grave complication, elle exprime la tendance des deux plèvres à se coapter. Toutefois, sa gravité n'est pas sans rapport avec la situation relative des lésions pulmonaires.

L'on comprend aisément que l'action du pneumothorax sera toujours efficace s'il est énergiquement entretenu, si les lésions parenchymateuses sont haut situées par rapport à la symphyse. Par contre, si elles se trouvent au même niveau, l'effet du pneumothorax devient nul. La conséquence en est que l'on se trouve souvent désarmé dans ces cas, la phrénicectomie elle-même n'a guère de chance de réussite lorsque la plèvre viscérale est ainsi fixée à la paroi et le problème thérapeutique devient insoluble. C'est là une redoutable complication qui compromet l'avenir du malade et qui pourrait être parfois évitée dans une pleurésie séro-fibrineuse bien surveillée dont l'évolution doit être favorable.

Ainsi se présente, dans son allure générale, la pleurésie séro-fibrineuse du pneumothorax artificiel, à forme liquidienne.

Formes cliniques. — Il en existe de nombreuses formes cliniques sur lesquelles nous passerons vite, bien qu'elles présentent un intérêt certain, et qu'elles posent des problèmes thérapeutiques encore mal élucidés. Leur évolution est aussi moins favorable, c'est en cela surtout qu'elles se différencient de la véritable pleurésie banale, si fréquente au cours de la tuberculose pulmonaire.

Nous ne ferons que citer ces petites pleurésies, de très faible abondance, sans caractère inflammatoire très net, nous voulons dire : *les épanchements idiopathiques* déjà cités, et ces petits épanchements précoces, latents, torpides, cités par tous les auteurs. Ils ne dépassent guère le niveau de la coupole diaphragmatique et sont souvent bénins dans leur évolution. Ils sont bien distincts en réalité des véritables pleurésies séro-fibrineuses et ne laissent que bien peu de séquelles.

Nous considérerons surtout trois formes cliniques principales : la forme adhésive de Léon Bernard, les pleurésies à évolution interminable, enfin les pleurésies compliquées par passage à la purulence.

a) *La forme adhésive* de Léon Bernard est souvent constituée en réalité par plusieurs petites pleurésies étagées en différents niveaux. Elle est caractérisée par l'existence d'adhérences tendant à cloisonner la plèvre, et à réaliser des poches où le liquide se suspend.

Cliniquement, on pourrait, dit-on, mettre en évidence une sorte de matité en damier, interrompue par des zones sonores, mais c'est là un signe plus théorique que réel. La radiographie montre avec les niveaux liquidiens plus ou moins nombreux des diverses poches une tendance à la rétraction au niveau des côtes et du médiastin, tout au moins après un certain degré d'évolution. C'est ici, bien plutôt que dans la pleurésie séro-fibrineuse à forme liquidienne prise pour type, que l'on utilisera avec un grand intérêt le lipiodol.

Il importe en effet de préciser la forme et le nombre des poches de cloisonnement, mieux que ne le ferait un simple cliché radiographique. Le lipiodol permet surtout de voir le fond des diverses poches et les communications, les rapports qu'elles peuvent avoir entre elles. Le lipiodol devient indispensable dans la plupart de ces pleurésies à forme adhésive, alors qu'il n'est qu'un luxe le plus souvent inutile dans la banale pleurésie liquidienne.

La conduite du pneumothorax devient ici difficile, l'on ne peut le plus souvent insuffler que de faibles quantités d'air, réparties d'une façon plus ou moins homogène à cause des cloisonnements. Cette forme adhésive réalise un état de symphyses localisées et partielles, les pressions manométriques s'élèvent rapidement. Le pronostic est donc, ici, assez mauvais, le collapsus pulmonaire est inégal. Souvent le pneumothorax doit être abandonné.

b) A côté de cette forme dite adhésive que L. Bernard opposait à la forme liquidienne, il n'est pas rare de rencontrer des *épanchements d'apparence banale mais dont l'évolution dure des mois.* Les ponctions répétées deviennent nécessaires, créant un danger de fistulisation et d'infection surajoutée. De tels épanchements récidiveront désespérément. Peu à peu, dans ces conditions, la poursuite du pneumothorax devient illusoire et l'état général s'aggrave. Ces pleurésies interminables tendront ainsi à réaliser l'état d'abcès froid pleural.

c) A côté de ces formes adhésives et d'évolution interminable, l'on assiste assez souvent au tableau *des pleurésies purulentes greffées sur une pleurésie séro-fibrineuse banale,* soit par infection à la suite de ponctions répétées, soit encore à la suite d'une infection intercurrente.

Ces pleurésies purulentes sont graves, chez un tuberculeux dont la résistance est amoindrie. La fatigue, l'asthénie, l'élévation thermique s'accentuent ou font à nouveau leur apparition. La température peut atteindre 39°, dépasser ce chiffre, ses oscillations quotidiennes sont accentuées. Souvent cette reprise des signes généraux est accompagnée de dyspnée, de cyanose. L'on pratique alors une ponction exploratrice qui confirme le diagnostic. Le liquide retiré est louche, au microscope, on constate des polynucléaires altérés. Le pronostic est grave en général, nous l'avons dit. Toutefois lorsque la purulence survient chez un malade dont l'état général est relativement bon, lorsque le traitement est appliqué dans des conditions heureuses, et que l'évolution est écourtée, il n'est pas du tout exceptionnel d'observer la guérison, bien que la collapsothérapie soit souvent compromise. Mais le pronostic est franchement mauvais dans les formes nettement purulentes survenant chez un malade dont l'état général est altéré. Ces formes d'ailleurs sont riches en complications, le danger de fistulisation avec infection y est plus grand, et surtout, il faut craindre les perforations pulmonaires dont le pronostic est toujours réservé. Enfin, même dans les cas où l'évolution immédiate semble favorable, et surtout lorsqu'elle se prolonge, l'on doit craindre la dissémination tuberculeuse, et la méningite, par exemple, interrompt trop souvent le cours de ces pleurésies, et en constitue le mode de terminaison.

Pour finir, nous ne ferons que citer les pleurésies septiques au cours du pneumothorax, plus rares, et qui rentrent peu dans le cadre que nous nous sommes tracé. Néanmoins, elles réalisent parfois une complication des formes précédentes. Malgré la pleurotomie, la mort y est de règle inévitable.

Le diagnostic et les problèmes thérapeutiques. — Le diagnostic d'une pleurésie séro-fibrineuse au cours du pneumothorax artificiel est le plus souvent évident, surtout dans la forme liquidienne. Parfois, nous avons vu que la radioscopie est la première à la révéler. C'est surtout un diagnostic de variété qui se pose. L'état général peut constituer une indication, nous l'avons vu, mais ce sont encore les clichés radiographiques et la ponction exploratrice qui seront les meilleurs éléments de diagnostic.

Quant au *traitement,* il offre des difficultés fort inégales, selon qu'il s'agit d'une pleurésie à forme liquidienne ou d'autres variétés d'épanchement.

Dans la forme liquidienne, à la période inflammatoire exsudative, tant que persiste la température, il faut se garder le plus possible d'intervenir, le malade devra garder le lit et sera soumis à une cure diététo-hygiénique ordinaire. Quant au pneumothorax, nous avons vu, chemin faisant, que l'on devait en cas de nécessité retirer plutôt de l'air que du liquide. Pourtant il peut se produire une tendance précoce à la symphyse ou simplement au recollement des deux feuillets pleuraux, l'on doit, avec la plus grande prudence, élever légèrement la pression intra-pleurale, dans l'intérêt du pneumothorax.

Pendant toute la période stationnaire, période de surveillance, l'on devra s'occuper avec soin du refoulement des organes, de l'abaissement du diaphragme, des examens radioscopiques et radiographiques donneront la notion exacte de la situation du moignon pulmonaire. Enfin la pression pleurale devra être prise souvent, d'autant plus fréquemment que le pneumothorax est d'institution plus récente, ou que les résorptions gazeuses étaient plus rapides avant le début de l'épanchement. Dès que le danger de recollement pleural apparaît, une insufflation modérée devra être faite. D'une façon générale, on devra espacer les insufflations toutes les quatre ou cinq semaines.

Dans les pleurésies à forme adhésive, le danger de symphyse est beaucoup plus grand. C'est contre lui qu'il faudra s'armer d'une surveillance plus méticuleuse.

Ici, il peut être urgent de retirer le liquide si cela est possible, lorsque les insufflations deviennent difficiles et que la radiographie montre une tendance croissante à la rétraction. Dans ce cas, il faut, si l'on peut, remplacer le liquide par de l'air, ou au besoin, surtout lorsque le liquide est louche et épais, injecter de l'huile goménolée.

Enfin des problèmes thérapeutiques délicats et non encore résolus se posent pour *les pleurésies passées à la purulence, récidivant après les ponctions évacuatrices* d'usage, créant d'importants dangers de symphyse pleurale. C'est à leur sujet qu'on a proposé l'oléothorax, et les lavages de plèvre. Nous n'aborderons ces questions intéressantes que très brièvement. Elles sortent du cadre que nous avons choisi.

L'oléothorax peut être pratiqué avec avantage, lorsque dans une pleurésie passée à la purulence, ou dans une ancienne pleurésie séro-fibrineuse très dense, la courbe thermique est disloquée, avec des oscillations de type variable d'une semaine à l'autre, et lorsque l'état général est précaire. Mais on en discute encore les indications et la valeur.

Quant aux *lavages de plèvre*, ils seront réservés à des pleurésies traînantes à liquide épais, difficilement évacuable au trocart, chez des tuberculeux dont l'état général refuse de s'améliorer même longtemps après l'apparition du liquide. Les solutions employées répondent à des types divers, simple sérum physiologique pour les uns, bleu de méthylène dilué pour d'autres, liquide de Jessen contenant 0,5 d'iode, 1 gramme d'iodure de potassium et de l'eau pour 1.000. On en citerait bien d'autres, et des meilleures. Le principe consiste à procéder au lavage jusqu'à la clarification. Aux Etats-Unis, on a employé certains antiseptiques plus violents, vert brillant, violet de gentiane, moins utilisés en Europe.

Enfin, est-il besoin de dire que l'évolution générale devra être suivie, ces malades sont avant tout des tuberculeux pulmonaires, et la pleurésie séro-fibrineuse n'est, au fond, qu'au second plan dans le tableau général. La courbe pondérale, la courbe thermique devront être notées et surveillées et l'expectoration sera examinée, analysée à plusieurs reprises.

En conclusion, nous retiendrons surtout la grande différence de signification qui sépare les pleurésies séro-fibrineuses a frigore, première manifestation de l'atteinte tuberculeuse, survenant chez des sujets jusque-là indemnes, de ces pleurésies séro-fibrineuses au cours du pneumothorax artificiel.

Ici, en effet, la pleurésie n'est qu'un élément de plus dans le bilan général de ces malades atteints de tuberculose, elle ne représente qu'une poussée inflammatoire pleurale occasionnelle, advenue sous l'empire des lésions tuberculeuses sous-jacentes, et capable de se reproduire ; elle ne comporte pas de signification pathologique nouvelle et générale. Mais son retentissement sur la collapsothérapie peut être parfois décisif et capital. C'est à ce titre qu'elle présente un grand intérêt et qu'elle exige beaucoup d'attention.

Pourtant, dans l'ensemble, il faut en souligner la bénignité relative. Le pneumothorax, institué avant l'apparition de la pleurésie séro-fibrineuse, doit pouvoir être poursuivi, bien souvent, après sa disparition.

L'exemple du Mont-Dore. — Les baigneurs et les visiteurs qui, au cours de la dernière saison, ont connu le grand Etablissement thermal en plein rendement, qui en ont admiré les installations mises au point suivant les plus récentes méthodes, s'étonneront d'apprendre qu'au cours de cet hiver ce puissant organisme a été l'objet d'une rénovation totale et qu'il ouvrira ses portes le 25 *mai*, après une complète métamorphose.

La Compagnie Fermière du Mont-Dore n'aura pas hésité, dès cette année, à réaliser un programme dont l'envergure révèle ses vues larges et hardies sur l'avenir de la grande station des voies respiratoires et n'a pas voulu que sa progression si nette et si constante soit entravée par des obstacles passagers d'ordre économique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1936)

Sur la résistance conférée au singe par l'inoculation d'une souche S de bacille tuberculeux humain isolé par hémoculture. — M. Paul F. ARMAND-DELILLE.

Sur la valeur et la durée de l'immunité conférée par l'anatoxine tétanique dans la vaccination du cheval contre le tétanos. — MM. G. RAMON et E. LEMÉTAYER.

Nouvelle démonstration de l'efficacité de la vaccination contre la fièvre jaune. — MM. Andrew WATSON SELLARDS et Jean LAIGRET.

(SÉANCE DU 4 MAI 1936)

Influence de la pilocarpine sur le métabolisme glandulaire et musculaire lisse. — MM. RADU VLADESCO et Georges NICHITA.

Influence exercée par la vitamine D et par certains carbures cancérigènes sur les valeurs prises par le coefficient d'hydrophilie des lipides. — MM. André KLING et Guy LECORDIER.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 12 MAI 1936)

Une enquête sur l'allaitement au sein. — M. A. LESAGE communique les résultats d'une enquête poursuivie par les soins du Comité national de l'Enfance sur l'allaitement au sein chez les ruraux, en pleine campagne, loin des centres ouvriers et usiniers.

Il a pu obtenir sur ce point limité mais précis, l'opinion de plus de huit cents médecins.

Le résultat de cette enquête est navrant ; la conclusion générale est que l'allaitement au sein disparaît progressivement des campagnes et que les quelques femmes qui nourrissent encore, n'allaitent leurs enfants que pendant deux ou trois mois.

La cause initiale de cet état de choses remonterait à la dernière guerre pendant laquelle, par suite du départ des hommes aux armées, les femmes ont dû travailler la terre. Après la guerre, les femmes gardèrent l'habitude de ces travaux, du fait de la cherté de la main-d'œuvre, puis de la crise. Aussi l'enfant est-il confié à une vieille maman, qui l'élève au biberon.

Devant l'importance de cette enquête, l'Académie de Médecine se doit à elle-même d'attirer sur ce point vital l'attention des pouvoirs publics.

Natrémie et réserve alcaline du sérum au cours de l'héliothérapie. — MM. AIMES et CAYLA. Les recherches des auteurs ne leur ont pas permis de mettre en évidence l'effet alcalinisant de l'héliothérapie qui est généralement admis. Ils ont noté cependant que des durées d'exposition susceptibles de faire varier d'une façon sensible la phosphatémie et la phosphatashémie se sont montrées sans effet sur la natrémie et la réserve alcaline du sérum.

Un exemple de synergie dans la chimiothérapie de la streptococcie expérimentale. — M. DELÉPINE présente un travail de M. R.-L. MAYER concernant l'action conjuguée d'un sel d'or, l'aurothional de sodium, avec celle de dérivés de la benzène-sulfonamide, vis-à-vis de souris infectées par le streptocoque hémolytique. Des doses séparées de chacune de ces substances qui font survivre les souris plusieurs jours au delà du terme où meurent les souris témoins infectées, les font survivre bien au delà du 6e jour, si on les administre toutes deux à la fois. Il y a en quelque sorte potentialisation des effets.

Nouveaux documents sur l'action de la strychnine sur le réveil d'animaux narcotisés par l'éthobutyl-éthyl-malonylurée. — M. LAUNOY.

Election. — MM. Volmar (de Strasbourg) et Chelle (de Bordeaux) sont élus correspondants nationaux dans la sixième division (Pharmacie.)

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1936)

A propos du mécanisme de la formation des adhérences péritonéales. — M. F. MASMONTEIL, à la suite de la communication présentée par M. Raymond Petit sur ce sujet à la dernière séance de la Société, rapporte des observations qu'il a faites au sujet des différences de potentiel de l'intestin et de l'épiploon, d'une part, des muscles, de l'os et de la graisse d'autre part. Ses observations diffèrent de celles de Raymond Petit, puisque l'intestin a une tension électromotrice supérieure à celle de la graisse. Quant à l'existence d'une électricité statique avec charge positive ou négative, cette notion appelle les plus grandes réserves.

A propos du cancer du col restant après hystérectomie subtotale. — M. THÉVENARD communique huit cas où il a dû réintervenir pour supprimer le col ; deux pour néoplasmes, six pour vieilles métrites glandulaires persistant avec tous leurs inconvénients. L'auteur se déclare partisan de l'hystérectomie totale, particulièrement dans les vieilles infections utéro-annexielles. Il rappelle la technique d'hystérectomie totale de Doyen qui lui semble la plus simple et la plus sûre.

Synovectomie pour genou rhumatismal avec gros corps étrangers. — M. Raphaël MASSART fait un rapport sur une observation communiquée par M. Vidal-Naquet (de Paris). Celui-ci montre l'opportunité de cette intervention chez les rhumatisants même âgés qui, réduits à l'inaction du fait de leur infirmité, font des complications de leur état général auxquelles ils succombent. La synovectomie peut être faite avec un anesthésique de base ; elle ne laisse pas de limitation des mouvements ; elle est, dans de pareils cas, très supérieure aux résections.

Appendicite tuberculeuse. — M. L. BONNET communique une observation d'appendicite tuberculeuse subaiguë avec confirmation histologique de la nature tuberculeuse, et avec amélioration post-opératoire de l'état général. A la suite de cette observation, l'auteur reprend l'étude des formes cliniques de l'appendicite tuberculeuse.

Pathogénie de l'hypertrophie de la prostate. — M. G. LUYS. La cause déterminante de cette maladie est l'existence constante, chez tous les prostatiques, de l'inflammation primitive des vésicules séminales. Il en résulte au point de vue de la prophylaxie de cette maladie qu'il convient tout d'abord d'éviter toute contamination des vésicules séminales qui se fait, soit par l'urètre, soit par l'intestin, soit par l'urine, et, d'autre part, lorsque la spermatocystite existe, de la soigner attentivement en lui appliquant le traitement spécial et local des spermatocystites.

Une peu banale complication à distance d'une gastro-entérostomie. — M. G. LUQUET rapporte le cas d'une femme

de 55 ans qui, opérée par gastro-entérostomie, d'une sténose consécutive à un ulcus duodénal, présenta, plus de dix-huit mois après, à la suite d'une crise aiguë, les signes d'une occlusion de l'estomac, accompagnée de vomissements de bile extrêmement abondants. A l'intervention, faite trois mois après cette crise, l'auteur trouva l'anastomose rétrécie et l'anse afférente extrêmement dilatée, *séparée de la bouche* et fermée en cul-de-sac flottant librement dans l'abdomen. Il fit : 1° un agrandissement de la bouche ; 2° une implantation du cul-de-sac dans l'anse afférente. Il explique ces accidents par une torsion de l'anse afférente au niveau de la bouche, torsion ayant entraîné un sphacèle et une section de l'intestin, section assez lente pour que les deux extrémités aient eu le temps de se cicatriser et de se fermer.

A propos de deux observations de corps étrangers des voies digestives supérieures chez des enfants de moins d'un an. — M. BRETEGNIER.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNE INNOVATION FISCALE

Exhumant une loi vieille de 64 ans, pour l'utiliser dans un sens imprévu, un fonctionnaire zélé réclame, dans un arrondissement de Paris, à certains contribuables présumés en état d'association de fait (père et fils, frères, etc.), un impôt qui viendrait se superposer à ceux déjà acquittés.

Cette taxe supplémentaire consiste en la bagatelle de 17 p. 100 par an, et cela pour les cinq dernières années. Pour un bénéfice moyen déclaré et imposable de 50.000 francs, il faudrait donc acquitter cinq fois 17 p. 100 de 50.000, soit 42.500 francs !

Cette prétention, dont on ne saurait manquer d'apprécier la modération, est basée sur la loi du 29 juin 1872 complétée par la loi de finances du 28 décembre 1880. La première était relative à un impôt sur le revenu des valeurs mobilières ; mais elle ne s'appliquait qu'aux affaires commerciales. Et on s'aperçut bien vite que des organisations lui échappaient le plus aisément du monde et que précisément c'étaient celles que l'on voulait le plus sûrement atteindre, les congrégations.

A ce point de vue, il semble bien qu'il n'y ait aucun doute possible et que les dispositions de la loi de finances du 28 décembre 1880 ont été prises en vue de combler cette lacune. Cela ressort des travaux préparatoires et des débats parlementaires. A la Chambre, Brisson fit voter un amendement qui visait explicitement et uniquement les communautés religieuses (Dalloz, 1881, 4e partie, p. 97, notes 2 et 3). Et, si le Sénat n'adopta pas cet amendement, ce fut pour ne pas donner trop ostensiblement à ces dispositions le caractère d'une loi d'exception ; mais, pour ne pas les désigner nommément, le rapporteur au Sénat ne laisse aucun doute sur les intentions du législateur :

« Le but poursuivi... par l'art. 3 du projet adopté par votre commission est donc d'atteindre par l'impôt de 3 p. 100 les produits et bénéfices obtenus par les Sociétés ou Associations dont les statuts renferment la clause de la non-distribution des bénéfices. »

Cet article 3 est ainsi conçu :

« L'impôt établi par la loi du 29 juin 1872 sur les bénéfices annuels des actions, parts d'intérêts et commandites, sera payé par toutes les sociétés dans lesquelles les produits ne doivent pas être distribués en tout ou en partie entre leurs membres. Les mêmes dispositions s'appliquent aux associations reconnues et aux sociétés ou associations, même de fait, existant entre tous ou quelques-uns des membres des associations reconnues ou non reconnues. »

Ce texte est loin d'être clair et il marque une certaine confusion dans l'esprit de ceux qui l'ont rédigé. En effet, on ne saurait confondre société et association : la société se distingue de l'association en ce qu'elle comporte essentiellement comme condition de son existence la répartition entre associés des bénéfices faits en commun, alors que l'association l'exclut nécessairement. (Cassation, toutes chambres réunies, 11 mars 1914.)

En fait, en ce qui concerne la profession médicale et en général les professions libérales, l'extension aux sociétés et associations *de fait* des dispositions des lois de 1872 et de 1880 ne saurait les atteindre : la première vise les sociétés *commerciales ;* la seconde s'applique expressément aux sociétés dont les statuts contiennent la clause de non-partage des bénéfices, en pratique, aux associations.

Il paraît donc que, si des médecins se trouvent en situation d'être l'objet de réclamations fiscales basées sur ces textes, il leur faudrait ne pas s'incliner, et, au besoin, faire un recours au Conseil d'Etat.

A. HERPIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 18 *mai.* — Jury : MM. Robert Debré, président ; Lemierre, Sergent, Et. Bernard. — M. LESIEUR. Etude du traitement des staphylococcies cutanées par l'anatoxine de Ramon. — M. MEJIA CASALS. Etude statistique des affections cardiaques congénitales enregistrées comme telles à la Policlinique du Dr Laubry. — M. DU BUIT. Traitement des méningites aiguës par le bactériophage. — M. SACHTER. Guérison de quelques cas de fistules pleuro-cutanées d'origine tuberculeuse.

Mardi 19 *mai.* — Jury : MM. Lemaître, président ; Terrien, Halphen, Velter. — M. ABRAMOVITCH. Réduction du trismus aigu inflammatoire par le mélange de Bouain au niveau du ganglion sphino-palatin. — M. VALÉA-ROMÉRO. Effort mental et rééducation du strabisme.

Jury : MM. Balthazard, président ; Laignel-Lavastine, Duvoir, Troisier. — M. ANDRÉOTA. Etude des rapports du corps médical et de la spécialité pharmaceutique. — M. VALENTIN. Plomb, tétra, éthyle et hygiène industrielle. — M. TRIBALET. Histoire médicale de Chartres jusqu'au XIIe siècle.

Mercredi 20 *mai.* — Jury : MM. Léon Binet, président, Grégoire, Mathieu, Turpin. — M. RIVOALLAN. Etude et traitement des péritonites généralisées d'origine appendiculaire. — M. TOP. L'immobilisation plâtrée dans le traitement des inflammations aiguës des parties molles des membres.

Samedi 23 *mai.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Tanon, Chevallier, Mouquin. — M. GORSE. Essai sur les modifications sanguines au cours des syndromes gastriques. — M. LE SEAC'H. L'image granitée post-hémoptoïque. M. CHAVEZ. La maladie de Carrion. — M. GAÏTA. La dépopulation du banat roumain. — M. VOIGNIER. Les matériaux de construction et l'hygiène.

(Thèses vétérinaires). — *Mardi* 19 *mai.* — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Létard, Panisset. — M. CHARINGHEM. Viseur et ses travaux.

Mercredi 20 *mai.* — Jury : MM. Gosset, président ; Coquot, Verge. — M. DEYHIMI. Fracture phalangienne chez le cheval de selle.

Vendredi 22 *mai.* — Jury : MM. Lemierre, président ; Panisset, Robin. — M. ROUSSELOT. Vaccination antirabique en Tunisie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENSÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GENATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1 000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

GÉNALCALOIDES — ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

POLONOVSKI ET NITZBERG

LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

N° 41. — MERCREDI 20 MAI 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (nomination). — Jury : MM. Boidin, M. Labbé, Lemierre, Trémolières, de Massary, Comte, Turpin, Duvoir, Troisier, Mouquin et Boppe.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Jury : MM. Hautant, Rouget, Halphen, Bloch, Chatellier, Troisier, Picot.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX (nomination). — Jury : MM. Guilbert, Gérard, Petit, Bourguignon, Gernez, Chevallier, Leveuf.

ASILE NATIONAL DE CONVALESCENTS DE SAINT-MAURICE. — Des concours d'interne en électro-radiologie et d'interne en médecine s'ouvriront le 2 juillet, à l'asile des convalescents, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine). — Etre Français, âgé de moins de 30 ans, muni de 12 inscriptions, docteurs non admis. — S'inscrire avant le 13 juin au secrétariat de l'asile. — Voir les conditions du concours dans le *Journal officiel* du 13 mai 1936.

HÔPITAL NOTRE-DAME DE BON-SECOURS. — Le poste de chef de service de la Maternité de l'hôpital de Bon-Secours est à pourvoir pour le 1er juillet prochain.

Les candidats à ce poste peuvent se présenter le mercredi de 9 à 11 h. et le samedi de 14 à 17 h., 66, rue des Plantes, Paris (XIVe). Il leur sera remis le règlement concernant le service médical de l'établissement.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 20 mai 1936.

SANATORIUM NATIONAL VANCAUWENBERGHE DE ZUYDCOOTE. — Un concours est ouvert pour trois postes au moins de médecin assistant résidant au sanatorium national Vancauwenberghe de Zuydcoote (hôpital maritime). (*J. O.*, 9 mai 1936, p. 4.842.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Doctorat universitaire* (droit d'inscription). — Dans sa séance du 27 avril 1936 le Conseil de l'Université a décidé d'étendre aux étudiants postulant actuellement le diplôme universitaire de docteur en médecine le bénéfice des dispositions de la loi du 21 mars 1936 (article 1er).

Cette décision vient d'être ratifiée par M. le ministre de l'Education nationale à la date du 11 mai 1936.

En conséquence, MM. les étudiants titulaires d'au moins deux inscriptions non périmées pour le doctorat universitaire devront prendre la troisième inscription de l'année scolaire du lundi 18 mai au mercredi 27 mai, de midi à 15 h.

— *Concours de l'adjuvat.* — *Epreuve écrite d'anatomie.* — MM. Léger et Roux, 28; Chevallier et Delinotte, 27; Caby, 26; Neyraud, 22.

Epreuve écrite de pathologie chirurgicale. — MM. Chevallier, Delinotte et Léger, 19; Roux, 18; Neyraud, 17; Caby, 16.

Epreuve orale d'anatomie. — MM. Chevallier, 18; Delinotte, Léger et Roux, 17; Caby et Neyraud, 16.

Epreuve de dissection. — MM. Chevallier, 28; Caby, Roux et Neyraud, 27; Delinotte et Léger, 26.

Sont nommés : MM. Chevallier, 109; Roux et Léger, 107; Delinotte, 106; Caby, 102.

— LILLE. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à MM. Delannoy et Paquet, agrégés libres à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

— MARSEILLE. — MM. Gabriel et Brémond, professeurs sans chaire, sont nommés respectivement professeur d'histoire naturelle et professeur de clinique oto-rhino-laryngologique.

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — *Section de médecine générale.* — Séance du 14 mai. — Ordre de passage pour la leçon d'une heure :

MM. Patez, Huriez, Dervillée, Marchal, Barbier, Boucomont, Bounhoure, Breton, Massias, Brahic, Bariéty, Thiers, Massière, Benda, Croizat, Kissel, Rimbaud, Planques, Mollaret, Caroli, Froment, Warembourg, Delore, Martin, Olmer, Raybaud, Lelong, Andrieux, de Gennes, Coste, Josserand, Barral, Desforges-Mériel, Gré, Levrat, Broustet, Fabre, Stillmunkès, Michon, Garcin, Kourilski.

Séance du 16 mai. — M. Patey : « Les ostéites fibro-kystiques. »

M. Huriez : « Méningite syphilitique. »

M. Dervillée : « Le rachitisme. »

Séance du 17 mai. — M. Marchal : « Les asthmes de l'enfance. »

M. Barbier : « Syphilis des os longs. »

M. Boucomont : « Acrocyanose. »

M. Bounhoure : « Spondylite rhizomélique. »

M. Massias : « Œdème aigu du poumon. »

Section de chirurgie générale. — Séance du 16 mai. — *Leçon de trois quarts d'heure.* — Ordre de passage :

MM. Jung, Fabre, Blanc, Figarella, Luccioni, Dambrin, Dieulafé, Dor, Meyer-May, Sabadini, Virenque, Curtillet, Arnaud, Rieunau, Arnuff.

M. Jung : « Tuberculose iléo-cæcale. »

Section d'ophtalmologie. — Leçon de trois quarts d'heure. — M. Calmette : « Séméiologie des exophtalmies. »

Leçon d'une heure. — Séance du 18 mai. — M. Viallefont : « Séméiologie du scotome central. »

M. Renard : « L'œil et les glandes endocrines. »

M. Dejean : « Les insuffisances de convergence. »

Section de physique et de chimie. — Leçon de trois quarts d'heure (nous répétons et complétons après rectification des indications précédemment données) :

M. Thivolle (chimie) : « Acides uroniques. »

M. Seigneurin (physique) : « Physiologie du sang (sans les applications pathologiques). »

M. Monnier (chimie) : « Guanidines. »

M. Dubost (physique) : « Stéréoscope. Théorie. Applications. »

Leçon d'une heure. — M. Thivolle (chimie) : « Vitamines A et D. »

M. Dubouloz (physique) : « Sensibilité rétinienne (sens chromatique excepté). »

M. Machebœuf (chimie) : « Les composés organiques des acides phosphoriques ; leur rôle en biologie. »

M. Dubost (physique) : « Electricité atmosphérique. »

M. Castagné (physique) : « Activité électrique du système nerveux. »

M. Monnier (chimie) : « La réaction de Cannizuro en biologie. »

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — A la suite de la session d'examens de mars 1936 au Centre de Marseille, MM. les docteurs Guillaume, Jaubert, Mockers, Ozil, Perrin et Pointener ont obtenu le certificat d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

REMISE D'UNE ÉPÉE A M. LE PROFESSEUR A. GOSSET. — Pour commémorer l'élection du professeur A. Gosset à l'Académie des sciences, ses amis et ses élèves ont l'intention de lui remettre, au cours d'une cérémonie dont la date sera ultérieurement fixée, son épée d'académicien. C'est une occasion pour eux de témoigner au professeur A. Gosset, leur amitié, leur dévouement et leur admiration.

Prière d'adresser le montant de votre souscription à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (VIe). (Compte chèques postaux, Paris 599.)

Les noms des souscripteurs seront réunis dans une plaquette qui sera remise en même temps que l'épée, au cours d'un banquet par souscription, dont la date sera ultérieurement communiquée.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Le docteur A. W. Elmer (de Lwow) fera mercredi, à 10 h. 30, dans le service du professeur Rathery, à l'hôpital de la Pitié, une conférence sur « La physiopathologie du métabolisme de l'iode et son rapport dans la fonction de la thyroïde ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Jamin (de Chamonix), Henri Vallin (de Lyon), Firmin Lauvinerie (de Toulouse), du professeur Tullio Gayda, directeur de l'Institut de physiologie de l'Université de Pavie où il avait succédé à Golgi.

Hygiène urbaine et protection contre les gaz. — Un cours de perfectionnement sur l'hygiène urbaine et les gaz de guerre sera fait à la Faculté de médecine tous les jours dimanches exceptés, du 15 juin au 3 juillet 1936. Il s'adresse à l'ensemble du personnel sanitaire destiné à protéger la population civile en cas d'attaque aérienne : fonctionnaires hygiénistes, médecins, pharmaciens, infirmières Z de la Croix-Rouge, assistantes Z du Devoir national. Il est organisé sous la direction de M. le professeur Tanon, professeur d'hygiène et inspecteur général des services techniques d'hygiène de la Préfecture de police, et de M. Sieur, médecin général inspecteur, avec la collaboration de M. M. Anglade, médecin-colonel, conseiller technique de la défense passive de Versailles ; M. Bruère, pharmacien-colonel, docteur ès sciences ; M. Carville, lieutenant-colonel et délégué général de l'Union nationale pour la défense aérienne ; M. Clerc, assistant d'hygiène à la Faculté de médecine et médecin de la Préfecture de la Seine ; M. Cot, médecin-colonel, attaché à l'état-major de l'Inspection générale de la défense aérienne du territoire, directeur technique des Secours aux asphyxiés du département de la Seine ; M. François, chef des Services d'hygiène à la Préfecture de police ; M. Galtier, directeur du matériel à la Préfecture de police ; M. Navarre, sous-directeur de l'Institut d'hygiène, professeur à l'Ecole de médecine de Caen ; M. Neveu, chef du laboratoire des épidémies à la Préfecture de police ; M. Sée, docteur ès sciences, attaché au laboratoire d'hygiène, professeur à l'Union des Femmes de France (Croix Rouge française).

Le cours aura lieu au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, de 18 à 19 heures. Il comprendra des leçons théoriques et filmées avec des visites et exercices pratiques au poste de secours sous abri de la Faculté de médecine.

S'inscrire au laboratoire d'hygiène, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Le cours est gratuit.

RENSEIGNEMENTS

GRAND APPARTEMENT à louer, 159, faubourg Poissonnière. Escalier particulier. Conviendrait bien pour un docteur.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

GENERALITES

Traitement des polyarthrites rhumatismales chroniques et de la spondylarthrite par la parathyroïdectomie. (B. SHKUROV (Kharkov). *J. of bone and joint Surgery ;* juillet 1935, pp. 571-576.) — Ce travail est basé sur 219 malades soignés à l'Institut ukrainien. 116 ont subi la parathyroïdectomie. Dans 25 cas l'examen histologique du fragment enlevé a été fait. 5 fois il n'y avait pas de tissu parathyroïdien mais il s'agissait du début, où la technique était moins bien fixée.

Les résultats sont fort encourageants. Dans tous les cas il y a eu une amélioration subjective des symptômes presque toujours immédiate ou rapide. On l'a observée même lorsque la glande n'était pas enlevée.

Il y a une amélioration notable des mouvements articulaires, augmentation des mouvements respiratoires du thorax.

Les examens de sang montrent habituellement une diminution de la calcémie.

L'auteur montre qu'il n'est pas nécessaire pour opérer qu'il y ait hypercalcémie avant l'opération, puisque des sujets à calcémie normale, mais ankylosés, ont été améliorés. Au total, sur 40 cas dont on a pu voir le résultat éloigné, on trouve : 3 cas dont l'évolution continue, 1 non amélioré, 14 améliorés, 22 bons résultats dont un excellent.

L'auteur signale que les résultats seraient supérieurs si le traitement avait été fait bien plus tôt et non au bout de plusieurs années de maladies avec des ankyloses et des difformités permanentes. La parathyroïdectomie : 1° prévient l'ankylose 2° fait disparaître la rigidité articulaire, 3° crée les meilleures conditions pour l'emploi subséquent de correction des difformités et la restauration des mouvements.

Considérations clinico-statistiques sur 1.950 cas de poliomyélite. (A. BONOLA et F. PERRICONE. *Chirurgia degli org. di mov.*, mai 1935, pp. 65-89, 17 fig.) — Cette vaste enquête sur les cas de poliomyélite observés à l'Institut Rizzoli, de 1899 à 1932, montre dans de nombreux tableaux la distribution géographique des cas, les recrudescences épidémiques. Elle montre la répartition et l'étendue des territoires musculaires touchés.

Deux constatations intéressantes à noter :

Les localisations médullaires segmentaires les plus fréquentes correspondent aux renflements lombaires et cervicaux. Il semble qu'à ces niveaux les cellules médullaires soient plus fragiles, peut-être à cause de leur plus grande activité fonctionnelle.

Les auteurs ont noté un raccourcissement constant du membre inférieur frappé. Ce raccourcissement est, dans la grande majorité des cas, proportionnel à l'étendue du territoire musculaire paralysé et en particulier aux lésions des muscles de la cuisse.

Syndromes carpiens et tarsiens de l'enfance et de l'adolescence. (F. REBAUDI. *Arch. di Med. et Chir.*, août 1935, pp. 469-496, 17 fig.) — Dans cet article, l'auteur décrit au point de vue clinique, radiologique et histologique les ostéopathies observées dans l'enfance et l'adolescence au niveau du scaphoïde tarsien et du grand os carpien. Il montre l'identité des lésions et les compare aux lésions tuberculeuses observées sur les mêmes os. Il conclut à l'extrême difficulté de leur différenciation, et le diagnostic des maladies de Köhler et de Kienböck n'est assuré que par l'examen histologique.

Une très vaste bibliographie suit cet article.

Ostéopathie post-traumatique du grand os. (R. ZANOLI. *Arch. di Med. e Chir.*, oct. 1935, pp. 653-658, 7 fig.). — Kienböck a attiré l'attention en 1910 sur une altération particulière du semi-lunaire qui porte son nom. Elle a été retrouvée par de nombreux auteurs. Köhler, Mouchet, Preiser ont décrit une malacie analogue sur le scaphoïde et la considèrent comme d'origine traumatique. Une lésion de décalcification et de fragmentation a été décrite sur le grand os par Kappis, Köhler. Zanoli en a observé un cas survenu à la suite d'une chute sur le poignet en hyperextension. Depuis deux ans le poignet restait douloureux, ce qui gênait beaucoup la malade, dactylographe. La radiographie montre au centre du grand os une tache très opaque. La malade est opérée, le grand os enlevé. A la coupe, on trouve une zone centrale de couleur rouge vineux, de consistance normale, mais entourée d'une couche densifiée, séreuse. Pas de nécrose osseuse, ni de lésions inflammatoires à l'examen histologique. Il s'agit donc d'une lésion post-traumatique analogue à celle du semi-lunaire et du scaphoïde.

La maladie de l'os de marbre (maladie d'Albers-Schönberg. (G. Carlo PARENTI. *Chir. degli org. di mov.*, sept. 1935, pp. 200-256, 17 fig.). — A propos d'un cas personnel, dont l'étude anatomique et histologique complète est rapportée, l'auteur passe en revue les 63 observations publiées à ce jour ainsi que les travaux auxquels elles ont donné lieu.

Les conclusions de cet important travail d'ensemble sont que la marmorostéose est une ostéo-dystrophie dans laquelle, par une altération du métabolisme, se produit une accumulation anormale de substance ostéocalcaire dans l'os. Cette substance peut persister à l'état de simple dépôt ou se transformer en tissu osseux. Ces altérations se font sans trace de vitalité cellulaire et sont de nature humorale. On observe une graduelle disparition ou transformation en tissu fibreux de la moelle osseuse. Cette déficience médullaire peut entraîner secondairement une anémie chez ces malades.

Aucune cause disendocrinienne n'a pu être révélée ici. L'hypertrophie des parotides paraît secondaire à la présence d'excès de calcaire dans les os.

Le seul facteur étiologique relevé est la fréquence de la consanguinité des parents, ce qui rend plausible l'hypothèse d'une anomalie congénitale des tissus calcio-régulateurs du mésenchyme.

Cf. — Etude sur l'os dans la maladie de Alberts-Schonberg. (C.-A. LANG. *Archivio ital. di anat. e istol. Pathologica*, vol. VI, janvier-février 1935, pp. 1-44.)

La réaction de Vernes-résorcine dans la tuberculose ostéo-articulaire de l'enfant. (Travail de l'hôpital maritime de Berck. (M. MOZER et Mlle M. POIDEVIN. *Revue médicale française*, décembre 1935, p. 839.) — Pendant l'année 1935, la réaction de Vernes-résorcine a été pratiquée systématiquement chez tous les enfants en traitement pour des lésions ostéo-articulaires ou ganglionnaires tuberculeuses et à titre comparatif chez ceux atteints d'ostéomyélite chronique, rachitisme, ostéochondrite ou dystrophies osseuses congénitales.

Les auteurs arrivent à ces conclusions :

1° Au point de vue du diagnostic, la réaction ne présente qu'une valeur minime : positive, elle constitue un signe important en faveur de l'étiologie tuberculeuse, l'ostéomyélite étant éliminée. Mais elle manque de sensibilité, puisque dans 75 % des cas, elle est négative en présence d'une lésion en pleine évolution.

2° Au point de vue pronostic, elle ne nous a paru présenter aucun intérêt pratique. Dans la majorité des cas, elle ne traduit pas l'aggravation de la lésion et, dans les cas positifs, elle est plus tardive que les signes cliniques et radiologiques.

Lésions tuberculeuses ostéo-articulaires et pleuro-pulmonaires associées. (G. RINONAPOLI. *Arch. di med. e chir.*, août 1935, pp. 497-515, 17 fig.). — De l'examen de 2.300 observations de malades soignés pour tuberculose ostéo-articulaire à Pietraligure (Prof. Zarcoli), examinés au point de vue pulmonaire et contrôle radioscopique dans 500 cas, l'auteur conclut à l'extrême fréquence des lésions pulmonaires chez ces malades. Il l'a constaté dans 43,52 % des cas, mais ce chiffre serait plus élevé si le contrôle radiologique avait été constant. Ce contrôle s'impose donc dans toute tuberculose ostéo-articulaire.

L'association est surtout fréquente dans le mal de Pott, et dans les tuberculoses ostéo-articulaires à foyers multiples. Dans le mal de Pott cervical et dorsal, on trouve des lésions pleurales dans 72,28 % des cas.

Rare chez l'enfant, cette association augmente à partir de 15 ans, atteint son maximum entre 20 et 25 et diminue ensuite. La lésion pulmonaire ne semble avoir précédé la lésion ostéo-articulaire que dans 23,17 % des cas.

La lésion de l'appareil respiratoire aggrave le plus souvent le processus ostéo-articulaire.

L'emploi de broches de Kirschner pour maintenir la réduction des fractures. Dislocation du cou-de-pied (2 obs.). — (J. DIÉTERLE. *J. of bone and joint surg.*, oct. 1935, pp. 990-995, 5 fig.).

Traitement des fractures du col du fémur par la fixation axiale au moyen de broches d'acier. (D. R. TELSON et N. S. RANSOHOFF. (*Idem*, juillet 1935, pp. 727-738, 14 fig.).

Fixation des fractures récentes du col du fémur par des broches sous le contrôle des rayons. (F. J. GAENSLEN. *Id.*, pp. 739-748, 8 fig.).

Un procédé simple d'ostéosynthèse temporaire dans les fractures obliques. Utilisation de la broche de Kirschner. (POUYANNE. *Revue d'Orthopédie*, N° 1, janvier 1936, p. 61.)

Ostéosynthèse temporaire au moyen de la broche de Kirschner. (H. GODARD. Rapport J. LEVEUF. *Bull. et mém. acad. de chir.*, séance 19 février 1936, p. 200.)

Dans cette série de travaux, on voit une méthode nouvelle de traitement des fractures : réduction sous le contrôle des rayons, et immédiatement, toujours sous écran, fixation des fragments par des broches ou fils mis à demeure ou de manière temporaire pour assurer la contention.

MEMBRE SUPERIEUR

L'ostéotomie sous-tubérositaire dans la scapulalgie de l'enfant. (L. ALLARD (de Berck). *Revue méd. franç.*, déc. 1935, pp. 68-70.) — La tumeur blanche de l'épaule guérit facilement chez l'enfant le plus souvent avec une ankylose fibreuse serrée. Lorsque le bras a été maintenu en abduction marquée aux environs de 70°, la gêne fonctionnelle est peu marquée. Mais si, comme c'est la règle, l'ankylose s'est faite en abduction légère à 25°, 30°, ou même en rectitude, l'élévation du bras est très limitée.

Dans ces cas, on peut remédier à l'impotence en pratiquant une ostéotomie sous-tubérositaire avec mise en abduction à 70° du bout inférieur en même temps qu'on le place en légère antipulsion et demi-rotation interne, position optima.

L'opération est simple, la voie d'abord est le sillon delto-pectoral.

L'expérience montre que les résultats sont durables et que l'on n'a pas à craindre des récidives de la déformation comme on le voit après les ostéotomies du membre inférieur, sous l'influence du poids du corps.

Contracture de Volkmann. (Stephen G. JONES. *J. of bone and joint surg.*, juillet 1935, pp. 649-655.)

Paralysie ischémique par pression d'un hématome. (G.-M. MORRISON et H. E. KENNARD. *Idem*, pp. 656-658, 2 fig.).

Paralysies ischémiques de la jambe simulant la contracture de Volkmann. (St. G JONES et Fr. J. COTTON, *idem*, pp. 659-660.)

Dans les diverses théories pathogéniques du syndrome de Volkmann, la compression vasculaire par un hématome sous pression a de nombreux défenseurs. Et comme corollaire, elle implique l'ouverture large, précoce et l'évacuation de l'hématome.

Au service de fractures du Massachusetts General Hosp. à Boston, on a établi la règle suivante : dans les fractures supra-condyliennes de l'humérus chez l'enfant, lorsqu'on trouve un coude gonflé, douloureux, absence de pouls radial, et la main froide et anesthésique, lorsque, après réduction, ces phénomènes persistent, que le gonflement augmente d'heure en heure, l'intervention est pratiquée. Par incision médiane antérieure, l'aponévrose superficielle, puis la gaine du biceps sont ouvertes, donnant issue à un hématome sous pression considérable.

L'état de l'artère humérale des nerfs médian et cubital est vérifié.

Le membre est immobilisé en extension. La fracture est réduite à nouveau, lorsque les phénomènes vasculaires ont disparu au bout de quelques jours.

Jones rapporte 6 cas ainsi traités, Morrison un autre, et Jones 2 cas où une conduite analogue a été tenue aux membres inférieurs pour des hématomes du creux poplité avec troubles circulatoires graves du membre inférieur. Dans un cas, au coude, on a trouvé une section de l'humérale. Tous ces malades ont guéri sans avoir fait de maladie de Volkmann. Mais, objectera-t-on, en auraient-ils fait sans cela ? C'est là que réside la difficulté de faire la preuve de la nécessité d'un traitement préventif. On ne l'aura que lorsque l'emploi de cette méthode préventive entrée dans la pratique courante, aura fait disparaître complètement le syndrome de Volkmann.

Cf. — La maladie de Volkmann. (R. MASSART. Rapport à la XVIIe réunion annuelle de la Soc. française d'ortho-

pédie. Discussion, in *Gaz. des Hôpit.*, N° 96, 30 nov. 1935, p. 1635.)

RACHIS ET BASSIN

Traitement de la scoliose congénitale par hémivertèbre. (Léon MAYER. *J. of bone and joint surg.*, juillet 1935, pp. 671-678, 9 fig.). — Récemment, des chirurgiens américains (voir Lac Kum et Smith, *Surg. Gynéc. and obst.* LVII, 1933, p. 250. — Compère, *J. of bone and joint surg.*, XIV, juillet 1932, p. 555. Voir *Gaz. des Hôp.* 24 mai 1933, p. 773), trouvant que dans les scolioses congénitales par hémivertèbres, le traitement orthopédique est inefficace, proposèrent et effectuèrent l'ablation de l'hémivertèbre en trop suivie du redressement forcé. Un tel traitement n'est pas sans danger pour la moelle.

Léon Mayer s'élève contre le traitement chirurgical et montre que par des plâtres successifs, faits en hypercorrection et longtemps maintenus, on arrive à une guérison par compensation osseuse. C'est le résultat qu'il a obtenu chez 4 enfants dont il donne l'observation.

Les mycoses de la colonne vertébrale. (M. MEYER et MONROE B. GALL (Strasbourg). *J. of bone and joint surg.*, oct. 1935, pp. 857-866.) — Les auteurs ont pu en réunir 60 observations dont 2 inédites d'Allenbach et Zimmer (Strasbourg) : 47 fois il s'agissait d'actinomycose, 12 fois de blastomycose et 1 seule fois de sporotrichose. Ces variétés ne peuvent constituer des groupes différenciés et les mycoses du rachis forment une entité clinique.

L'infection est habituellement secondaire à un foyer des voies respiratoires ou digestives. Elle se fait soit de proche en proche avec érosion de la surface externe de la vertèbre surtout dans l'actinomycose, soit par métastase vasculaire avec lésion centrale du corps vertébral, comme c'est le cas dans les blastomycoses.

L'affection, prise le plus souvent pour un mal de Pott, présente cependant quelques signes différenciels : la gibbosite angulaire fait souvent défaut, les abcès et fistules sont multiples, leur invasion plus destructive, leur ouverture au dehors plus rapide. Les lésions de la peau sont caractéristiques. La radiographie montre une érosion de la corticale de la vertèbre, érosion étendue aux apophyses articulaires et pédicules, ou bien une caverne centrale du corps entourée de tissu osseux densifié. L'un et l'autre aspects ne se voient pas dans le mal de Pott.

La mortalité est très élevée dans ces mycoses du rachis, à cause de l'absence de diagnostic exact.

Cf. — Les mycoses osseuses et ostéo-articulaires. (M. MEYER. Rapport à la XVIIe réunion annuelle de la Soc. française d'orthopédie et discussion, in *Gaz. des Hôpit.*, N° 98, 7 déc. 1935, p. 1668.)

Vertebra plana de Calvé. (Halfdan SUNDT. *Acta chir. Scandinavica*, LXXVI, 1935, p. 501.).

Idem. (Nils LINDSTRÖM. *Acta orthop. Scandinavica*, VI, 1935, p. 208.)

Deux nouvelles observations de cette curieuse affection dans laquelle on voit une vertèbre s'aplatir avec intégrité absolue des disques vertébraux sus et sous-jacents. Il y a même une augmentation de l'espace clair au-dessus et au-dessous de la vertèbre malade. Celle-ci est anormalement opaque aux rayons. Au bout de plusieurs mois ou années, une reconstitution plus ou moins complète du corps vertébral s'effectue.

Dans les deux publications, on trouve une énumération des 24 cas publiés jusqu'ici, et dont certains sont discutables.

Evaluation comparative des résultats éloignés du traitement chirurgical et conservateur dans le mal de Pott de l'enfant. (L. P. MARIANCHIK. *Soviet Surg.*, II, p. 79, 1935.) — Cette étude repose sur l'observation de 170 maux de Pott sur des enfants entre 4 et 15 ans. 9 furent traités par la méthode d'Albee avec 3 morts consécutives. L'autopsie montra dans 2 cas la continuation de l'extension des lésions, malgré une bonne soudure osseuse du greffon.

161 enfants traités par la méthode conservatrice ne présentèrent que 2 morts.

L'auteur conclut que si chez l'enfant, l'opération d'Albee donne de bons résultats immédiats, elle produit par la suite une exacerbation du processus. Elle doit donc être proscrite chez l'enfant.

Mode de guérison du mal de Pott chez l'adulte. (At. JANAS. *Chir. degli org. di mov.*, fév. 1935, f. 6, pp. 560-576.) — Dans cet important travail basé sur 456 malades suivis à l'Institut Rizzoli de Bologne, l'auteur étudie successivement les diverses formes anatomiques observées, les associations avec d'autres lésions tuberculeuses, mais la partie capitale de l'article est l'étude des modes de guérison. Il ressort de cette étude sur 456 malades traités par la méthode conservatrice, que la forme anatomique la plus fréquente chez l'adulte est la forme épiphysaire à localisation lombaire. La durée de l'affection est d'autant plus longue que le malade est plus âgé (3 ans 1/2 à 4 ans 1/2 entre 20 et 30 ans, 8 à 10 ans, de 40 à 50 ans).

La guérison se fait anatomiquement de 4 manières sur 130 cas étudiés radiographiquement. On constate que : 1° La soudure complète des corps vertébraux s'observe dans 24,6 % des cas — et surtout entre 20 et 30 ans — et est exceptionnelle après 40 ans.

2° La soudure périphérique par ponts osseux a été observée 7 fois, mais insuffisante dans 2 cas.

3° La soudure partielle a été constatée 35 fois, et dans 7 cas paraissant suffisante.

4° Les autres cas présentaient une absence de soudure.

On constate donc dans 40 cas au moins (30 %), l'obtention d'une guérison avec bonnes conditions anatomiques. L'organisme de l'adulte est donc contrairement à l'opinion courante capable de guérir avec un bloc osseux, solide au niveau du foyer osseux dans un tiers des cas. Ceci n'est pas pour enlever sa valeur à l'ostéosynthèse, mais il convient de constater que dans certains cas, elle n'est pas indispensable.

La paraplégie dans le mal de Pott, étude de sa pathogénie. (R. WEEDEN BUTLER. *British J. of Surg.*, XXII, avril 1935, p. 738.)

La paraplégie pottique. Pronostic et traitement. (H. J. SEDDON. *British J. of Surg.*, XXII, avril 1935, p. 709.)

Ces deux importants articles se complètent et constituent un travail d'ensemble sur la paraplégie pottique, basé sur l'étude de 801 cas de maux de Pott avec 92 paraplégies (11,4 %). L'âge moyen des paralytiques était de 16 ans. Le siège le plus fréquent du foyer, la région dorsale moyenne (mal de Pott interscapulaire).

Les deux auteurs reconnaissent cliniquement et anatomiquement 3 principaux types de paraplégie : 1° une paraplégie précoce, survenant lorsque le foyer pottique est en pleine activité, mais avec tendance à la guérison spontanée.

Dans ce type, Seddon préconise le traitement conservateur. Mais dans les cas très graves, où la paraplégie tend à se prolonger, devenir permanente, c'est à l'évacuation de l'abcès par la costo-transversectomie de V. Ménard qu'il faut avoir recours. De même dans la région cervicale, il faut opérer pour aller ponctionner et évacuer l'abcès sous le contrôle de la vue.

2° Le second groupe comprend des paraplégies précoces, survenant en pleine activité du foyer, mais persistant indé-

finiment. Dans ces cas, on observe une thrombose aiguë des vaisseaux irriguant la moelle. Dans ces cas, Seddon distingue des indications très variées : la laminectomie est indiquée s'il y a un syndrome de tumeur spinale, ou encore si l'arc postérieur est atteint. De même, si la radiographie fait supposer une compression par séquestre, afin de pouvoir l'enlever. Dans quelques cas avec gros abcès intra-thoracique, la costo-transversectomie est indiquée. Dans certains cas, l'hyperextension du rachis peut être indiquée.

3° Le troisième groupe comprend les paraplégies survenant après la cicatrisation du foyer pottique. Dans ces cas, le traitement conservateur est la règle. Dans les cas graves, il pourra être indiqué de pratiquer une laminectomie avec greffons latéraux.

La paraplégie pottique. Notes statistiques, anatomo-pathologiques, cliniques et thérapeutiques. (A. Bonola. *Arch. di med. e chir.*, avril 1935, pp. 189-298.) — Cet important travail est basé sur l'étude des 761 cas de maux de Pott traités à l'Institut S. Corona à Pietraligure. De 1928 à 1934. On a observé 72 cas de paraplégie (9,4 %) et 87 de troubles spastiques transitoires (11,4 %).

Plus fréquentes chez l'homme (64 %), chez l'adulte (66,6 %), on les observe surtout dans les spondylites dorsales (49 %) plus rarement dans les lombaires (19 %), dorso-lombaires (17 %), cervicales (7 %), sacro-lombaires (5 %), cervico-dorsales (3 %).

Mais comparativement à la fréquence des localisations du mal de Pott, les lésions nerveuses se trouvent surtout à la région cervicale (15 %) et dorsale (13 %). La paraplégie a été attribuée à une compression passagère par abcès (8 %), à une compression prolongée par abcès intra-rachidien (58 %), à une pachyméningite (10 %) ou à une compression osseuse (6 %).

Il n'y a aucun rapport entre l'étendue et la gravité de la spondylite et celle de la paraplégie.

La guérison a été complète dans 56 % des cas, dont 32,1 % en moins de 1 an, 39,9 % en moins de 2 ans, et 28 % en moins de 3 ans. La mortalité a été de 16 %. Au-dessous de 15 ans, la guérison est obtenue dans 87,7 % des cas, tandis que chez l'adulte, elle n'est plus que de 51,1 % avec une mortalité de 20,9 %.

Il est intéressant de noter que la compression médullaire ne s'est produite que dans 19 % des cas, chez les malades en traitement à l'Institut, tandis que 81 % n'avaient aucun traitement avant l'apparition de la paraplégie.

Dans la majorité des pièces anatomiques, on a constaté la compression médullaire par un abcès antérieur intra-rachidien, sous-ligamentaire. Plus rarement, dans des cas chroniques, l'abcès, cliniquement silencieux, a contagioné la méninge, ou un corps vertébral à moitié détruit a fait saillie dans le canal médullaire.

Nous n'avons pas trouvé de compression par œdème péri-médullaire. Ces cas sont sans doute ceux qui disparaissent rapidement par le traitement. Nous avons mis en évidence un stade de compression latente, sans aucun phénomène nerveux, diagnosticable par l'examen du liquide rachidien, et l'arrêt des substances opaques. Cela est dû à la compression par un abcès, ne dépassant pas l'élasticité médullaire, mais déterminant le blocage sous-arachnoïdien et la stase du liquide. L'immobilisation de ces malades pourra dans quelques cas arrêter la compression médullaire. Un tel blocage sous-arachnoïdien a été constaté au lipiodol et à l'étude manométrique du liquide céphalo-rachidien dans des paraplégies déjà guéries, avec disparition des signes cliniques.

Les auteurs exposent en un tableau les rapports probables entre les lésions anatomiques et les diverses formes cliniques de la paraplégie.

Les constatations anatomo-pathologiques fournissent des données pour le traitement.

L'abcès médiastinal qui communique avec l'abcès intrarachidien, est souvent formé d'un magma caséeux impossible à évacuer par ponction. Dans une autopsie, et un cas opéré, on a trouvé une compression médullaire, par un petit abcès en bouton de chemise saillant par un orifice de conjugaison.

De l'examen de 14 cas, on peut conclure que la double ponction lombaire et sous-occipitale fournit des données sur le degré de la compression, sur le pronostic.

L'injection de liquides opaques, jointe aux données de la clinique, fournit des probabilités sur la nature de la compression.

L'examen de la sensibilité, motilité, et surtout des diverses fonctions sympathiques, fournit des données sur le siège de la compression.

Pour le traitement, les auteurs rejettent les interventions directes sur la moelle et l'agent de la compression comme inutiles et surtout dangereuses. L'évacuation de l'abcès médiastinal peut avoir quelque avantage seulement dans les cas très rares de paraplégie totale et prolongée dus à une compression par abcès et dans lesquels cet abcès peut être évacué par ponction, c'est-à-dire où il y a communication avec l'abcès intra-rachidien et fluidité du pus.

Dans l'immense majorité des cas, le traitement reste une stricte immobilisation.

Le déplacement en arrière de la 5e vertèbre lombaire est une illusion d'optique. (Th. A. Willis. *J. of bone and joint surg.*, avril 1935, p. 347.) — J'ai analysé l'an dernier (*Gaz. des Hôp.*, 24 avril 1935, pp. 555-556), les travaux de deux chirurgiens américains R. W. Johnson et Alan Smith (*J. of bone and joint surg.*, oct. 1934, pp. 867 et 877) qui avaient observé avec une grande fréquence chez les malades souffrant de la région lombo-sacrée un glissement en arrière de la 5e vertèbre lombaire sur le sacrum, déformation inverse du spondylolisthésis.

Th. A. Willis démontre qu'il s'agit là d'une apparence radiographique. Le diagnostic de glissement en arrière de la 5e lombaire est admis lorsque sur la radiographie de profil, le bord postérieur de la vertèbre déborde le bord postérieur de la 1re sacrée. Sans tenir compte que les bords antérieurs des deux os sont dans l'alignement. Or l'examen de 50 squelettes lui montre que 33 fois la 5e lombaire est plus grande que la face supérieure du sacrum. La 1re sacrée présente en effet tantôt une face postérieure convexe, tantôt au contraire une vaste encoche concave, face antérieure du canal vertébral. C'est la présence de cette excavation qui, sur un profil franc, donne l'apparence d'un glissement en arrière, apparence qui disparaît dès qu'on fait une épreuve un peu oblique.

Le syndrome sacro-iliaque des adolescents. (J. H. Rogers et Ed. N. Cleaves. (*J. of bone and joint surg.*, juillet 1935, pp. 759-768, 7 fig.). — On voit chez des adolescents, souvent de haute taille, apparaître des douleurs au niveau d'une sacro-iliaque avec contracture musculaire, limitation des mouvements (flexion du dos, raccourcissement du pas), parfois névralgie sciatique.

Chez dix malades présentant ce syndrome, la radiographie montre dans une des articulations sacro-iliaques au niveau de la surface articulaire du sacrum, un aspect flou, des zones plus foncées, simulant des pertes de substance, parfois un décalage de hauteur des pubis. On a considéré ces enfants comme atteints d'arthrite, de sacro-coxalgie, d'ostéomyélite. Or par l'immobilisation, le repos, tout s'arrange en quelques semaines.

Les auteurs considèrent ces cas comme des épiphysites du sacrum. Il existe en effet au niveau de chaque vertèbre sacrée un point complémentaire qui apparaît vers 15 ou 16 ans, se soude entre 16 et 18. Les radiographies reproduites rappellent en effet les images des ostéochondrites et épiphysites.

MEMBRE INFERIEUR

Le raccourcissement du fémur pour l'égalisation de longueur des membres inférieurs. (J. Warren White. *J. of bone and joint surg.*, juillet 1935, pp. 596-601, 4 fig.). — Depuis sept ans, l'auteur a pratiqué 45 fois cette intervention.

Il la compare à la méthode opposée : l'allongement du membre le plus court. Dans le cas de poliomyélite cet allongement offre des inconvénients : l'étirement des muscles diminue leur force, l'allongement du bras de levier augmente les déviations. On objecte au raccourcissement du membre sain la diminution de force qui en résulte, l'esthétique.

La technique de l'auteur est très simplifiée : section transversale du fémur, détachement du périoste sur une étendue plus grande que le raccourcissement cherché. On fait alors glisser le fragment inférieur le long du supérieur. On perfore les deux fragments avec un drill et on les fixe par deux broches sortant en dehors de la plaie. On fixe dans un grand plâtre au travers duquel sortent les broches. Celles-ci sont enlevées au bout de 4 semaines, le plâtre au bout de huit semaines.

Les corrections ont varié entre 5 centimètres et 8 centimètres, en moyenne 6 centimètres 1/2. L'auteur n'intervient que pour un raccourcissement d'au moins 5 centimètres.

Le fait d'avoir intervenu chez des sujets jeunes atteints de poliomyélite lui a valu l'inconvénient de voir l'égalisation disparaître, le membre paralysé s'accroissant moins.

Le résultat fonctionnel est bon, le membre sain reprenant sa mobilité et sa force.

Résumé clinique de 56 opérations d'allongement de la jambe. (A. Brockway (Los Angeles), *J. of bone and joint surg.*, octobre 1935, pp. 969-977, 10 fig.). — Dans les grandes inégalités des membres inférieurs, on a le choix entre le raccourcissement du membre sain et l'allongement du membre atrophique. Alors qu'en Europe, c'est surtout la première méthode qui a été employée, aux Etats-Unis, on emploie volontiers la deuxième. A l'allongement du fémur, utilisé par Putti (de Bologne), les Américains préfèrent l'allongement des deux os de la jambe par section très oblique des deux os et traction au moyen d'un appareil dérivé de l'appareil de Quénu-Lambret-Mathieu, l'appareil d'Abbott.

L'auteur nous dit que cette méthode est devenue courante dans l'hôpital orthopédique de Los Angeles. En cinq ans et demi, on y a pratiqué 46 allongements, tous sur la jambe. Un seul porta à la fois sur la cuisse (6 centimètres et demi d'allongement), puis sur la jambe (3 centim. 5), donnant un allongement total de 10 centimètres.

Sur 46 opérations, 28 furent pratiquées pour raccourcissement après poliomyélite, les autres pour des causes très variées, 3 seulement pour luxation congénitale de la hanche.

Depuis l'installation de la traction, l'allongement commence en général vers le 7e jour. Son étendue moyenne est de 4 cent. 5, et on l'obtient en général en 35 jours. Les broches doivent encore être conservées 11 à 12 semaines et la marche n'est autorisée en moyenne qu'au bout de 9 à 10 mois. En effet, dans ces membres paralytiques le cal est très long à s'établir et à prendre une consistance suffisante.

L'auteur montre toutes les précautions à prendre pour calculer l'allongement nécessaire. Si la croissance n'est pas terminée, on peut voir après l'égalisation le membre opéré ne pas s'accroître autant que l'autre chez les poliomyélitiques, et un léger raccourcissement se reproduira.

Cette méthode est délicate. L'auteur ne cache pas les incidents qu'il a observés : fracture de la base du fragment dédoublé, saillie à travers la peau de la pointe du fragment inférieur.

Procédé opératoire pour la correction de la contracture de la cuisse en rotation externe. (M. S. Burman. *J. of bone and joint surg.*, octobre 1935, pp. 1028-1030, 3 fig.). — Dans un cas de paralysie congénitale des membres inférieurs avec obliquité du bassin et scoliose — après réduction de la flexion des genoux et des hanches — on constate au membre inférieur droit une rotation externe fixe de près de 90°.

Le redressement a été obtenu par désinsertion du tendon du grand fessier, désinsertion de la partie postérieure de la capsule fémorale, et élongation des autres muscles rotateurs externes.

Luxations congénitales de la hanche. Choix des cas pour la réduction sanglante. (A. Freiberg. *J. of bone and joint surg.*, vol. XVII, n° 1, janvier 1935, pp. 1-11.)

Le traitement physiologique de la luxation congénitale de la hanche. (S. K. Stewart, *idem*, pp. 11-17.)

Le traitement sanglant de la luxation congénitale de la hanche. (W. H. Cole, *idem*, pp. 18-24.)

Réduction sanglante dans la luxation congénitale de la hanche. (B. J. Farrell et M. B. Howorth, *idem*, pp. 35-43.)

Etude statistique du traitement de la luxation congénitale de la hanche. (A. Steindler, J. Kulowski et E. Freund. *J. am. Med. Ass. civ.*, 26 janvier 1935, p. 302.)

Contrairement à ce qui se passe en Europe, où la réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche est considérée comme une méthode d'exception réservée aux échecs de la méthode orthopédique, beaucoup d'orthopédistes américains ont une conception différente et considèrent que la méthode sanglante est la méthode de choix, mais sous certaines conditions.

D'abord, elle doit être exécutée d'emblée, car les essais infructueux de réduction non sanglante en compromettent les résultats par les dégâts occasionnés par les traumatismes articulaires.

Elle doit être exécutée chez les sujets jeunes, chez ceux qui sont à l'âge de la réduction non sanglante. On doit les opérer le plus jeune possible (Freiberg, Kidner, Farrell et Howorth).

Les 45 derniers cas opérés par Farrell et Howorth l'ont été entre 9 mois et 8 ans ; 23 avant 3 ans et 20 entre 3 et 5 ans. Dans ces conditions, les résultats de la réduction sanglante sont supérieurs de beaucoup à ceux de la réduction orthopédique.

Au lieu de 42 p. 100 de bons résultats, on en obtient 78 p. 100 (Farrell et Howorth). Ceci parce que l'opération sanglante permet de remédier aux défauts anatomiques de l'articulation : adhérences capsulaires à la fosse iliaque (Kidner), adhérences capsulaires au col (Stewart), replis capsulaires, reconstitution d'un cotyle suffisant par creusement du plafond ou mieux par constitution d'une butée, dérotation fémorale par une ostéotomie.

Chez le tout-petit, la réduction sanglante est très facile, se fait sans brutalité, n'entraîne aucun shock.

Cette opinion n'est pas adoptée par l'unanimité des chirurgiens américains. Freiberg admet que les luxés se divisent en trois classes : ceux dans lesquels le traitement orthopédique est indiscutable ; ceux dans lesquels l'âge, l'étendue des déformations, la structure particulière la déconseillent formellement, et enfin entre les deux les cas discutables. Pour lui comme pour Steindler, Kulowski, Freund, à l'âge de la réduction, la réduction non sanglante doit être tentée par des manœuvres de douceur, et en cas d'échec on aura recours à la réduction sanglante. Le pourcentage de ces échecs, pour ces derniers auteurs, reste minime (7,5 p. 100 jusqu'à 5 ans). Si l'on fait profiter les

enfants réduits orthopédiquement des opérations complémentaires (butées, ostéotomies de dérotation), on améliore beaucoup le pourcentage de guérisons.

L'épiphysiolyse fémorale. (A. R. MAC AUSLAND. *J. of bone and joint Surg.*, avril 1935, pp. 353-369, 8 fig.) — Ce travail sur la coxa vara des adolescents est basé sur l'étude de 45 cas traités par l'auteur depuis 22 ans ; 35 d'entre eux ont été traités par la méthode de Whitman, qui s'est montrée efficace, avec des résultats meilleurs que la majorité des cas rapportés dans la littérature. En effet, le résultat a été excellent, avec une bonne fonction, chez 80 p. 100 de malades, et seulement mauvais chez 8 p. 100. Le succès du traitement dépend : 1° de sa précocité ; 2° d'une réduction complète ; 3° d'un traitement actif prolongé pendant longtemps.

On a contesté la réalité de la réduction dans ces cas (Waldenström) et attribué à une illusion radiographique. Mac Ausland, par l'emploi d'une cassette incurvée, rend toute erreur radiographique impossible et permet de s'assurer de la réalité de la réduction.

The « Shelf operation » dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche. (Fr. D. DICKSON. *J. of bone and joint Surg.*, janvier 1935, pp. 43-48, 28 obs.)

Reconstitution plastique d'un acétabulum dans la luxation congénitale de la hanche. (A. BRUCE GILL, *idem.*, pp. 48-49.)

Réfection du plafond cotyloïdien avec des chevilles de tibia dans la luxation congénitale de la hanche. (Ed. L. COMPÈRE et D. B. PHEMISTER, *idem*, pp. 60-72, 14 obs.).

Opération de la butée pour les luxations irréductibles congénitales de la hanche. (Fr. R. OBER, *idem*, pp. 73-75. 26 obs.)

L'opération de König dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche. (G. J. EPSTEIN et N. S. EPSTEIN (Leningrad). *J. of bone and joint surg.*, avril 1935, pp. 309-317.)

Arthrodèses de la hanche et opération de la butée. (P. B. GIRARD, *idem*, pp. 443-449, 10 fig.)

La reconstitution du toit du cotyle dans la subluxation congénitale de la hanche. (E. PASQUALI. *Chir. degli org. di mov.*, juillet 1935, pp. 149-188, 43 fig., 49 obs.)

Réfection du toit du cotyle dans la luxation congénitale de la hanche (53 obs.). M. B. HOWORTH, *J. of bone and joint surg.*, octobre 1935, pp. 945-952.)

La reconstitution plastique du plafond cotyloïdien, dans la luxation et subluxation congénitale de la hanche, est entrée dans la pratique courante à l'étranger, en particulier aux Etats-Unis, comme le témoigne l'abondance des publications sur ce sujet

Elle est employée dans des cas très différents. Le plus souvent dans le cas de cotyle déficient, soit comme complément d'une réduction non sanglante, soit comme complément d'une réduction sanglante, qui est pratiquée beaucoup plus souvent aux Etats-Unis qu'en Europe.

Dans les luxations irréductibles, son emploi semble beaucoup plus limité. Dickson cependant, dans ces cas, pratique la reposition sanglante par résection de la capsule; pour mobiliser la tête fémorale et l'amener dans la partie antérieure de la fosse iliaque où il lui constitue son appui. Les techniques sont très variables, mais, sauf Compère et Phemister, qui se servent de greffons tibiaux implantés dans la fosse iliaque au-dessus de la tête fémorale, les autres auteurs pratiquent l'appui uniquement avec l'os iliaque : voici rabattu et soutenu par d'autres morceaux de la crête iliaque, ou vaste morceau taillé dans la partie antérieure de l'os iliaque et implanté à plat au-dessus de la tête fémorale (Ober, Girard).

Les résultats à distance semblent satisfaisants. Sur 28 cas, Dickson a eu 23 bons résultats (82,2 p. 100) et 2 améliorations. Howorth accuse 75 p. 100 de bons résultats.

Pasquali insiste sur l'âge auquel doit être faite l'opération. L'âge optimum est entre 15 et 20 ans. Il ne faut pas la faire chez le jeune enfant ni chez l'adulte âgé quand les déformations sont trop marquées.

Presque tous les auteurs insistent aussi sur la nécessité d'une mobilisation précoce (Howorth, Ober, Dickson) et l'extension continue après l'opération.

La pathogénie du genu-recurvatum congénital. (STEWART MIDDLETON. *British J. of Surgery*, avril 1935, pp. 696-703.) — Dans un cas qu'il a observé, l'auteur fait une biopsie du quadriceps. L'examen histologique montre une dégénérescence fibreuse et graisseuse intra-utérine des fibres du muscle strié. L'aspect est celui d'une myodystrophie déformante fœtale.

La Patella partita et son importance clinique. (A. PYTEL. *Revue slave d'Orthopédie*, 1935, fasc. 1, pp. 9-31, 16 fig.) — Revue complète de la question, avec une importante bibliographie.

L'auteur conclut que la rotule congénitalement fragmentée s'observe dans 1,5 à 2 p. 100 des genoux radiographiés.

On distingue la patella partita, divisée transversalement, et la patella duplex divisée longitudinalement. Cette dernière est rare et accompagnée d'autres anomalies du squelette.

Quelle que soit la variété de fragmentation, on observe un trouble fonctionnel dû à une augmentation de la pression du condyle fémoral sur la rotule, et augmentation de la tension des muscles vastes. On observe des poussées d'hydarthrose, des douleurs, de la limitation des mouvements, parfois de l'atrophie musculaire et une arthrite déformante secondaire Un traumatisme peut révéler l'anomalie. Seule la radiographie peut faire le diagnostic. Il faut éviter la confusion avec une fracture verticale.

La physio et la mécanothérapie amènent une amélioration constante et notable.

Difformité du genou en flexion après la poliomyélite. Sa correction par les procédés opératoires. (R. E. HUGHES. *J. of bone and joint surgery*, juillet 1935, pp. 627-639.) — Dans un article précédent, paru dans le même journal en octobre 1934, le même auteur avait étudié le redressement de la flexion du genou paralytique d'après les résultats éloignés de 111 malades.

Il expose ici les résultats des méthodes opératoires comprenant les ostéotomies suscondyliennes (20 cas) et tibiales (3 cas) et des sections musculaires et de la capsule postérieure du genou (48 cas), et compare les résultats obtenus avec ceux de son premier travail.

Il ressort de cette importante étude les conclusions suivantes :

Les meilleurs résultats éloignés reviennent de beaucoup à la section à ciel ouvert des parties molles rétractées, et en particulier la bandelette de Maissiat du fascia lata, le tendon du biceps, et surtout la capsule postérieure ; on n'a ainsi que 23 p. 100 de rechutes. La méthode du redressement forcé par plâtres en donne 46 p. 100, et après les ostéotomies on en relève 65 p. 100. Il faut noter qu'après les ostéotomies on voit parfois du ballottement latéral, aggravant le pronostic.

Les rechutes de la flexion sont beaucoup plus à craindre si la croissance n'est pas terminée et si elle se fait rapidement. Facteurs importants de conservation du résultat fonctionnel sont l'hyperextension du genou, la conservation du grand fessier, et surtout celle d'un appui sur un pied bloqué en équinisme, en possédant un bon triceps sural. Au contraire, la présence d'un pied talus est très défavorable à la conservation du recurvatum.

Considérations sur la pathogénie du pied bot congénital. (O. SAGLIETTI. *Chir. degli org. di mov.*, mai 1935, pp. 25-30, 5 fig.). — Deux théories s'opposent pour expliquer la pathogénie du pied bot congénital :

1° La théorie qui admet une lésion primitive, endogène et héréditaire du germe ;

2° La théorie mécanique exogène par pression anormale intra-utérine.

Sur 2.235 cas observés à l'Institut Rizzoli de 1899 à 1933, on a pu dans 863 cas avoir des renseignements obstétricaux complets.

Si l'accouchement a été normal dans 89,69 p. 100 des cas, s'il y a eu seulement 3,53 p. 100 de prématurés, et 2,27 p. 100 de grossesses gémellaires, ce qui rentre dans la proportion habituelle, on a observé 49,43 p. 100 d'oligamnios et 0,63 p. 100 d'absence complète de liquide, et la présentation du siège dans 11,59 p. 100 des cas. Ces proportions sont considérables, et il faut admettre que l'oligamnios joue un rôle dans la genèse du pied bot.

L'auteur remarque aussi, au moment de la naissance, l'attitude des pieds enroulés l'un sur l'autre, la présence de bourrelets de peau et de lésions trophiques au niveau de la saillie de la tête de l'astragale et de la malléole externe. Dans ces cas, la radiographie ne montre qu'une légère aplasie des os du tarse.

Mais, à côté de ces pieds bots d'origine fœtale, produits par un appui vicieux prolongé suite de manque de liquide protecteur, il existe une autre variété, heureusement plus rare, de pied bot primitif ou embryonnaire.

Ces pieds bots sont en général bilatéraux, présentant une attitude très variable et ne s'expliquant pas par le vice de position ; la radiographie montre des aplasies osseuses considérables, en particulier sur le calcanéum. Il y a le plus souvent coexistence d'autres déformations (rigidité pluri-articulaire, luxation congénitale de la hanche, etc.).

Ces deux types de pieds bots sont parallèles aux deux variétés de luxation congénitale de la hanche décrites par Putti, variété fœtale et variété embryonnaire. Ici encore, le type habituel, fœtal, est de pronostic favorable, tandis que le type embryonnaire se révèle rebelle à tous les redressements. Leur distinction, que l'on peut établir sur les signes cliniques et radiographiques, présente donc une grande importance pronostique.

VIe CONGRÈS DE MÉDECINE DU MAROC [1]

L'AMIBIASE DANS L'AFRIQUE DU NORD

Les 2, 3 et 4 avril se sont déroulées à Rabat et à Casablanca les séances du VIe Congrès de médecine et du Maroc.

Le Congrès avait attiré un nombre important de membres, puisqu'il comptait plus de 150 adhérents dont la plupart venus de France, de Belgique et d'Afrique du Nord.

La question à l'ordre du jour était : « L'Amibiase en Afrique du Nord ».

A côté des rapporteurs nord-africains, des délégués de la Métropole et de la Belgique exposèrent des observations cliniques et des communications se rapportant plus particulièrement aux méthodes de culture des amibes et au traitement de l'amibiase.

La séance inaugurale se déroula à Rabat le 2 avril, sous la présidence de M. Helleu, ministre plénipotentiaire, délégué à la Résidence générale.

Parmi les assistants, citons la présence de M. le directeur du Service de santé des troupes du Maroc, des représentants de la ville de Rabat et de délégués des différents collèges.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Après les discours de M. Helleu, de M. le médecin général Spick, président du Congrès, des allocutions furent prononcées par M. le prof. agrégé Chiray, de la Faculté de médecine de Paris ; M. le professeur Bonnin, de la Faculté de médecine de Bordeaux ; M. le professeur Baumel, de la Faculté de médecine de Montpellier (délégués de la France) ; M. le Dr Moulaert, médecin du Centre de gastro-entérologie de Bruxelles chargé de mission par le ministre des Colonies belges (délégué de la Belgique) ; M. le professeur Tournade, de la Faculté de médecine d'Alger ; M. le professeur Senevet, de la Faculté de médecine d'Alger, secrétaire général de la Fédération des Sociétés des sciences médicales de l'Afrique du Nord (délégués de l'Algérie) ; M. le Dr Louis Chauvin, chef du Centre de dermatologie et prophylaxie à l'hôpital du Belvédère à Tunis ; Mme le Dr Germa-Sparrow, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, représentant l'Institut Pasteur de Tunis et la Société des sciences médicales de Tunis (délégués de la Tunisie) ; M. le Dr Armengaud, membre du Conseil d'Administration de l'Union médicale franco-ibéro-américaine (délégué de l'Umfia), et M. le Dr Glénard, délégué du Haut-Commissariat du tourisme, du thermalisme et du climatisme français.

M. le Dr Gaud, directeur du Service de santé et d'hygiène publiques du Maroc, vice-président du Congrès, ouvrit la première séance de travail.

Au cours de cette séance, furent exposés les rapports de l'Algérie et de la Tunisie.

M. Costantini, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine d'Alger, montra que l'amibiase demeurait pour un peu une affection chirurgicale. Ses formes larvées offrent souvent le tableau d'une appendicite, d'une cholécystite ou de toute autre affection chirurgicale. Parlant de l'abcès du foie, il exprima l'idée que lorsqu'on opère ce dernier, l'infection du pus par les microbes impose le drainage alors que, dans le cas où le pus est amicrobien, on peut se passer de drainer.

M. Gillot, professeur de clinique médicale et d'hygiène infantile à la Faculté de médecine d'Alger, et M. Dendale, chef de clinique médicale et infantile à l'hôpital de Mustapha à Alger, démontrèrent que l'amibiase infantile était une affection assez fréquente et que beaucoup d'amibiases révélées à la maturité avaient leur origine dans l'enfance.

M. le Dr Fabiani, préparateur à la Faculté de médecine d'Alger, fit une étude très détaillée sur l'épidémiologie de l'amibiase en Algérie.

D'après lui, sous l'influence de la guerre mondiale, des déplacements militaires, des campagnes coloniales, des relations commerciales, l'amibiase est devenue une affection vraiment algérienne, alors qu'elle n'existait dans ce pays qu'à l'état de cas isolés et d'origine étrangère.

M. Anderson, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, et M. le médecin commandant Chauvin, chef du Centre de dermatologie et de prophylaxie à l'hôpital du Belvédère à Tunis, présentèrent des statistiques, le premier sur des examens de selles pratiqués au laboratoire officiel de la Régence, le second sur l'amibiase chez les troupes casernées en Tunisie.

D'après ces statistiques, l'amibiase existe aussi bien dans la population civile que dans l'élément militaire.

Ces statistiques font ressortir la faible fréquence de l'amibiase en Tunisie. Aucune particularité n'a été trouvée sur la forme clinique, la répartition géographique, la parasitologie et la biologie de la question.

Faisant suite à ces rapports, M. le prof. agrégé Chiray, de la Faculté de médecine de Paris, dans une brillante conférence, sur les mirages et les réalités de l'insuffisance hépatique, rectifia les observations qui laissent des classifications nosologiques, didactiquement établies et qui, dans la pratique, ne se retrouvent jamais avec la même netteté.

***

Le 3 avril, à Casablanca, se déroula la deuxième séance de travail qui fut présidée par M. le Dr Georges Blanc, directeur de l'Institut Pasteur du Maroc, membre correspondant de l'Académie de médecine. M. le professeur Baumel, de la Faculté de médecine de Montpellier, montra quels étaient les aspects cliniques de l'amibiase chez les malades chroniques habitant la Métropole et démontra le rôle de la rectoscopie dans le diagnostic de cette affection.

M. le professeur Bonnin, de la Faculté de médecine de Bordeaux, après avoir fait l'historique de la culture des amibes, parla de cette dernière en s'inspirant des méthodes de M. le Dr Deschiens d'ailleurs présent au Congrès, qui est un maître de la question.

Il en déduisit les applications cliniques possibles.

La parole fut ensuite donnée aux rapporteurs marocains : MM. les Drs Pérard et Dubourreau, Vuillaume et Pujol qui s'attachèrent à présenter des observations de formes anormales de l'amibiase et démontrèrent ainsi les difficultés du diagnostic de cette affection.

Avant eux, M. Flye Sainte-Marie fit une étude sur l'épidémiologie de l'amibiase en milieu indigène marocain, d'après laquelle il semble que les statistiques ne sont pas en rapport avec la fréquence de la maladie au Maroc.

Enfin, M. le Dr Speder, présenta le résumé d'un travail de plusieurs années, reposant sur des milliers d'observations, où l'auteur démontra l'importance et le rôle de l'examen radiologique dans le diagnostic de l'amibiase. M. le Dr Speder accompagna ce rapport de nombreux clichés et d'examens en série qui mirent en évidence des images de l'amibiase, images spécifiques. Cette constatation et sa démonstration sont en opposition avec les opinions des ouvrages et manuels classiques ; certains même très récents, répètent la même erreur.

Après discussion, M. le Dr Chêne, médecin assistant de l'hôpital Saint-Antoine, fit une conférence avec projections sur l'étude endoscopique des colites et des rectocolites.

Dans l'après-midi, se déroula la séance solennelle du Congrès sous la présidence de M. le médecin général Spick, président du Congrès.

A cette séance, assistaient M. le Contrôleur civil, chef de la région de la Chaouia, les représentants de la municipalité casablancaise, de l'Armée et de la Marine à Casablanca.

Après le discours du président, M. le professeur Tournade, de la Faculté de médecine d'Alger, fit une savante conférence sur l'action physiologique de l'émétine. La non moins brillante conférence de M. le prof. agrégé Chiray sur l'hépatite amibienne chronique des pays tempérés enthousiasma les auditeurs.

L'exposition des produits pharmaceutiques et d'instruments de chirurgie fut inaugurée à 16 h. 30 par M. le médecin général Spick, et les congressistes remarquèrent l'effort fourni par les différents exposants qui, à cette occasion, se surpassèrent.

La séance solennelle prit fin par la projection de deux films, le premier sur « la Physiologie de l'amibe », réalisé par M. le Dr Comandon, de l'Institut Pasteur de Paris, présenté par M. le Dr Deflou, de la Société parisienne d'expansion chimique « Spécia », et le second sur la « Dysenterie amibienne » présenté par M. Lebeau, des laboratoires Bayer.

Le 4 avril, M. le Dr Velu, vétérinaire commandant, chef du laboratoire du Service de l'élevage, membre correspondant de l'Académie de médecine et vice-président du Congrès, présida la dernière séance de travail du Congrès.

De nombreuses communications étaient inscrites au programme : M. Moulaert, du Centre de gastro-entérologie de Bruxelles, présenta un exposé du « Diagnostic de l'amibiase chronique », corroborant en beaucoup de points le rapport de M. le professeur Baumel.

M. Deschiens, de l'Institut Pasteur, secrétaire général de la Société de pathologie exotique, démontra les difficultés de la recherche des amibes dans les selles chez les amibiens chroniques. Il exposa un procédé pratique de prélèvement et de méthode de recherche des parasites.

M. Flye Sainte-Marie, médecin de l'hôpital Cocard de Fez, d'une part, et M. Moulaert, du Centre de gastro-entérologie de Bruxelles, d'autre part, présentèrent des études personnelles sur la parasitologie de l'amibe au point de vue culture et modification chimique.

Au point de vue clinique, des observations des complications de l'amibiase au niveau du poumon et des yeux furent présentées d'une part par M. Arnaud, médecin des hôpitaux du Maroc, d'autre part par M. Toulant, de la Faculté de médecine d'Alger, et M. Pagès, chirurgien spécialiste des hôpitaux du Maroc.

Les médicaments spécifiques de la dysenterie furent étudiés.

Notons, à ce sujet, les communications de M. Charnot, chef de laboratoire à l'Institut d'hygiène du Maroc, sur l'étude pharmaco-dynamique de l'émétine, et de M. le médecin commandant Millischer sur le Mixiod.

Les différents médecins des stations hydro-minérales présents au Congrès montrèrent quel pouvait être le rôle des eaux dans le traitement de l'amibiase.

M. le Dr Bercher traita enfin la question du traitement homéopathique des dysenteries.

Cette séance se termina par une deuxième conférence de M. Paul Chêne sur le traitement des colites graves non spécifiques.

A 16 heures eut lieu l'assemblée générale de la Fédération des Sociétés des sciences médicales de l'Afrique du Nord, sous la présidence de M. le professeur Senevet, secrétaire permanent du Congrès.

Dans cette réunion, il fut décidé que le VIIe Congrès de médecine se déroulerait à Alger et que l'ordre du jour en serait : « Le typhus et le pseudo-typhus ».

Le Congrès fut clôturé par la séance de la Société de radiologie de l'Afrique du Nord, sous la présidence de M. le Dr Speder, président de la Société de radiologie de l'Afrique

du Nord. A cette séance assistaient les radiologistes marocains, ainsi que M. le professeur Baumel, délégué de la Société de radiologie du Languedoc, M. le Dr Abadie, d'Oran, et M. le Dr Gasser, chirurgien des hôpitaux d'Oran.

Ces manifestations scientifiques furent accompagnées d'un programme touristique qui permit aux congressistes de visiter le Maroc dans les meilleures conditions.

Pendant leur séjour à Casablanca et à Rabat, ils purent se rendre compte de l'effort fourni par la Direction de la Santé et de l'Hygiène publiques et par les institutions privées, en visitant les différents hôpitaux et dispensaires de ces villes.

Le Congrès se termina par un banquet auquel assistèrent 130 convives.

Au cours de ce banquet, M. Gaud, directeur du Service de la Santé et de l'hygiène publiques, représentant M. Helleu, remit au nom de Sa Majesté Chérifienne, la cravate de commandeur dans l'ordre du Ouissam Alaouite : à M. le prof. agrégé Chiray, de la Faculté de médecine de Paris ; M. le professeur Tournade, de la Faculté de médecine d'Alger ; M. le professeur Senevet, de la Faculté de médecine d'Alger ; M. le Dr Lépinay, de Casablanca ; et la rosette d'officier à M. le Dr Moulaert, de Bruxelles ; M. le Dr Paul Chêne, de Paris.

Signalons que de nombreuses réceptions, tant à Rabat qu'à Casablanca, avaient été réservées aux congressistes. Notons, en particulier la réception de M. le Dr Gaud, directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques, qui avait bien voulu recevoir à Rabat les congressistes étrangers, de la Métropole, de l'Algérie et de la Tunisie, ainsi que les membres du Comité d'organisation.

Notons aussi la réception de M. le Dr Speder, président de la Société de radiologie de l'Afrique du Nord et directeur du journal *Le Maroc médical*, qui avait également réuni à Casablanca les radiologistes de l'Afrique du Nord présents au Congrès, ainsi que les personnalités médicales et ses amis.

Ce Congrès, malgré les difficultés matérielles du moment, obtint le plus grand succès.

Au point de vue scientifique, il démontra les difficultés du diagnostic de l'amibiase qui ne peut se faire que grâce à l'association des constatations cliniques, parasitologiques, radiologiques et souvent même thérapeutiques.

L'organisation fut parfaite grâce à l'aide apportée par la Résidence générale du Protectorat, la direction du Service de santé et de l'hygiène publiques, les municipalités de Rabat et de Casablanca, qui contribuèrent par leur appui moral et leur concours financier au succès de ces réunions.

Nos félicitations et remerciements iront également aux organisateurs : à M. le médecin général Spick, président du Congrès, à M. le Dr Speder, directeur du *Maroc médical*, qui assurera la publication des travaux du Congrès, des rapports, des communications et des conférences, ainsi qu'à tous les membres du Comité d'organisation du Congrès qui ont eu la tâche de le mener à bien, à tous les médecins qui reçurent à leur passage les congressistes et en particulier au Dr Arnaud, délégué pour la ville de Rabat, qui y organisa des réceptions qui obtinrent le plus grand succès.

Le VIIIe Congrès aura lieu l'an prochain à Alger et sera consacré au typhus et au pseudo-typhus.

LIVRES NOUVEAUX

Lettres d'Afrique (1), par Philip SPARK.

En 1934, nous avons présenté à nos lecteurs un premier volume « Lettres d'Orient » de Philip Spark. Nous avons dit tout le bien qu'il fallait en penser.

(1) Un volume 14×19 de 230 pages avec 38 illustrations. — Librairie Monnier, 17, rue Bréa, Paris (VIe).

Récemment Philip Spark a bien voulu nous adresser un nouveau volume magnifiquement édité et illustré : *Lettres d'Afrique*. Sous la forme épistolaire qui lui est chère, l'auteur nous apporte une œuvre qu'il appelle « roman social et d'une philosophie légère ».

Le roman ? Le voyage d'une jeune fille, une intrigue amoureuse, mais tout est loin de la banalité. L'auteur traite son sujet d'une touche légère, avec esprit et avec indulgence.

Quel adorable prétexte aussi pour nous emmener au Maroc, en Egypte, en Algérie, enfin dans ce charmant et édénique village de Sidi-Bou-Saïd.

La forme épistolaire se prête très agréablement à la suppression des transitions et des descriptions qui alourdissent parfois les romans de voyage.

L'auteur y trouve un avantage certain, le lecteur l'apprécie avec la même certitude. Il goûte aussi un extrême plaisir à lire des pages écrites avec une correction classique trop rare à notre époque.

Ajoutons que le brillant auteur de ce volume est médecin. Nous ne trahirons pas un secret en indiquant que sous le pseudonyme de Philip Spark se cache notre excellent confrère le Dr J.-Ph. Mignac.

F.-L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT

ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE [1]

Complications A. — Les unes sont propres aux ulcus anciens.

a) L'*extension*. — A. *en hauteur*.

— Au *cardia*, donnant des douleurs très précoces, des vomissements à type de régurgitation œsophagienne.

— Au *pylore*, donnant des signes de sténose pylorique avec vomissements quotidiens au début, puis plus rares, mais plus abondants, contenant des aliments ingérés plusieurs jours auparavant.

On peut constater alors cliniquement :

— Des ondulations péristaltiques ;

— De la tension épigastrique dessinant l'image gastrique ;

— Du clapotage à jeun.

Radiologiquement, on constatera alors :

— Du retard de l'évacuation gastrique ;

— L'existence d'ondes péristaltiques plus rapides, plus nombreuses, plus profondes que normalement, au début ;

— Une dilatation progressive de l'antre pylorique un peu plus tard.

Il faut toutefois se méfier qu'un ulcus de la partie moyenne de la petite courbure peut donner par voie réflexe un spasme du cardia ou du pylore.

B. *En surface :*

1. *Sténose médiogastrique* caractérisée par des *vomissements* d'abord précoces et réguliers, puis plus rares et plus abondants (vomissements de stase).

Le diagnostic peut être fait par :

— *Certaines anomalies au cours du lavage gastrique.*

— L'eau introduite dans l'estomac ne peut plus en sortir parce qu'elle est passée dans la poche inférieure.

— L'eau ressort d'abord propre, puis souillée de résidus alimentaires.

— Clapotage après lavage gastrique.

— *Insufflation gastrique par potion Rivière.*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 35, p. 610; n° 37, p. 670.

— *La radio*, qui montrera 2 poches superposées, séparées par un détroit, aspect qui persiste après atropine.

2. *Périgastrite*, d'où douleurs continues, sténoses extrinsèques, tumeur épigastrique perceptible, ictère chronique, par compression des voies biliaires.

Radiologiquement, on pourra soupçonner les adhérences périgastriques d'après :

— *Les déformations* (estomac en escargot) ; (pseudoniches, pseudo-lacunes).

— Les *modifications du contour gastrique*, hérissé, effrité, qui est peut-être plus le fait de la gastrite surajoutée (Faroy) que de la périgastrite.

— La *fixation de l'image gastrique*, que l'on constatera en examinant successivement le malade debout et couché.

La fixation peut se faire au côlon, au foie, d'où la mobilisation respiratoire de l'image gastrique.

3. La *transformation néoplasique* est rare, mais il est de la plus haute importance de la reconnaître précocement et il ne faut pas attendre les signes de certitude qui n'existent le plus souvent qu'à la phase d'inopérabilité.

Ce qu'il faut, c'est reconnaître qu'un ulcère est suspect pour le faire opérer immédiatement.

Les signes inquiétants sont :

— L'anorexie.
— L'amaigrissement.
— L'anémie progressive.
— La transformation des douleurs qui diminuent d'intensité, mais deviennent permanentes.
— La constance de mélœna occulte.

La *sécrétion gastrique* se modifie et passe de l'hyperchlorhydrie et de l'hyperpepsie à l'anachlorhydrie et à l'apepsie.

En fait, cette modification est souvent tardive et peut se voir dans l'ulcus non dégénéré.

Radiologiquement, il faut attacher une grosse importance : 1° à *l'augmentation de la niche*.

Plus une niche est grande, plus elle a de chance de traduire une lésion cancéreuse.

2° A *l'irrégularité de la niche*, sans attendre la période où elle ferait place à une lacune, signe de certitude correspondant souvent à une tumeur qui n'est plus opérable.

Aussi toutes les fois que la nature de la lésion est douteuse, devra-t-on agir comme s'il s'agissait d'un cancer.

B. *Les autres complications peuvent survenir à toutes les périodes de l'évolution de l'ulcus.*

1. Les *hémorragies* sont plus fréquentes que dans les autres ulcus, elles surviennent surtout en période de crise, parfois après une absorption alimentaire.

Il s'agit d'un vomissement de sang plus ou moins digéré pouvant contenir des particules alimentaires.

L'hématémèse est souvent abondante, il existe un véritable état lipothymique avec pâleur, angoisse, soif vive, pouls petit et rapide, sueurs froides, refroidissement des extrémités, hypothermie.

Les selles, les jours suivants, sont noires, molles, pâteuses, de la couleur du goudron.

Ces hémorragies nécessitent toujours un traitement hémostatique d'urgence, souvent une transfusion sanguine et posent parfois *le problème angoissant de savoir s'il faut intervenir.*

Toute intervention faite dans ces conditions est en effet très grave, mais il faut tenir compte aussi de l'impossibilité de prévoir l'évolution d'une hémorragie au cours de l'ulcère. du peu de tendance à l'hémostase spontanée des ulcus anciens, d'où l'importance, bien mise en valeur par le Congrès de chirurgie de 1933 de l'étude des antécédents gastriques.

— S'ils sont *récents* ou absents, il semble que l'on soit autorisé à temporiser en pratiquant une surveillance constante et l'indication opératoire ne viendra alors que :

1° De la continuation ou de la répétition des hémorragies ;
2° De l'appauvrissement en G. R. à des examens hématologiques successifs.

Il faut insister à ce sujet sur la gravité des hémorragies se reproduisant à moins de 48 heures d'intervalle.

S'ils sont *anciens* et que l'hémorragie ne constitue pas la première manifestation de ce genre, présentée par le malade, il faut craindre, surtout si le sujet a dépassé 40 ans, un ulcus calleux n'ayant pas tendance à l'hémostase spontanée. Il faut alors remonter le malade, pratiquer le traitement antihémorragique habituel (hémostatiques, transfusions) et si l'amélioration n'est pas rapide, intervenir.

2. La *perforation* peut se faire en péritoine libre, réalisant un véritable syndrome d'urgence, nécessitant une intervention chirurgicale précoce, ou en péritoine cloisonné.

a) *En péritoine libre*, elle est surtout le fait des ulcus jeunes ; elle est caractérisée par :

— Une *douleur brutale* en coup de poignard au creux épigastrique ;
— Quelquefois un vomissement ;
— Un *état de shock intense :* pouls petit, rapide tout au moins au début, car une phase trompeuse où l'état général se relève va bientôt lui succéder ;
— Une *contracture abdominale* manifeste, à extension progressive, allant jusqu'à la réalisation d'un véritable ventre de bois, signe capital, pathognomonique d'une perforation viscérale qui commande l'intervention d'urgence, sans attendre les autres signes :
— Disparition de la matité hépatique ;
— Matité déclive, etc.

Le pronostic est fonction de la précocité de l'intervention, qui devra toujours être faite avant la 12e heure, pour éviter la phase de péritonite septique qui mènerait rapidement le malade à la mort.

b) *En péritoine cloisonné*, la perforation peut se faire :
— Soit dans une région anatomiquement cloisonnée (arrière-cavité) ;
— Soit dans une région pathologiquement cloisonnée du fait de la périgastrite, c'est-à-dire qu'elle se voit surtout dans l'ulcus ancien.

Le début est généralement moins brutal, souvent il est insidieux.

L'évolution se fait vers la formation d'un abcès sous-phrénique :

— *Soit à évolution abdominale*, avec des douleurs sourdes, une température oscillante, de l'amaigrissement, et à l'examen une tuméfaction profonde, douloureuse, fluctuante, molle le plus souvent, mais donnant quelquefois des signes hydroaériques ;

— *Soit à évolution thoracique*, avec des signes pseudo-pleuraux : dyspnée, toux, point de côté bas situé, signes liquidiens ou hydroaériques, et c'est la radio qui montrera le siège sous-diaphragmatique de l'affection.

Evolution. — Non traités chirurgicalement, ces abcès évolueront vers l'ouverture, qui se fera le plus souvent :
— Dans les *formes hautes*, dans le poumon, à travers la plèvre symphysée, d'où vomique ;
— Dans les *formes basses*, dans l'intestin.

C'est là bien rarement un mode de guérison. Le plus souvent, l'infection persiste, s'étend, l'état général est profondément altéré et le malade meurt de phénomènes septicémiques, pyohémiques, de cachexie ou d'amylose.

(*A suivre.*) JEAN FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 42. — SAMEDI 23 MAI 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination d'un médecin accoucheur s'ouvrira le lundi 6 juillet 1936, à 9 h., à la Faculté de médecine de Paris.

Renseignements et inscriptions au secrétariat des hospices civils de Rouen, 1, rue de Germont (enclave de l'hospice général), La liste sera close le samedi 13 juin 1936.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. le professeur Pierre Mocquot, titulaire de la chaire de clinique gynécologique, fera sa leçon inaugurale le samedi 23 mai 1936, à 17 h., au grand amphithéâtre de la Faculté.

M. Abrami, agrégé libre, chargé de cours de clinique annexe, est nommé, à compter du 1er octobre 1936, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

M. Laubry, docteur en médecine, est nommé, à compter du 1er octobre 1936, professeur de cardiologie clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (chaire nouvelle). (*J. O.*, 19 mai 1936.)

— *Concours du prosectorat.* — *Epreuve de médecine opératoire.* — Séance du 19 mai. — MM. Boudreaux, Calvet et Poilleux, 28; Mialaret, 27.

Epreuve de dissection. — Séance du 20 mai. — MM. Boudreaux et Poilleux, 30; Mialaret et Calvet, 29.

Sont nommés : MM. Boudreaux, 170; Poilleux, 166.

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — *Section de médecine générale.* — *Leçon d'une heure.* — Séance du 18 mai. — M. Brahic : « Pleurésies hémorragiques. »

M. Bariéty : « Maladie osseuse de Paget. »

M. Thiers : « Hypoglycémies. »

M. Massière : « L'hypertension intracranienne. »

M. Benda : « Ictère des syphilitiques. »

Séance du 19 mai. — M. Croizat : « Agranulocytose. »

M. Kissel : « Les ictères dans les cirrhoses. »

M. Rimbaud : « Les polyglobulies. »

M. Planques : « Les ulcères duodénaux. »

M. Mollaret : « Les purpuras. »

Séance du 20 mai. — M. Caroli : « Déterminations pleuro-pulmonaires de la maladie de Bouillaud. »

M. Froment : « L'atélectasie pulmonaire. »

M. Warembourg : « Les embolies gazeuses. »

Section de chirurgie générale. — *Leçon de trois quarts d'heure.* — Séance du 19 mai. — M. Fabre : « Les tumeurs mixtes de la parotide. »

M. Blanc : « Le cancer du corps de l'utérus. »

M. Figarella : « L'ankylose de la hanche. »

M. Luccioni : « Hernie crurale étranglée. »

M. Dambrin : « Luxations récidivantes de l'épaule. »

M. Dieulafé : « Les fractures fermées du rachis dorso-lombaire. »

M. Dor : « Paraplégies pottiques. »

Séance du 20 mai. — M. Meyer-May : « La tuberculose de l'articulation scapulo-humérale. »

M. Sabadini : « Le rein mobile. »

M. Virenque : « Les plaies articulaires du genou. »

Section d'histologie. — *Leçon de trois quarts d'heure.* — Séance du 18 mai. — M Morel : « Les muscles réticulés. »

M. Pallot : « La névroglie. »

M. Klein : « La thyroïde. »

Séance du 19 mai. — M. Broussy : « La moelle des os. »

M. Vanderdope : « Mitoses de maturation. »

M. Odiette : « L'écorce cérébelleuse. »

M. Boisseron : « Développement de l'extrémité céphalique de l'embryon. »

Section d'ophtalmologie. — Sont proposés : MM. Renard (Paris), Dejean (Montpellier).

Section de physique et chimie. — *Leçon d'une heure.* — Séance du 19 mai. — M. Ettori : « Phénomènes de décarboxylation en biologie. »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — Un concours pour l'emploi de chef de travaux de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira le lundi 5 octobre 1936, au siège de ladite Ecole.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

LÉGION D'HONNEUR. — *Est élevé à la dignité de grand officier.* — M. Jean Faure, président du Syndicat des spécialités pharmaceutiques.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Notre excellent confrère Raoul Bernard, secrétaire de la rédaction de *Bruxelles médical*, vient d'être nommé chevalier de l'Ordre royal du Lion de Belgique pour ses remarquables travaux sur les questions coloniales. Nous sommes heureux de lui adresser nos cordiales félicitations.

GUERRE. (Réserve.) — Le *Journal officiel* du 16 mai publie, p. 5.105 et suivantes, le tableau de concours pour la Légion d'honneur (réserve).

UMFIA. — *Les voix latines.* — M. le professeur Jean Fiolle (de Marseille) fera le mercredi 27 mai, à 21 h., à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, une conférence sur *l'ordre latin dans les sciences, la biologie et la médecine.*

La conférence sera présidée par le docteur Georges Duhamel, de l'Académie française.

Demander les cartes d'invitation à l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe).

HOMMAGE AU DOCTEUR DARIER. — La Société française de dermatologie et de syphiligraphie fêtera dans une de ses prochaines réunions le 80e anniversaire de son doyen, le docteur Darier. Un exemplaire du mémoire sur « l'historique de la dermatologie au cours des cinquante dernières années » qu'avait écrit M. Darier à l'occasion du Congrès de Budapest sera imprimé spécialement et offert à son auteur.

Beaucoup d'amis et d'admirateurs du Maître seront sans doute heureux de s'associer à cet hommage. Des feuillets sur lesquels les membres de cette Société qui le désireraient pourront apposer leur signature seront reliés dans la plaquette qui sera remise à M. Darier.

Une édition sera faite de cette plaquette avec la reproduction en fac-similé de toutes les signatures qu'il portera. Ceux qui désireraient un exemplaire de ce tirage sont priés d'envoyer leur nom et leur adresse, avec un mandat de 30 fr., à M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. — *Cours spécial sur le traitement du décollement de la rétine.* — M. le professeur F. Terrien, avec le concours de M. P. Veil, ophtalmologiste des hôpitaux, et de M. A. Dollfus, ancien chef de clinique, fsra un cours spécial sur le traitement du décollement de la rétine, du samedi 13 au jeudi 18 juin 1936.

Ce cours comprendra une série de huit leçons, avec démonstrations de malades et exercices pratiques.

Le droit d'inscription est fixé à 200 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Henri Bastien (de Draguignan), décédé à Diégo-Suarez; Michel (d'Arcachon); Caris (de Castillon-sur-Dordogne); Adrien Laguaite, ancien chef de clinique chirurgicale d'Ollier à Lyon; Paul Barbarin, ancien interne des hôpitaux de Paris (1897), ancien président de la Société des chirurgiens de Paris, chirurgien de l'hôpital américain, décédé à Paris; Albert Bouland, médecin radiologiste à Paris; Louis-C. Maillard, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine d'Alger, correspondant de l'Académie de médecine depuis 1919; Duchêne (de Saint-Malo).

Ligue française contre le Cancer. — L'assemblée générale de la Ligue aura lieu le mardi 26 mai 1936, à 17 heures, à la Faculté de médecine (salle du Conseil), sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique. Après les rapports de MM. Le Bret, secrétaire général, et Max Hermant, trésorier, M. le professeur FORGUE fera une conférence : *Gesta cancerologiae per Francos* (la part de la science française dans l'avance actuelle de la question du cancer).

Second Congrès de l'Association Internationale pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques (15-17 juillet 1936). — Le premier Congrès de l'Association (tenu du 15 au 17 juillet 1935) a été consacré à « *l'Enfant à la mer et à la montagne* ». Le second Congrès aura lieu à la même date (15-17 juillet 1936), et en voici le thème :

« Que savons-nous des radiations électriques solaires ? — De l'électricité atmosphérique et de l'ionisation de l'air ? — De la radio-activité des roches et des eaux ? — Quelle est l'influence de ces radiations ambiantes sur la charge électrique du corps humain et, partant, sur l'apparition et l'évolution des maladies aiguës et chroniques ? »

Ce second Congrès sera tenu à La Malou (Hérault). Dès à présent, l'Association prie tous ceux qui voudront bien lui donner leur concours, de signaler les travaux déjà publiés, — les noms des personnalités ayant l'expérience nécessaire pour apporter une mise au point des questions posées, — et les noms des chercheurs pouvant exposer leurs constatations et leurs essais, ou, tout au moins, les suggestions et les hypothèses pouvant servir de base scientifique pour des études nouvelles. — Prière d'écrire, à cet effet, au Secrétariat de l'Association, 24, rue Verdi, à Nice.

RENSEIGNEMENTS

GRAND APPARTEMENT à louer, 159, faubourg Poissonnière. Escalier particulier. Conviendrait bien pour un docteur.

REVUE GENERALE

ESSAI SUR LE TONUS DU MUSCLE SQUELETTIQUE

Par MM. FERNAND LÉVY et D.-M. GOMEZ.

Il est en médecine des dénominations qui, de prime abord, semblent des plus claires et universellement comprises. La lecture des ouvrages montre, au contraire, la diversité de leur interprétation. Le terme de *tonus musculaire*, entré pourtant définitivement dans la pratique, en est un exemple évident. Physiologistes et neurologistes l'ont étudié à l'envi, et parfois dans un esprit divergent. Les premiers font du tonus une manifestation de l'activité motrice, chimique ou électrique du muscle, dépendant ou non de la contraction musculaire, mais toujours liée à une action nerveuse. Les cliniciens le situent sous le signe des activités combinées motrice et trophique du muscle, produisant les sensations visuelles d'aspect régional et les perceptions tactiles de consistance, d'élasticité, de tension ou de relâchement. Tous ont copieusement décrit des signes ou des symptômes de perturbation du tonus : hypotonie, hypertonie, atonie, dystonie.

Cet antagonisme descriptif n'a pas éclairci le problème. Ceux mêmes qui ont relaté, dans divers états morbides, les variations toniques auxquelles ils attachent une grande valeur, écrivent, tel M. André Thomas : « Le tonus a été longtemps considéré comme normal chez les cérébelleux, mais il faut bien reconnaître que plus d'un auteur serait fort embarrassé d'exposer ce qu'il comprend sous ce vocable. » Plus loin, le distingué neurologiste écrit encore : « Comme on ne sait pas au juste ce qu'il faut entendre par le tonus... »

Il paraît logique d'essayer de combler cette lacune et de reprendre le problème, au triple point de vue étymologique, physiologique et clinique. Le mot ton, du grec τόνος, ton, et τείνω, je tends, exprime une idée de force et paraît avoir été d'abord appliqué à la musique. On appelait ton musical le degré de tension de la corde vibrante. Dans la langue médicale, le ton ou tonus signifiait originellement un état de tension des tissus organiques vivants. Amoindri, c'était le laxum ; exalté, c'était le strictum des Méthodistes. Le mot fut appliqué ensuite aux muscles et aux organes musculeux : « La surexcitation du mouvement tonique constitue le spasme ; son irrégularité, la convulsion ; son extinction, la paralysie. » A l'expression ton, se substitue le terme tonus qui, par la suite, est couramment employé. Réservé d'abord aux muscles de la vie végétative, il fut ensuite usité pour les muscles de la vie de relation.

Bard fait observer qu'on s'est servi indistinctement des mots tonus et tonicité musculaire ; il les différencie, la tonicité n'étant qu'une propriété, une aptitude, et le tonus un état, un fait.

De nombreuses définitions ont été données.

On peut les classer en trois groupes, suivant la conception du tonus que chacune renferme :

1° Celles qui admettent le tonus, état indépendant de la contraction musculaire ;

2° Celles pour lesquelles le tonus se manifeste et dans le relâchement et dans la contraction du muscle (tonus de repos et tonus contractile) ;

3° Celles qui lient le tonus à la contraction musculaire.

I. — Théories séparant tonus et contraction musculaire. — Les théories qui distinguent le tonus de la contraction musculaire doivent, pour la clarté de l'exposé, être subdivisées en trois classes :

a) Une première fait du tonus un *état d'activité, de tension du muscle au repos* ;

b) D'autres le considèrent comme un *état de tension musculaire active permanente, involontaire* ;

c) D'autres enfin *séparent le tonus de la force musculaire*, comme si on avait l'habitude de les confondre.

1° *Le tonus est un état d'activité musculaire au repos.* — *J. Muller* (1838) le représente comme une petite tension contractile, caractéristique du muscle squelettique au repos, et d'origine nerveuse. Cette tension active du muscle inactif était admise encore récemment par *Luciani* (1907), *Dusser de Barenne* (1922), *Wertheim Salomonsen* (1922) et *Spiegel* (1927). Ce dernier définit le tonus « un état de tension involontaire, qui persiste tant que les parties du corps entre lesquelles les muscles concernés sont tendus, ne changent pas leur rapport par un mouvement volontaire ou réflexe ».

On a critiqué à juste titre cette manière de voir : les termes activité musculaire et repos jurent d'être accouplés. Le fait d'envisager le tonus à la fois comme un état de repos et d'activité musculaire paraît incompréhensible.

2° *Le tonus est un état de tension active, permanente, involontaire.* — *Vulpian* l'appelle un état de tension permanente des muscles. *H. Bennett* (1888) le définit « cette petite tension constante, caractéristique du muscle sain ». C'est là, objecte Sherrington, une définition évidemment simple, mais « c'est un concept que le professeur de physiologie trouve difficile à illustrer devant les étudiants, et l'affirmation reste vague ».

Matula (1912) appelle tonus « cette faible activité persistante de la musculature, excitée par les stimuli qui arrivent continuellement au corps ».

Foix écrit que c'est un « état de tension active des muscles permanente, involontaire, variable dans son intensité selon les diverses actions syncinétiques ou réflexes qui la renforcent ou l'inhibent ».

3° Ne pouvant se résoudre à considérer le tonus comme une modalité de la contraction, une troisième catégorie d'auteurs distingue dans le travail du muscle : 1° le tonus ; 2° la force musculaire.

Pour *Luciani*, le tonus est un état de repos avec tension musculaire active ; la force musculaire est l'énergie que déploient les muscles, pendant les divers actes volontaires, automatiques ou réflexes.

Pour *Rademaker*, le tonus musculaire est « la tension par laquelle les muscles s'apprêtent à résister à un changement de position passive des parties du corps ». La force musculaire est « la force maximale avec laquelle les muscles peuvent exécuter un mouvement ».

II. — Théories des tonus de repos et de contraction. — Partant de la distinction, tout artificielle, par *Langelaan*, de deux variétés de tonus, plastique d'origine sympathique et contractile d'origine cérébrospinale, *Piéron* décrit : 1° le tonus de repos « état de raccourcissement permanent, faible, peu variable à l'état normal, et régi par les ganglions de la chaîne sympathique » ; 2° les tonus d'attitude et de soutien, réellement contractiles, qui réalisent « un raccourcissement variable, en rapport avec la coordination générale des attitudes segmentaires pour le maintien de l'équilibre et avec les mouvements soutenus des membres, régi par les divers ordres du système autonome : cellules des cornes latérales, noyaux de Deiters, et cervelet ».

III. — Théories liant le tonus à la contraction musculaire. — *Brondgeest* (1860), qu'on cite toujours et dont on fait le père de la démonstration du tonus, n'hésite pas à le rapporter à la contraction du muscle. Le tonus est « le raidissement des muscles volontaires d'origine cérébrale, en un état de contraction durable, à la suite d'une activité permanente émanée des centres nerveux, et qui arrive aux muscles par les nerfs ».

Fernet, identifiant tonus et tonicité, les définit « propriété qu'ont les muscles d'être dans un état permanent de contraction légère qui leur communique une certaine raideur ».

Richet en fait un état de demi-contraction musculaire.

Biedermann l'appelle « état de raccourcissement persistant, dépendant d'une part d'une excitation continue des centres nerveux, d'autre part des processus actifs qui se passent dans le muscle contracté, provoquant son raccourcissement et son allongement ».

Sherrington écrit : « le tonus est une contraction posturale réflexe. C'est l'expression réflexe d'une décharge nerveuse en rapport avec le maintien de l'attitude. »

Morat et *Doyen* le déclarent « une contraction à la fois durable, égale à elle-même, peu intense ».

Gley pense que « tous les muscles se trouvent normalement dans un état de demi-contraction, que l'on appelle tonus, et qui est d'origine réflexe » ; mais il dit aussi que c'est un « état de faible tension auquel se trouvent les muscles inactifs ». Nous restons en pleine incertitude.

Bard en fait « la contraction minimale qui persiste après cessation de toute activitée apparente » et « une sorte d'équilibre mobile ».

Bremer écrit que le tonus est « la tension et la dureté variables que possède tout muscle squelettique pourvu de son innervation... C'est par lui qu'est assurée la fixation des différentes articulations du corps dans des attitudes déterminées, d'ailleurs solidaires les unes des autres, et composant l'attitude d'ensemble de l'animal ».

Ranson (1928) le qualifie « contraction forte et inépuisable des muscles nécessaire à maintenir les différentes parties du squelette dans leurs rapports convenables lors des variations et changements constants d'attitude et de posture du corps ».

Ryjlant, par l'oscillographie cathodique, distingue des vagues rapides à haute puissance : c'est la contraction musculaire, et des vagues lentes à faible puissance : c'est le tonus musculaire.

Il est à remarquer que la plupart des auteurs de définitions du tonus n'indiquent pas les caractères, ni qui séparent, ni qui rapprochent le tonus de la contraction du muscle. Seul, *Ramsay Hunt* écrit que « le tonus suit le mouvement comme une ombre ». *Stanley Cobb* dit « qu'ils sont accolés et ne peuvent être séparés ». Mais Cobb va plus loin et écrit : « les réflexes toniques et phasiques, bien que dissemblables, ne sont pas séparés par une différence fondamentale dans le mécanisme physiologique. » C'est là incontestablement le nœud de la question. Nous verrons, en effet, que tonus et contraction musculaire se trouvent étroitement unis. Le tonus accompagne un mouvement et persiste pendant une attitude. Il est l'élément fondamental, le témoin indiscutable de l'activité motrice du muscle.

La réalité de ces prémisses peut être contrôlée par l'étude des fondements physiologiques et des fondements cliniques du tonus.

I. *Fondements physiologiques du tonus.* — La chirurgie expérimentale, l'utilisation de la pharmacodynamie ont permis des moyens d'étude, que sont venues perfectionner des méthodes d'enregistrement de plus en plus précises.

Tout le monde étant d'accord pour voir dans le tonus un phénomène musculaire conditionné par l'activité nerveuse, il importe de passer en revue séparément ses deux éléments constituants, le musculaire d'une part, le nerveux de l'autre. La doctrine des transmetteurs chimiques fait intervenir un troisième facteur, que nous nous bornons à signaler.

A. Le tissu musculaire, système spécialisé, a de multiples propriétés. Les unes sont directes, les autres sont indirectes et d'origine extrinsèque. En tant que propriétés directes, le muscle en a qui sont communes à tout tissu vivant, telles l'irritabilité et la contractilité, et d'autres qui lui sont spécifiques : l'élasticité et la conductibilité.

Les propriétés indirectes du muscle dues au système nerveux sont la sensibilité et la motricité.

Du fait de l'excitabilité et de la conductibilité, les ondes de contraction se propagent suivant la longueur des fibres musculaires. Grâce à son élasticité, le muscle s'allonge s'il est soumis à une traction, pour revenir à sa forme primitive dès que cesse l'effort. Cette élasticité est faible dans le relâchement, forte dans la contraction. L'écartement normal des points d'insertion élonge légèrement le muscle, qui se rétracte, si l'on désinsère l'un de ces points. L'amputation provoque le même phénomène. Le muscle vivant, normalement tendu entre ses points d'insertion, est plastique, déformable et modelable : il conserve son état d'allongement ou de raccourcissement, même après que la cause a cessé d'agir.

La contractilité permet au muscle de changer sa forme et ses dimensions. Les excitations mécaniques, électriques, chimiques, volitionnelles l'incitent à entrer en contraction. L'action nerveuse confère au tissu musculaire sensibilité et motricité. Privé de son nerf, le muscle vivant perd sa plasticité, tout en restant élastique, et perd une partie de son excitabilité, tout en restant contractile.

Privé de sang artériel et anémié, il semble que le muscle perde son excitabilité avant le nerf ; mais il la retrouve après rétablissement du courant sanguin, même au bout de quelques heures (Longet).

Le muscle mort, séparé de son nerf, de ses vaisseaux sanguins et lymphatiques, n'a plus d'existence mécanique, et n'a plus qu'une vie chimique décadente.

La contraction musculaire, on devrait dire polymusculaire, est un complexe. Si on l'envisage limitée à un seul muscle, ce n'est qu'un concept de physiologie pure, sans réalité. On peut évidemment isoler un muscle et le faire contracter : c'est un artefact, qu'on ne retrouve pas dans la nature.

« La contraction volontaire d'un muscle quelconque, écrit Duchenne, à l'exception toutefois des mouvements expressifs de la face... me paraît toujours accompagnée de la contraction involontaire ou mieux instinctive d'un autre muscle... Certains mouvements des phalanges, des doigts et du premier métacarpien, mouvements que nous croyons obtenir par la contraction isolée d'un muscle, ne peuvent se faire volontairement sans contraction synergique d'un ou de plusieurs muscles, appelés très justement *modérateurs* par Winslow. Ces combinaisons musculaires ont lieu sans que nous en ayons la conscience, et échappent à l'observation, si on n'y porte la plus grande attention. » La contraction musculaire, partie apparente de l'activité musculaire, s'effectue, non pour un muscle isolé, mais pour tout un groupe. La partie inapparente, ou plutôt moins évidente, de l'activité du muscle est la contraction tonique posturale et statique. Un muscle ne travaille jamais isolément, mais en synergie avec le groupe musculaire dont il dépend. Il collabore avec les muscles de même fonction et de fonction divergente pour une contraction déterminée : les éléments unissent et règlent leurs contractions de masse en vue d'un mouvement défini. Une contraction musculaire est donc une symphonie, où tous les exécutants ont leur rôle bien délimité. Extenseurs ou fléchisseurs d'un segment de membre fonctionnent ensemble, les uns amorçant le mouvement, que leurs antagonistes limitent dans sa vitesse ou dans son ampleur. « L'harmonie des antagonistes concourt à l'exécution de tous les mouvements volontaires, en les réglant à l'aide d'associations musculaires modératrices, et en assurant leur direction au moyen d'associations musculaires collatérales. » (Duchenne.) Parmi ces muscles synergiques, il y a un groupe mus-

culaire principal qui exécute le mouvement et un groupe musculaire accessoire qui le règle. Le groupe musculaire exécutant est encore appelé agoniste ou protagoniste ; le groupe musculaire accessoire est dénommé antagoniste. Leur action est réversible, et dans le mouvement contraire, les antagonistes deviennent agonistes et réciproquement.

La question peut se poser si les termes d'agonistes et d'antagonistes sont bien choisis. Ils se comprennent *grosso modo*, appliqués à des systèmes musculaires d'action opposée. En réalité, ce ne sont pas les muscles, mais les directions de leurs mouvements qui sont antagonistes. Il n'y a ni muscles agonistes ni antagonistes, mais des muscles synergiques, synagonistes, pourrait-on dire.

On a pourtant affirmé (Sherrington et Hering) qu'au moment où des agonistes exécutent un mouvement et se contractent, les antagonistes favorisent ce déplacement par leur relâchement, qui est un acte cérébral inconscient (théorie de la *reciprocal innervation*). Il est plus exact de dire que les antagonistes s'allongent, s'étirent. L'élasticité du muscle joue en sens inverse : la contraction rétracte les muscles exécutants, tandis que les muscles régulateurs s'étirent. En tout cas, il n'apparaît pas que les muscles dits antagonistes soient passifs dans le mouvement. En voici un exemple depuis longtemps cité (voir myologie de Poirier). La faradisation de l'extenseur commun des doigts provoque non seulement une extension de la main et des quatre derniers doigts, mais simultanément une flexion des deuxièmes et troisièmes phalanges, due à la résistance des fléchisseurs communs superficiels attenant à ces phalanges et distendus par l'extension de la main. Le rôle modérateur des fléchisseurs n'est donc pas passif, et « les muscles réciproquement antagonistes se contractent simultanément » (Beaunis). Existe-t-il une preuve plus évidente de la synergie musculaire dans l'acte de la contraction, et du fait qu'aucun muscle n'agit isolément ? Dans l'exécution des mouvements, la fonction motrice met en jeu des groupes musculaires d'autant plus nombreux qu'il s'agit d'articulations plus distales, plus petites, et que le mouvement est fin, menu, délicat.

La synergie des antagonistes se manifeste encore dans les mouvements de flexion de la main. Pour qu'ils s'exécutent avec force, les extenseurs doivent auparavant avoir redressé le poignet. Ce fait explique la faiblesse du système fléchisseur chez les sujets atteints de paralysie radiale.

Il y a plus : toute contraction est une combinaison de stato et de kinétonus. Tout mouvement est précédé d'une fixation tonique d'articulation qui permet l'acte cinétique.

B. Le système nerveux représente le deuxième élément fondamental du tonus.

B¹. *Magendie*, *Longet*, *Schiff*, *Vulpian*, *Christiani*, *Munk* et surtout *Goltz* avaient observé que l'*animal privé de cerveau* est capable de se tenir debout, avec une distribution apparemment normale du tonus musculaire.

Brondgeest (1860) semble avoir fait la démonstration de la persistance du tonus chez l'*animal séparé de ses centres nerveux encéphaliques*. Il a pratiqué deux séries d'expériences. Dans la première, chez la grenouille, il sectionne et la moelle cervicale à sa partie supérieure, et un des nerfs sciatiques. L'animal est ensuite suspendu en l'air, et au bout d'une demi-heure, on note une différence dans le maintien des deux membres inférieurs. Du côté où le sciatique est intact, les articulations sont modérément fléchies ; du côté à sciatique sectionné, le membre pend inerte, et paraît allongé. Il y a là un comportement différent de la musculature de chaque membre. Le phénomène est beaucoup moins net si on pratique la section du sciatique avant celle de la moelle. Dans la deuxième expérience, après section de la moelle cervicale supérieure, on coupe les deux racines postérieures répondant à l'un des nerfs sciatiques. On a alors le même tableau que dans la première.

Brondgeest conclut : 1° le tonus se retrouve chez l'animal privé de ses centres encéphaliques ; 2° son maintien est lié à l'intégrité des nerfs sensitifs.

L'auteur rapporte avoir constaté les mêmes résultats chez le lapin.

Bickel (1887), chez la grenouille, trouve les mêmes symptômes persistant pendant des semaines et des mois, après section des racines postérieures correspondant à l'un des membres arrière. Par contre, sur deux chiens, il signale un raccourcissement tonique permanent des extenseurs du membre répondant au côté opéré.

On peut classer les expériences qui ont été faites sur le vertébré supérieur, suivant que l'animal a subi :

La transsection médullaire ;

La transsection mésencéphalique (décérébration) ;

La résection totale ou partielle du cerveau ;

La résection totale ou partielle du cervelet ;

ces différentes interventions pouvant être combinées.

a) *Animal médullaire.* — *Goltz* et *Freusberg* (1874), et bien plus tard, *Sherrington*, *Rademaker*, pratiquent chez le chien la section de la moelle dorsale moyenne.

Ils signalent qu'une fois les symptômes de shock disparus (après un mois), on observe deux ordres de phénomènes, les uns toniques, les autres phasiques.

Si l'on étend la jambe sur le genou, l'attitude d'extension persiste après cessation de l'effort (*shortening reaction*). Le mouvement inverse de flexion amène d'abord une résistance qui cède rapidement, cependant que le degré de flexion réalisé persiste (*lenghtening reaction*). Sherrington pense qu'il s'agit de *tonus plastique*.

Si, d'autre part, on provoque un réflexe d'extension d'un côté, il se produit spontanément un réflexe de flexion croisé (réflexe de Philipson).

La section des racines postérieures supprime instantanément le tonus (Sherrington).

Les muscles réagissent à la percussion et aux excitations mécaniques : le réflexe rotulien reparaît. Suivant la position qu'on donne à l'animal, il y a aux pattes postérieures un tonus de flexion (position couchée) ou d'extension (position verticale). D'après Rademaker, les pattes postérieures des animaux spinaux sont non seulement capables de mouvements compliqués (grattage et chatouillement de la peau du ventre), mais de mouvements très énergiques, tels que mouvements rythmiques de course. Cependant, en aucun cas, la station n'est possible.

Les phénomènes toniques qu'on observe chez le chien médullaire sont infiniment plus rares chez l'homme.

Il paraît donc avéré que la présence des centres encéphaliques ne semble pas nécessaire à l'existence de phénomènes d'activité musculaire, élémentaires chez l'être humain, mais plus complexes chez l'animal.

b) *Animal décérébré.* — *Sherrington* sectionne le mésencéphale entre les tubercules quadrijumeaux antérieurs et postérieurs : il note l'apparition d'une rigidité d'extension qu'il appelle « *rigidité décérébrée* ». L'animal se présente les membres antérieurs en extension-pronation, les membres postérieurs étendus et posés en arrière, la queue droite et horizontale ou relevée vers le haut, la tête portée en haut et en arrière. Si on le place sur ses pattes étendues, celles-ci peuvent supporter le poids du corps (*standing reflex*). Pour Sherrington, c'est une station vraie. En réalité, c'est une attitude passive. Elle est assez peu stable, car au bout de 5 à 10 minutes, le tonus d'extension diminuant, l'animal s'effondre. Pendant la durée de ce standing reflex, la moindre chiquenaude suffit à lui faire perdre l'équilibre et à le renverser. C'est que le chien ou le chat décérébrés ne peuvent, comme dans la station normale, rectifier le tonus pour se rééquilibrer et changer spontanément d'attitude. L'ablation du cervelet ne modifie pas la rigidité (*Magnus* et *Beritoff*). Pas davantage la destruc-

tion des labyrinthes, non plus que la section des voies pyramidales, rubrospinales, du faisceau prédorsal des cordons postérieurs, des voies médullo-cérébelleuses dorsales. La rigidité décérébrée n'est pas influencée si l'on coupe le bulbe au-dessus du nerf auditif, mais disparaît par la transsection bulbaire inférieure.

Par contre, Sherrington a vu que la destruction de la partie antérolatérale des cordons postérieurs l'annihile ; il en est de même de la section des racines postérieures d'un côté, qui supprime la contracture de la patte correspondante.

La rigidité décérébrée persiste aussi bien dans la station debout que dans la position couchée, latérale ou dorsale. Elle est même plus intense dans cette dernière, à cause de l'influence du réflexe tonique labyrinthique (*Magnus et de Kleyn*). La position de la tête par rapport au tronc influence la raideur : pour les pattes antérieures, celle-ci diminue si on fléchit la tête, augmente si on l'étend ; pour les pattes postérieures, c'est l'inverse, et la rigidité diminue par extension pour s'accentuer par flexion de la tête.

Magnus écrit de l'attitude des décérébrés qu'elle est une caricature de la station normale. Le tonus des animaux de Sherrington a été considéré à tort comme un tonus de posture. Ce n'est ni un tonus, puisque la contracture est invariablement systématisée aux extenseurs, ni une posture, puisqu'une posture varie et se modifie. Le tonus normal est réparti sur tous les muscles squelettiques, extenseurs comme fléchisseurs. Il est vrai que Rademaker soutient, à l'encontre de Sherrington, que la rigidité ne prédomine pas seulement aux extenseurs, mais existe de la même manière sur les fléchisseurs. Le tonus normal n'est pas rigidement stéréotypé : il est changeant, adaptable et modifiable.

La rigidité des décérébrés ne dure que peu de temps. Cependant *Bazett et Penfield* ont pu faire vivre des animaux et les observer, pendant deux ou trois semaines, en état de rigidité continue, avec des rémissions. On note communément, surtout après hémi-décérébration, des rigidités de flexion, rares dans les préparations aiguës. L'asymétrie de la contracture se révèle si l'animal est mis sur le côté, les deux membres inférieurs sont plus enraidis que les supérieurs. Les réflexes pseudoaffectifs de Woodworth et Sherrington sont plus nets chez les décérébrés chroniques : mouvements de la queue après excitation, mouvements de mastication, essais de vocalisation. Il y a aussi quelques mouvements spontanés (essais de marche), parfois des réflexes acoustiques, du nystagmus, de la glycosurie. Sherrington a montré que les shortening et lenghtening reactions de l'animal médullaire se retrouvent chez le décérébré. Il admet que la section des racines postérieures supprime la rigidité de la patte correspondante. Cette hypotonie ne se manifeste plus, si l'on sectionne les racines postérieures plusieurs semaines avant de pratiquer la décérébration (*Magnus et Liljestrand*). Ces auteurs ont vu, au contraire, la raideur des pattes postérieures s'exagérer. Nous reviendrons sur cette question des racines, où les faits se sont montrés contradictoires.

Il existe une grande variabilité dans les préparations décérébrées : les unes sont très rigides, d'autres très peu. *Beritoff* a signalé que la rigidité d'extension se transforme parfois, plusieurs heures après la décérébration, en une rigidité de flexion.

Jonckoff, à la suite d'injection de picrotoxine, a vu la rigidité d'extension se muer en une rigidité de flexion.

c) *Animal privé de son système vestibulaire.* — *Flourens, Goltz, Ewald* ont noté, chez le pigeon délabyrinthé, une perte de l'équilibration. Les labyrinthes font partie d'un système sensoriel. Doit-on les considérer avec Ewald comme des organes équilibrateurs ? Leur excitation rotatoire, calorique, galvanique produit de la déséquilibration (Rademaker). Leur suppression amène aussi, au moins dans les premiers jours, un déséquilibre qui semble résulter de troubles passagers postopératoires. Après labyrinthectomie, on observe :

1° Des *réactions labyrinthiques proprement dites* : a) les *réactions provoquées par des mouvements* verticaux rectilignes, protectrices de la tête, font défaut. Dans la chute ventrale, dans la chute longitudinale, les réactions toniques de soutien des extrémités, manifestations d'adaptation, dues aux otolithes utriculaires, peut-être aux changements de pression de l'endolymphe des canaux semi-circulaires, n'apparaissent pas ou sont irrégulières.

b) Les *réflexes de redressement labyrinthique*, dus à la pression des otolithes utriculaires, permettent à la tête de garder sa position normale dans les différents mouvements qu'on peut imprimer à un animal tenu en l'air. Après labyrinthectomie, la tête obéit à la pesanteur, et va au hasard. Par contre, l'animal mis au sol redresse la tête, par intervention d'excitations extéroceptives (Breuer). A ces réactions défaillantes se surajoutent :

2° Des *troubles moteurs irritatifs* des yeux et de la tête, dans les labyrinthectomies unilatérales.

3° Des *troubles des réactions de voisinage*, qui n'ont rien de spécifiquement labyrinthique : asymétrie du tonus de soutien, n'existant que sur l'animal en station au sol. Ces trois ordres de phénomènes sont groupés sous le nom d'*ataxie labyrinthique*.

L'étude des troubles labyrinthiques expérimentaux est d'autant plus difficile qu'ils sont transitoires. Après *labyrinthectomie unilatérale*, les membres sont déviés vers le côté intact, avec prédominance des adducteurs du côté de l'intervention, des abducteurs pour les muscles du côté sain ; le tronc incline vers le côté opéré ; il en résulte un déséquilibre qui fait tomber le corps du côté délabyrinthé. Si l'on a pratiqué une labyrinthectomie périphérique, la station debout et la marche sont possibles, avec déviation du côté malade. Si la labyrinthectomie est centrale (section du nerf vestibulaire, suivie de destruction des noyaux), toute station et toute marche sont impossibles.

Après *labyrinthectomie bilatérale*, on constate : 1° des troubles labyrinthiques proprement dits, consistant en abolition des réactions : l'animal ne se redresse pas dans la chute s'il a les yeux fermés, ne s'équilibre pas dans l'eau et se noie, ne se rétablit pas dans l'air, si c'est un oiseau, et ne peut voler ; 2° des troubles par modifications symétriques de l'innervation musculaire. Ces phénomènes s'atténuent au bout de quelques semaines. L'animal marche, court, sans anomalies apparentes, au premier abord. Les labyrinthectomie et décérébellation combinées totales rendent impossible la station debout et la marche. Cette incapacité ne résulte pas de la diminution du tonus musculaire, en particulier du tonus de soutien qui est conservé. Elle est due aux grandes oscillations hypermétriques de la tête, qui se communiquent au tronc, et empêchent tout équilibre.

c[1]) *Section du nerf auditif.* — La section bilatérale abolit les réactions d'un chien placé, yeux fermés, sur un plan mobile autour d'un axe horizontal (*André Thomas*).

c[2]) *Section unilatérale du nerf vestibulaire.* — Chez le chat normal, on n'observe rien au début ou une légère hypotonie du côté opéré ; quelques semaines après, il existe une hypertonie des membres du côté opéré, parfois de la rigidité en extension, et le réflexe myotatique du quadriceps est accru.

Chez le chat décérébré, on constate de l'hypotonie du côté de la lésion. La section du nerf vestibulaire pratiquée trois semaines avant la décérébration, on remarque une rigidité plus forte du côté de l'opération.

c[3]) *Destruction du noyau vestibulaire.* — Chez le chat normal, il y a hypotonie des extrémités. Chez le chat décé-

rébré, *Fulton, Liddell, Rioch* ont vu disparaître la rigidité du côté de l'intervention, en même temps que l'abolition du stretchreflex. Si la destruction du noyau est faite trois semaines avant décérébration, la raideur est moins accusée du côté opéré, et les réflexes myotatiques sont présents des deux côtés, mais moins forts du côté détruit.

Spiegel et Sommer, qui ont réalisé la destruction bilatérale, ont noté la diminution, non l'abolition de la rigidité.

Ces expériences cadrent dans l'ensemble, avec celles qui étudient les variations de la rigidité suivant le siège de la section du tronc cérébral.

d) *Animal cerveau moyen.* — La section passe en avant du cerveau moyen pour épargner le noyau rouge. Malgré un très léger degré de rigidité, on note une distribution normale du tonus, avec réflexes de redressement posturaux et liftréaction. La régulation thermique fait défaut.

e) *Animal thalamus* (*Magnus*). — Il est réalisé par l'exérèse des hémisphères à ras du thalamus. Magnus a démontré que, chez les mammifères, la suppression des hémisphères cérébraux y compris le corps strié, ne modifie pas le tonus des muscles squelettiques. L'animal est capable de mouvements réflexes : il marche, court, saute. Il a conservé ses réflexes posturaux : il se redresse si on le renverse, et aussitôt, la tête reprend sa position. Périodiquement, toutes les dix minutes, on observe de vigoureux mouvements de marche et de course, paraissant spontanés (Schaltenbrand et Girndt). Rademaker a observé que la Stehbereitschaft des pattes antérieures fait défaut chez l'animal thalamique : elle est en effet un réflexe cérébral conditionnel. Par contre, les réflexes de redressement du tronc (Körperstellreflexe auf den Körper de Magnus), quand le sujet passe de la position latérale en position ventrale, persistent.

f) *Animal-Goltz.* — Goltz (1892) a vu que le chien ou le chat auxquels on a enlevé le cortex cérébral, sont capables de marche en coordination, mais ne peuvent rester sur place et se meuvent continuellement.

g) *Animal décérébellé.* — *Luciani* avait remarqué qu'après extirpation du cervelet, il y a 3 périodes évolutives. Dans la première d'*excitation*, on observe des phénomènes de rigidité : rétraction de la tête, opisthotonos, spasmes extenseurs toniques avec adduction des membres antérieurs, spasmes cloniques récurrents et alternants des membres postérieurs. Ces symptômes rappellent grossièrement la rigidité décérébrée. La motricité est très affaiblie, et les essais de mouvements s'associent à du tremblement. Cette phase dure 8 à 10 jours. Dans la deuxième, dite de *dépression* ou de déficit, on constate une faiblesse de tout le système musculaire, avec la triade de Luciani : asthénie, atonie, abasie. Dans la troisième période, des *phénomènes de compensation* s'établissent : chute lors de la marche, etc.

La majorité des auteurs admet que la décérébellation totale ou partielle provoque des phénomènes hypotoniques. *Rademaker* s'est inscrit en faux contre cette assertion, et a montré que certains animaux présentent de l'hypotonie, d'autres de la contracture.

Les animaux rigides réalisent les mêmes troubles que les décérébrés, avec cette différence qu'ils réagissent aux excitations visuelles par des mouvements des yeux et de la queue. Ils ne peuvent spontanément se dresser debout ; si on met l'animal sur ses pattes, celles-ci sont incapables de porter le corps. On note de la rigidité d'extension, mais qui ne varie pas avec les différentes positions de la tête, et s'atténue progressivement.

Les animaux hypotoniques sont couchés, pattes flasques, en relâchement. Les muscles du cou ne semblent pas capables de porter la tête. L'animal ne peut se tenir debout et s'effondre. L'état s'améliore rapidement : le chien rampe, essaie de se dresser sur ses pattes, et retombe. Si les mouvements sont possibles, ils sont brusques et hypermétriques. La synergie des contractions musculaires ayant disparu, les pattes se portent en extension exagérée, avec courbure dorsale excessive. Quand la marche réapparaît, la progression se fait en tout sens : en avant, en arrière, latéralement, en rond, et l'animal chute facilement. L'amélioration s'arrête cinq à six mois après l'intervention : on est arrivé au stade de troubles durables, où l'on observe les manifestations typiques de l'*ataxie cérébelleuse.* Dans la station debout, il se manifeste une agitation motrice continuelle : la tête est animée d'un tremblement soit vertical, soit latéral, soit rotatoire, le tronc oscille tantôt d'avant en arrière, tantôt latéralement ; les pattes divergent en extension variable, unie à une légère flexion. Elles sont le siège de légers mouvements d'abduction et d'adduction, de mouvements alternatifs de flexion et d'extension des muscles des extrémités. Magnus et ses élèves signalent que les réflexes posturaux persistent intacts, après décérébellation.

Les conclusions de ces expériences, eu égard au tonus, sont assez décevantes. Les uns (Rademaker) font du cervelet l'organe régulateur, à la fois du tonus statique (paléocervelet ou vermis) et du tonus cinétique (néocervelet ou lobes). D'autres soutiennent qu'il règle uniquement la cinétique ; d'autres. enfin, les seuls états statiques.

Après hémidécérébellation, A. Thomas, Rademaker mentionnent de curieux troubles du tonus. Dans le décubitus latéral, l'animal tient ses quatre pattes fléchies, si on le couche sur le côté intact. L'étend-on, au contraire, sur le côté opéré, on voit les pattes homolatérales s'étendre, tandis que restent fléchies les controlatérales.

Les conclusions, encore rudimentaires, qu'on peut tirer de ces suppressions expérimentales, étagées du cortex à la moelle, sont :

1° Le manteau cérébral commande les réflexes toniques conditionnels.

2° Les noyaux gris de la base règlent le tonus de soutien, la Stehbereitschaft, la réaction de l'aimant, etc.

3° Les noyaux du mésencéphale et du bulbe sont les uns modérateurs, les autres excitateurs du tonus. La conservation fonctionnelle du noyau rouge dans ses voies descendantes, maintient la normalité du tonus (Magnus et Rademaker, Rademaker). Sa suppression provoque une rigidité hypertonique, due à la libération des noyaux de Deiters, et qui disparaît dès que la surface de section du tronc cérébral passe au-dessous d'eux. Le système vestibulaire est un appareil sensoriel d'équilibre et d'orientation.

4° Le cervelet est un organe modérateur dans le sens de la régulation et de la synergie motrices.

5° La moelle est moins un centre tonique (au moins pour les muscles squelettiques) qu'un centre phasique ou cinétique.

Nos connaissances physiologiques ne sont pas assez avancées pour préciser le rôle des différentes parties de l'encéphale, en tant que régulateurs du tonus. L'appareil le plus important semble siéger dans le mésocéphale : c'est le système rubro-vestibulo-cérébelleux. Noyau rouge et cervelet jouent un rôle frénateur, le rôle excitateur semblant dévolu aux noyaux de Deiters. Les noyaux sensitifs du bulbe ont un rôle encore mal défini. Les masses grises encéphaliques ou ganglionnaires : thalamus, noyau caudé, corps strié ont des fonctions qui n'ont pu encore être mises au point, malgré les travaux de K. Wilson, de C. et O. Vogt. Syndromes pallidaux et syndromes striés n'ont rien de définitif. Le manteau cortical vient, à son tour, ajouter son mystère et ses réflexes toniques conditionnels volontaires ou automatiques. Le faisceau pyramidal, corticomédullaire, né de la zone prérolandique, s'il ne fait pas entrer tous ces centres en connexion, passe dans leur voisinage. Il apporte en pathologie une note clinique spéciale, semblant s'oppo-

ser au tableau que fournissent les noyaux gris, s'associer quelquefois au syndrome des centres mésocéphaliques (syndrome de Benedict).

Eu égard à l'interpendance des centres, nous en sommes réduits à de vagues hypothèses. Les centres se contrôlent-ils les unes les autres, dans l'ordre d'échelonnement descendant, les plus élevés commandant à ceux qui sont situés plus bas ? La théorie de la libération, c'est-à-dire du fonctionnement autonome et indépendant de tout centre isolé, et complètement séparé par une lésion des centres sus-jacents, doit-elle être généralisée ?

B². *Racines postérieures.* — Chez les animaux normaux ou chez ceux dont une opération a modifié la tonicité, l'action des cordons nerveux intermédiaires aux muscles et au système nerveux central : racines antérieures, racines postérieures, sympathique, a fait l'objet de nombreuses recherches. Pour les racines antérieures, tout le monde est d'accord : leur section fait disparaître le tonus du membre homolatéral, en même temps qu'elle détermine de la paralysie.

Pour les racines postérieures, il est classique (Brondgeest, Sherrington) de considérer que leur section supprime le tonus dans le membre correspondant, qui devient maladroit. Les faits sont moins simples. Déjà *Mott et Sherrington, Kopczynski, Bickel* avaient noté, après section des racines postérieures d'un membre, une suractivité des principaux muscles : adduction et flexion du membre supérieur chez le singe, extension du membre inférieur chez le chat et le chien.

Si la radicotomie postérieure semble faire disparaître l'hypertonie du membre homologue de l'animal décérébré, la même opération pratiquée quelque temps avant la décérébration n'empêche pas le développement de la rigidité. *Ranson*, chez le chat normal, a abouti à des constatations très précises et très intéressantes. Il sectionne, tout près de la moelle, les racines postérieures en rapport avec l'une des pattes arrière. Dans une phase immédiate, qui ne dépasse guère vingt-quatre heures, on observe une atonie du membre ; dans une seconde période, dont la durée est de deux à trois semaines, on note l'hypertonie du membre par hyperexcitation des muscles extenseurs, se traduisant par une résistance sérieuse à la flexion passive. La patte du côté de la section se trouve étendue en adduction, et l'animal ne l'utilise pas. Un peu plus tard, lorsqu'il est capable de marcher, le chat a la plus grande peine à fléchir son membre, qu'il tend à tirer, le dos du pied regardant la terre. On croirait qu'il est paralysé. Le tonus plastique de Sherrington disparaît : le membre ne garde plus la position passive qu'on lui imprime. Ranson conclut très justement, d'accord avec *Brooks, Forbes et Cattell*, que la phase initiale et transitoire d'atonie est uniquement la traduction du shock opératoire. Trendelenburg (1906), Ranson ont montré qu'il est impossible de sectionner les racines postérieures sans léser la moelle. Ces lésions s'observent même dans les cas où, l'intervention étant bien faite, n'a provoqué ni lésions mécaniques, ni lésions infectieuses. Histologiquement, Warrington (1898), Braeunig (1903), Lapinski (1907), Ranson ont noté, après radicotomie, des altérations des cellules de la colonne de Clarke et des cellules du groupe postérolatéral de la corne antérieure. Vraisemblablement, la racine postérieure joue un rôle dans le déterminisme du tonus musculaire, mais ce rôle ne peut être actuellement précisé. « La rigidité d'extension résultant de la section des racines postérieures ne concorde pas avec l'opinion généralement admise que l'intégrité de la r. p. est essentielle au maintien du tonus musculaire. Elle n'est pas non plus en harmonie avec l'interprétation du tonus, soit réflexe proprioceptif, soit provoqué par la conduction antidromique des impulsions toniques dans les r. p. Trzecnski, Frank. » Il ne semble pas, en effet, que le myotatic reflex constaté chez les décérébrés, mais non chez le sujet normal, puisse être considéré comme un des facteurs primordiaux du tonus, après les travaux de Ranson. Aussi bien, l'application pratique des doctrines classiques du rôle hypotonisant de la radicotomie n'a donné à Foerster (1918) que des résultats peu encourageants dans le traitement opératoire des paralysies spastiques. Sur 132 cas, 4 furent déclarés guéris, et il y eut 20 morts.

Ranson admet que l'atonie survient quand les ganglions spinaux sont endommagés, non les racines. *Pollock et Davis* (1930), après section des r. p. chez des parkinsoniens, ont vu que cette intervention exagère la rigidité du membre supérieur, et la transforme en contracture de flexion, à peu près irréductible. Ranson considère du reste que la raideur du membre dont on a fait la radicotomie postérieure est la manifestation d'un réflexe d'extension croisé (cross extension reflex).

B³. *Sympathique.* — On a fait jouer au système de la vie végétative, particulièrement au sympathique, un rôle assez important dans la genèse du tonus.

Séparant arbitrairement le tonus de la contraction musculaire, on a voulu affirmer une dualité fonctionnelle du muscle strié (*Bottazzi, Ioteyko*), répondant à une dualité anatomique et nerveuse. Le myoplasme, innervé par le système cérébrospinal et ses fibres myéliniques, présiderait à la fonction clonique ; le sarcoplasme, qui recevrait son innervation du système sympathique et de ses fibres amyéliniques, réglerait la fonction tonique. Pour défendre cette théorie d'apparence si séduisante, qui s'était, comme dit Bard, « diffusée avec la rapidité de la mode », on a fourni une profusion d'arguments anatomiques, histologiques et physiologiques.

Les muscles dits blancs seraient cloniques, les muscles dits rouges, seraient toniques. On a même, poursuivant l'opposition de la contraction cinétique et du tonus, signalé chez les invertébrés, des muscles à fonction exclusivement clonique et des muscles à action exclusivement tonique. La comparaison intervenant, chez les vertébrés, la myofibrille serait clonique, le sarcoplasme tonique. « Dans tout muscle clonique se cache un muscle tonique, dans tout muscle strié un muscle lisse, l'appareil clonique étant constitué par les myofibrilles striées, l'appareil tonique par le sarcoplasme » (Foix). La dualité anatomique répondrait à une dualité nerveuse histologiquement contrôlable : la myofibrille recevrait des fibres myéliniques, le sarcoplasme des fibres amyéliniques (*Boeke*), et les organes terminaux de ces fibres seraient différents. Ce duo anatomohistologique se poursuivrait sur les terrains physiologique et chimique (de Boer).

Il y a des faits contredisant ces affirmations, acceptées intégralement par R. Hunt, Piéron, partiellement par Foix.

Les muscles rouges et les muscles blancs sont une réalité anatomique ; le myoplasme et le sarcoplasme sont une réalité histologique. Il n'est pas prouvé que le myoplasme ne reçoive que des fibres cérébrospinales et le sarcoplasme que des fibres végétatives. La question des fibres myéliniques et amyéliniques est aujourd'hui jugée. Contrairement à l'opinion de Gaskell (1886), le système nerveux végétatif possède des fibres à myéline. Le réseau sympathique a des fibres myéliniques pré et postganglionnaires ; les fibres parasympathiques sont myéliniques (Langley, Billington et Ranson). Wilkinson (1934), sectionnant les nerfs intercostaux, les nerfs des interosseux et des lombricaux, n'a pas trouvé, après dégénération, de nerfs sympathiques. Les fibres sympathiques ne se rencontrent qu'avec les vaisseaux.

Les sections et résections du sympathique n'ont donné que des résultats variés et sujets à discussion. *De Boer* (1914), chez la grenouille, a vu la simple section des rami communicantes allant du cordon sympathique au plexus sciatique, provoquer l'allongement de la patte du côté opé-

ré ; chez le chat, le même auteur a constaté, après extirpation du sympathique abdominal droit, que le membre postérieur est flasque, moins résistant aux mouvements passifs, et s'allonge, si on soulève l'animal par la peau de la nuque, tandis que la queue, déviée, se recourbe du côté non opéré.

Ces expériences ne furent pas confirmées par tous les physiologistes. *Dusser de Barenne*, réséquant le sympathique abdominal du chat, voit s'installer une hypotonie légère et transitoire qu'il rapporte au shock opératoire, alors que Veguin et Brücke l'attribuent au tiraillement des racines spinales. Foix et Bergeret observent, après résection du sympathique, une diminution légère du tonus. Yoskuno, chez Starling, *Cobb, Saleck et Weilbrecht* signalent des résultats contraires à ceux de Boer. *Kanavel, Pollock et Davis, Forbes* et ses élèves chez le chat, *Newton* chez le lapin, *Hinseym, Ranson, Coman*, etc. n'ont pu observer de modifications du tonus.

Van Rijnckberg, dans un premier temps, extirpe le sympathique lombaire d'un côté, et dans un deuxième temps, provoque la décérébration : il n'a pas constaté de différence dans le tonus des deux membres postérieurs. Le même auteur conteste les expériences de *Ken Kuré, Hiramatsu* et *Naïto* (1914) qui, opérant sur des animaux à sang chaud, voient l'extirpation du sympathique thoracique suivie de l'hypotonie du diaphragme.

Mendelsohn et Quinquaud, tant chez les animaux à sang froid qu'à sang chaud, relatent que « la résection du sympathique ne modifie pas le tonus des muscles du membre postérieur ». Inversement, disent les mêmes auteurs, si les expériences de de Boer sont exactes, l'excitation du sympathique abdominal ou des rami communicantes devrait l'augmenter : ni Van Rijnckberg, ni Mendelsohn et Quinquaud n'ont rien noté de semblable.

Wastl, chez les mammifères, n'a observé que la vasoconstriction. Par contre, *Orbeli* et ses élèves soutiennent que l'excitation influence l'activité du muscle squelettique, favorise la rapidité de développement de la tension des fibres, augmente la force de l'amplitude de la contraction. Sur le muscle fatigué, on verrait s'accroître le taux de conduction de la réponse électrique. Ce serait une action analogue à celle de l'adrénaline.

Des auteurs aux conceptions plus modestes, tels *Langelaan, Hunter, Royle*, ont limité l'influence sympathique au tonus plastique, le tonus contractile en étant indépendant. La sympathicotomie ne ferait disparaître, dit Hunter, qu'une des composantes du tonus, la plastique, mais laisse persister la composante contractile, qui procède des nerfs cérébrospinaux.

Les expériences de Hunter et Royle sont contestées. Chez l'homme, de même que les sections de racines postérieures (Foerster), se sont montrées impuissantes, les résections du sympathique ne semblent pas avoir fourni d'excellents résultats. Royle (1924), dans 75 cas opérés, signale une diminution du tonus plastique, mais qui ne semble pas avoir été durable. Kanavel, Pollock et Davis ont sympathectomisé 12 sujets atteints de paralysie spastique, sans effets bien notoires. De même Crothers. En France, l'opération de Royle a été pratiquée par Leriche et ses élèves.

Les excitations tonigènes. — Dans un travail sur le tonus, il est impossible de passer sous silence le *réflexe myotatique*, sur lequel Sherrington et son école ont basé la réaction tonique (tonus in its making). Dès 1898, Sherrington constate, dans la préparation décérébrée, l'influence de l'étirement passif d'un muscle sur son degré de tonus. En 1924, Liddell et Sherrington décrivent le stretchreflex, contraction active d'un muscle ou d'une portion de muscle soumis à l'étirement passif. Ils sectionnent les nerfs et désinsèrent les muscles des deux membres postérieurs, à l'exception du nerf crural d'un côté et du muscle quadriceps qu'il innerve. Le muscle ainsi isolé, se trouve être le seul muscle sensitivement relié au système nerveux central. Une extension progressive par un poids de 50 à 100 gr. l'étire d'environ 3 mm. en 2 secondes. La tension contractile s'avère déjà plus nette dès que la longueur du muscle se trouve accrue de 1 %. Sa force est proportionnelle à l'étirement. La durée peut être longue, mais la contraction cesse dès qu'on arrête l'élongation du muscle : il n'y a donc pas d'afterdischarge. Cette contraction provoquée est une contraction active. Si on n'étend qu'une partie du muscle, elle reste limitée à la partie étirée, elle n'irradie jamais aux muscles voisins. C'est donc un réflexe éminemment local. Liddell et Sherrington ne l'ont noté que sur les seuls muscles extenseurs ; Asayama l'a retrouvé sur les fléchisseurs. Liddell et Sherrington ont montré que la traction appliquée à un muscle fléchisseur durant une réponse myotatique de l'extenseur antagoniste, inhibe la contraction. La mobilisation active ou passive des fibres musculaires par raccourcissement, c'est-à-dire dans le sens du réflexe myotatique, fait disparaître le réflexe. La position donnée à la tête de l'animal décérébré modifie l'intensité du phénomène. Le stretchreflex est augmenté, si on tourne la tête du côté du membre en expérience ; il est diminué, si on la fait virer du côté intact (Magnus et de Kleyn). Il est difficile d'affirmer qu'il y a influence labyrinthique, puisque la destruction des deux labyrinthes n'annihile pas le réflexe. Il disparaît par section des racines postérieures.

L'origine du myotatique est, pour Sherrington, le muscle lui-même. Il ne saurait, pour l'auteur, provenir de la peau, puisque, dans l'expérience, les téguments du pied et de la jambe sont rendus insensibles. Il n'a pas davantage une origine tendineuse, puisque l'insensibilisation du tendon à la novocaïne n'inhibe pas la réaction. Le stretchreflex naît de la fibre musculaire elle-même, ou mieux du fuseau neuro musculaire, après une latence qui n'est que de 20 σ. C'est un *réflexe proprioceptif*, par opposition aux réflexes extérieurs au muscle ou extéroceptifs. Liddell et Sherrington admettent que le poids du tronc étire les muscles extenseurs de l'animal dressé sur ses pattes, ce qui produit des réflexes myotatiques opposés à la flexion des articulations et rendant la station possible. Rademaker objecte que l'animal décérébré mis sur ses pattes ne présente souvent pas de tonus d'extension. De plus, lorsque le sujet est placé en décubitus latéral, le stretchreflex ne peut expliquer la rigidité d'extension, puisque le poids du tronc n'agit plus en faisant intervenir la pesanteur. Si on s'adresse aux bipèdes, le poids du corps influencera à la rigueur le tonus des membres inférieurs, non celui des membres supérieurs. On ne peut donc pas dire que le myotatique résume tout le tonus. Il est net dans la préparation décérébrée, dans la préparation thalamique où non seulement les extenseurs, mais les fléchisseurs présentent la réaction. Chez le sujet normal, l'existence du stretchreflex n'est pas indiscutablement prouvée. Même chez un animal décérébré, où la répartition du tonus s'avère anormale, on ne peut affirmer que le myotaticreflex soit le seul primum movens des réactions toniques. La préparation décérébrée exagère sa raideur après excitation de la peau. Le myotatic s'applique-t-il a fortiori à une activité musculaire normale coordonnée ? Il est, en effet, un réflexe strictement local, se produisant sur un seul muscle, voire sur une partie très limitée de muscle. Comment interviendrait-il dans la contraction, qui est une coordination, une synthèse d'activités polymusculaires ? La production du tonus par réflexe myotatique est beaucoup plus une expérience de physiologie qu'une réalité.

Il existe d'autres réflexes tonigènes dont l'origine principale est sensorielle. Parmi les organes des sens, la peau, la vue, l'ouïe cochléaire et vestibulaire, plus rarement l'odorat et le goût, sont le point de départ d'excitations. Une autre source non seulement de réflexion des excitations, mais aus-

si de création, est représentée par le cerveau avec son cortex et ses ganglions gris centraux. Liddell et Sherrington admettent comme excitations extéroceptives celles nées du labyrinthe, mais se refusent à conférer le même rôle à *la peau*. Avant eux, *Mommsen* (1885) indiquait que l'expérience de Brondgeest reste positive, même après ablation de la peau de tout le membre postérieur. *Sherrington* avait noté que la rigidité décérébrée d'un membre demeure invariable, si on sectionne tous les nerfs cutanés de ce membre. *Eckard* croit à l'origine cutanée du tonus. *Magnus* reconnaît l'influence des nerfs de la peau dans le jeu du tonus de soutien (Stütztonus). *Ozorio d'Almeida et Piéron* ont pratiqué chez la grenouille d'abord, puis chez le mammifère, des expériences paraissant assez démonstratives. Sur la grenouille, l'extirpation totale de la peau amène un état d'inertie complète, avec projection de la tête en avant, enophtalmie, flaccidité et hypotonie des membres. L'animal garde inchangée toute position qu'on lui donne. La mort survient en quelques heures. Il suffit de conserver la peau de la face et des mains pour éviter ces éventualités. Chez le lapin à moelle sectionnée, l'ablation de la peau du membre postérieur a été suivie d'hypotonie passagère, mais à laquelle fait suite une hypertonie tardive. Sur un chien médullaire (1 expérience), on observa une hypertonie tardive. Il semble difficile de nier l'intervention de la peau dans le comportement du tonus. *Wertheimer* (1924) chez la grenouille, insiste spécialement sur le rôle de la peau des extrémités, très adhérente, qui constitue une zone réflexogène du tonus postural : son ablation provoque adynamie, atonie et aréflexie. La conservation d'une toute petite surface cutanée suffit à éviter cet état de dépression rapide. Les influx cutanés centripètes supprimés n'activent plus les centres qui perdent tout pouvoir réactionnel, puisqu'il n'y a plus addition latente. De ces expériences, il résulte que les nerfs sensitifs cutanés interviennent dans la genèse et dans le maintien du tonus.

Une preuve supplémentaire est fournie par la réaction magnétique ou de l'aimant (Magnetreaction) qui par simple attouchement de la peau des pattes provoque l'extension brusque du membre. Il n'apparaît pas que cette manœuvre mette en jeu le stretchreflex, mais au contraire, les nerfs sensitifs des téguments. La section des racines postérieures fait disparaître le phénomène.

Les autres organes des sens fournissent aussi des excitations tonigènes. La preuve n'est plus à faire pour *la vue*, qui joue, même après certaines suppressions d'organes (labyrinthectomie), ou dans des cas pathologiques un rôle de suppléance. *L'ouïe* intervient : 1° par sa partie cochléaire, lorsque par exemple un bruit violent, inattendu, détermine un sursaut avec brusque contraction des muscles squelettiques ; 2° par sa partie vestibulaire, où se manifestent les réflexes de redressement labyrinthiques sur la position de la tête, les réflexes conditionnant le tonus des extrémités, et ceux réglant la situation des globes oculaires.

Il existe des *excitations tonigènes d'origine viscérale*, souvent superposées à un foyer inflammatoire.

Les *excitations d'origine cérébrale* créent des réflexes toniques conditionnels, réglés soit par la volonté (réflexes volitionnels), soit par l'habitude (réflexes automatiques). Parmi eux se montre la Stehbereitschaft de Rademaker, qui disparaît sur l'animal décérébré et sur la préparation spinale.

Méthodes physicochimiques

Les méthodes de chirurgie expérimentale appliquées au système nerveux ne fournissent que des résultats variables, souvent contradictoires, et d'interprétation difficile. Les phénomènes de shock et d'infection viennent modifier l'aspect de certaines manifestations, ou en masquer d'autres. Les symptômes de déficience ne sont pas toujours strictement locaux, mais dus à des lésions de voisinage, ou à distance. C'est pourquoi, en matière de tonus, l'acte opératoire a donné aux techniciens les plus habiles et les plus consciencieux tant de résultats contradictoires. L'expérimentation est impossible chez l'homme, où les données qu'on peut avoir du tonus normal ou pathologique proviennent de trois sources : de l'observation clinique, d'interventions chirurgicales thérapeutiques sur les racines postérieures ou le sympathique, enfin de médicaments susceptibles de modifier en sens divers l'état tonique des muscles, de dissocier l'action nerveuse et musculaire, et, dans celle-ci, les fonctions toniques et cloniques.

L'observation clinique a fourni une copieuse documentation, de valeur inégale.

Les interventions thérapeutiques se sont montrées insuffisantes, par leurs résultats incertains, à préciser le rôle des racines postérieures ou du sympathique.

Les agents médicamenteux utilisés méthodiquement, et, bien entendu, inoffensifs, si on veut les appliquer à l'homme, n'ont pas encore fourni toutes les précisions qu'on est en droit d'attendre, faute de travaux assez nombreux.

La pharmacodynamie nous offre des produits chimiques à électivité portant sur tel ou tel organe, sur telle ou telle partie d'un système anatomique. Cette méthode est à la fois applicable aux animaux et à l'homme. Tous les médicaments ont un tropisme : les uns agissent d'une manière diffuse, d'autres ont une action sélective, on pourrait dire spécifique, sur un des systèmes de l'économie. Ceux qui influencent le système nerveux de la vie végétative nous permettent de vérifier l'action réciproque du sympathique et du pneumogastrique sur le tonus.

Les phénomènes biologiques étant trop complexes pour être analysés directement par nos sens, nous ne pouvons noter que leurs aspects les plus grossiers. Pour pénétrer dans leur intimité, il est nécessaire de faire appel à des méthodes indirectes qui suppléent à notre insuffisance sensorielle. La méthode graphique est intervenue avec ses transmetteurs et enregistreurs, de plus en plus perfectionnés. Les appareils non électriques (Ludwig, Marey) qui ont rendu en leur temps des services, comportent par leur faible fréquence propre et leur inertie des causes d'erreur, soit qu'ils enregistrent incomplètement, soit qu'ils déforment le phénomène. Les appareils électriques réalisent le maximum d'efficacité, surtout ceux dont la fréquence propre est nettement supérieure à celle du phénomène à étudier et l'inertie pratiquement nulle. Nous laisserons de côté le myographe électrique, qui a fourni des données précieuses dans l'expérimentation animale, mais ne saurait être utilisé chez l'homme.

On a employé successivement le galvanomètre à corde, puis l'oscillographe. Nous-mêmes avons utilisé le piézographe. Les deux premiers enregistrent des courants d'action, le dernier inscrit des forces.

Le galvanomètre à corde d'Einthowen se compose essentiellement d'une corde de quartz fixée entre deux grands électro-aimants, et qui se trouve en liaison, au moyen de deux électrodes impolarisables, avec deux régions d'un même muscle. Le muscle étant au repos, le potentiel est nul. Le muscle se contractant, un courant d'action se manifeste, qui traverse la corde et la dévie. Ce déplacement est reproduit par un procédé photographique.

L'appareil est passible d'un double reproche, l'un tenant à l'instrument, l'autre à la technique. En premier lieu, la fréquence propre est relativement basse et peut à peine dépasser 200 par seconde : donc, tout courant d'action d'une fréquence propre supérieure à ces chiffres passera inaperçue. De plus, l'inertie de la corde peut modifier les résultats. A cette cause d'erreur instrumentale, il faut ajouter des erreurs fatales de technique. Si l'on opère la détermination par piqûre des muscles, 1° l'introduction d'une aiguille provoque nécessairement des perturbations qui modi-

fient le phénomène physiologique ; 2° la corde enregistre des variations de capacité que l'on pourrait prendre pour des contractions. Si l'on se contente d'appliquer les électrodes sur la peau, on n'a guère que des variations de capacité.

L'*oscillographe cathodique* est un appareil bien supérieur. Il tire son principe du développement de la valve triode. Aucun organe mécanique n'intervenant, l'inertie est pratiquement nulle. Ce n'est plus une corde qui se dévie, mais un rayon cathodique engendré par la valve. Malheureusement ses applications sont rendues difficiles par la production de courants parasites qui viennent fausser les résultats et contre lesquels il est difficile de se protéger. En outre, intervient aussi l'erreur due à l'emploi d'aiguilles.

Le muscle normal au repos et intact, n'est le siège d'aucun phénomène électrique (*Hermann* 1868-1871). Ayant toutes ses parties dans le même état électrique, il est isoélectrique : deux électrodes impolarisables, placées à ses extrémités, et reliées à un galvanomètre sensible ne donnent aucun courant. Le muscle intact excité, acquiert au point d'excitation une tension négative qui se propage à la manière d'une onde, en même temps que l'excitation : c'est *le courant d'action* (Hermann).

Par suite de divergences constatées dans la présence ou l'absence de courants d'action, dans leur variation d'intensité, suivant qu'il s'agit de contractions cinétiques ou toniques, un certain nombre de chercheurs avaient cru faire la preuve de la dualité du mécanisme musculaire. Il s'agit surtout de constatations relevées par l'emploi du galvanomètre à corde. Piper opposait la contraction volontaire, engendrant un courant oscillatoire de 50 par seconde, à la contraction tonique du muscle lisse, non génératrice d'oscillations, mais uniquement d'un déplacement lent de la corde. Ce dernier phénomène lui paraissait être soit une erreur de technique, soit un courant d'action spécial. Foix et Thévenard constatent des courants d'action accentués dans la contraction volontaire cinétique, et des oscillations peu accusées dans la contraction statique ou posturale. Ils différenciaient ces deux modalités d'activité musculaire. Lewy, de même que Golla et Hetwer aboutissaient aux mêmes conclusions. Wertheim-Salomonsen signalait avec le galvanomètre à corde, trois formes d'excitation électriques différentes, pour les réflexes tendineux, pour les mouvements volontaires, pour les spasmes musculaires. Cette dernière variété « ne semble pas provoquer de modifications de l'état électrique du muscle ». Dans les paraplégies spastiques, il observait que les secousses cloniques développaient des courants d'action, alors que les mêmes muscles, à un haut degré de spasticité, ne fournissaient aucune réponse électrique. Ces assertions étaient contredites par Hansen, Hoffmann et Weiszücker.

En réalité, toutes ces variations électriques résultent d'un trouble de conduction de l'appareil. Dans la rigidité décérébrée, Dusser de Barenne, Buytendick ont vu des variations électriques très marquées. On ne peut donc fonder la théorie de la double contractilité musculaire sur le galvanomètre à corde. Il n'est pas possible non plus, comme l'a montré Adrian, de le baser sur l'électromyogramme.

Ryjlant a adapté l'oscillographe chez l'homme, à l'enregistrement des courants d'action cardiaque et des variations électriques du tonus. Il se sert soit d'aiguilles d'acier enfoncées dans les muscles, soit d'électrodes de métal enveloppées d'ouate. Sur le muscle au repos, il a noté une activité électrique se traduisant par « une succession régulière d'ondes à la fréquence de 10 par seconde » : c'est un tonus, réaction d'un nombre très limité de fibres musculaires. Sur le muscle passivement allongé ou raccourci, on voit une augmentation ou une diminution de la fréquence des ondes de chaque fibre et du nombre des fibres actives. « Un fort raccourcissement du muscle peut entraîner la disparition de toute activité électrique. » Sur le muscle en contraction volontaire, on observe « des caractéristiques électriques identiques à celles de l'activité tonique ».

Le piézographe est basé sur les propriétés de certains cristaux de quartz qui, soumis à une pression orientée suivant certains des axes du système, engendrent des variations de potentiel instantanées, et rigoureusement proportionnelles à l'effort. L'application au muscle n'enregistre pas de courant d'action, mais des variations de force mécanique, mises en jeu par le muscle, lorsqu'il entre en activité.

L'appareil se compose essentiellement de trois parties :

1° Une lame de quartz piézoélectrique, incorporée à un patin rigide, sur lequel s'opère la pression ;

2° Un amplificateur à lampe ;

3° Un enregistreur, sur lequel se trouvent reproduits les déplacements d'un spot lumineux, engendrés par les déviations d'un oscillographe électromagnétique genre Dubois.

Toute pression sur le patin-quartz provoque aux deux faces de la lame des variations de force électromotrice, proportionnelles à l'effort produit. L'amplification de ces phénomènes se trouve enregistrée photographiquement à une amplitude convenable et réglable à volonté.

Les avantages de ce système sont : *a*) une fréquence propre extrêmement élevée (3.000 dans le dispositif dont nous nous sommes servis, mais qui peut être de beaucoup supérieure) ; *b*) l'absence de toute inertie ; *c*) l'intégrité des phénomènes à étudier, que ne trouble pas une technique défectueuse (aiguilles intramusculaires).

Si on prend un tracé piézographique au niveau d'un muscle en relâchement complet (1), le tracé est une ligne droite, horizontale, sans accidents. Fait-on contracter le muscle, le mouvement se trouve enregistré sous forme d'une courbe ascendante, puis descendante, montrant çà et là sur son parcours de petits soulèvements. Si l'on maintient le muscle en contraction, seules ces ondulations, petites, irrégulières, au nombre de 8 à 12 par seconde, accidentent le tracé devenu horizontal. Ces petites sinuosités qu'on observe uniquement pendant la contraction musculaire et durant son maintien, représentent le tonus.

Les ondulations du tonus sont déjà l'ébauche du tremblement et reproduisent ce qui constituera le fond, l'essence du phénomène, lorsqu'il s'extériorisera d'une manière visible. On peut par conséquent, dire que le tremblement existe en miniature chez tous les individus en état de contraction musculaire active ou fixée.

La production d'un tremblement artificiel illustre à merveille ces constatations. Il est facile de le provoquer par injection de 1 cent. cube d'une solution d'adrénaline au millième. Une trémulation se manifeste. Son enregistrement indique, sur la courbe, une modification des oscillations du tonus : elles sont plus accusées, plus amples, plus hautes, parfois plus nombreuses Les sinuosités toniques peuvent être très aisément atténuées par l'injection d'hexaméthylènetétramine : elles diminuent alors de nombre (10 à la seconde) et de hauteur, en s'aplatissant. L'utilisation de cette propriété inhibitrice nous a donné d'heureux résultats dans le traitement des tremblements.

La choline a une action semblable à celle de l'hexaméthylènetétramine, encore que moins énergique.

Ces expériences indiquent que l'adrénaline exalte le tonus, que l'hexaméthylènetétramine et la choline le diminuent et l'inhibent. On sait que l'adrénaline est un excitant du système sympathique, lequel est au contraire déprimé par hexaméthylènetétramine et choline. On peut, sans commettre d'erreur, dire que l'excitation du sympathique ren-

(1) Il faut que le sujet soit dans le relâchement le plus complet et que la pression passive soit légère pour ne pas enregistrer de réaction musculaire.

force, et inversement que son inhibition diminue le tonus. Le système autonome joue donc un rôle, sinon dans la production, du moins dans le potentiel du phénomène.

La contraction musculaire provoquée par un faible courant faradique est trop rapide pour que le tracé dénote les oscillations du tonus. Sa durée ne paraît pas dépasser 1/20 de seconde. La contraction est représentée par une ligne oblique presque verticale ; la décontraction plus lente procède par degrés.

La contraction musculaire passive lente indique sur la courbe les déformations du tonus, mais faibles, peu accusées, et nombreuses.

L'étude des courbes piézographiques montre donc qu'il n'existe pas d'activité motrice du muscle en dehors de la contraction ; elle prouve aussi que le tonus est indissolublement lié à la contraction musculaire : il apparaît pendant qu'elle se produit et persiste tant qu'elle se maintient. Il débute et finit avec elle, mais est caractérisé par un tracé distinct.

C'est qu'il y a deux phénomènes superposés dans la contraction : un premier qui détermine le mouvement ; un second qui soutient son exécution et la maintient en adaptant les fibres musculaires à une longueur donnée, toujours en variation.

La contraction ne consiste pas uniquement en une rétraction ou un étirement, comme si le muscle n'était qu'un organe inerte. A chaque instant de sa performance cinétique ou statique, se produit une adaptation continuelle des fibres aux longueurs nécessaires pour la production du mouvement ou le maintien de la position. Ces activités se traduisent par les petites ondulations irrégulières qui sèment le tracé piézographique, pendant et durant les contractions. Elles représentent les états de tension alternatifs des fibres musculaires. Le tonus est, en résumé, le changement continu de la tension musculaire, aussi bien pendant le mouvement (cinésie, clonie) que durant le maintien des attitudes (tonie). Morphologiquement il apparaît cinétique et statique, mais il est un dans son essence. Il est aussi le tremblement embryonnaire, qui existe inaperçu et latent chez tous les sujets, mais qui s'extériorise à nos sens dans les cas pathologiques, simple exagération d'un phénomène normal. Que le tonus, comme la contraction musculaire à laquelle il est soudé, dépende en tout premier lieu du système nerveux de la vie de relation, la preuve n'est plus à administrer. Il suffit de sectionner le nerf moteur d'un muscle, pour lui faire perdre tout mouvement et tout tonus. A cette influence, s'ajoute l'action du système nerveux végétatif prouvée par les réactions médicamenteuses antagonistes, de l'adrénaline qui s'opposent à celle de l'hexaméthylènetétramine ou de la choline, antisympathiques. Il est, par suite, permis d'inférer que le tonus du muscle squelettique, créé par le système nerveux de la vie de relation, se trouve réglé par le système nerveux végétatif, le sympathique tendant à l'exciter, le parasympathique à le modérer.

II. *Les fondements cliniques du tonus.* — Les physiologistes ont étudié le tonus surtout du point de vue statique. Les cliniciens le recherchent à la fois dans le relâchement, et dans la contraction cinétique et statique.

Le concept médical du tonus s'applique à cette sensation de consistance élastique, de plasticité fournie par le muscle normal et en repos apparent, lorsqu'on le palpe au travers de la peau. Il est évident que, dans cette épreuve, la sensation provient tout ensemble, un peu du tégument et du tissu cellulaire, beaucoup du muscle lui-même. C'est la somme de ces perceptions recueillies par les doigts de la main appréciant la résistance des tissus, qui permet de qualifier le tonus : normal, diminué ou exagéré.

La perception élastique est nettement amoindrie dans certains états morbides neuromusculaires et dans les maladies que les anciens appelaient totius substantiae. Ainsi se trouve réalisée l'hypotonie ou atonie (1), ces deux termes étant employés indifféremment par les auteurs (Dejerine). L'hypotonie est indépendante de la posture, et le palper doit se faire dans le relâchement musculaire aussi complet que possible. On peut cependant l'apprécier aussi à la vue, surtout dans la sphère d'innervation du sciatique, par exemple. L'examen comparatif de la face postérieure des deux cuisses montre la région aux muscles hypotoniques, plus aplatie, plus étalée que son homologue.

L'hypotonie se recherche aussi dans les mouvements passifs d'un membre avec son congénère. On arrive à produire facilement chez certains malades — tabétiques ou Friedreich — les attitudes les plus paradoxales : grand écart, élévation verticale des membres inférieurs en avant du segment supérieur du corps.

Dans les hémiplégies organiques, Babinski a signalé une hypotonie qu'on peut appeler segmentaire : elle réalise l'hyperflexion de l'avant-bras sur le bras. Elle est à rapprocher de l'hypotonie du côté où prédomine la chorée (A. Thomas) de l'hypotonie des cérébelleux, plus nette aux membres inférieurs (Dejerine). Il est incontestable que, dans ces mouvements passifs, destinés à mettre en évidence le manque de tonicité musculaire, la laxité ligamenteuse vient ajouter ses effets propres.

On a donné comme signe d'hypotonie musculaire la manœuvre de G. Holmes-Stewart, dite du fléau, qui serait pathognomonique d'une lésion cérébelleuse. Il est difficile de dire si le segment de membre qu'on agite passivement autour d'une articulation, a ses systèmes musculaires en hypotonie. André Thomas préfère appeler *passivité* la diminution de la résistance aux mouvements passifs de flexion. Il pense que l'état de flexion exagérée est fonction de la diminution de résistance des antagonistes, ou hyposthénie.

Inversement, la consistance musculaire peut s'exagérer, et donner l'impression d'une contraction permanente, qui n'est plus soumise à la volonté. C'est l'*hypertonie*, plus communément appelée *contracture*, encore que certains distinguent les deux termes. On s'est demandé, en effet, si contracture et hypertonie sont toujours associées. Babinski signale chez certains hémiplégiques contracturés, l'hypotonie qui résulterait du relâchement musculaire de l'avant-bras, puisque les mouvements passifs de flexion se montrent plus amples que du côté sain. On pourrait également se demander, si, chez les malades du système pyramidal, les groupes musculaires contracturés sont des muscles en état de contraction. Ces discussions semblent un peu byzantines, si l'on admet que tonus et contraction sont étroitement unis, qu'ils n'existent pas l'un sans l'autre, qu'ils varient parallèlement, en proportion directe. Si le contracturé est en état de contraction musculaire, il est hypertonique ; si au contraire la contracture n'a rien à voir avec la contraction, on ne peut l'identifier avec l'hypertonie. Primitive ou succédant à une paralysie flasque, la contracture semble ne devoir exister que s'il persiste un potentiel, si atténué soit-il, de motricité volontaire.

La raideur de contracture réalise un renforcement de la tension élastique du muscle. Dans des cas où elle a une origine locale, elle revêt une apparence ligneuse, qui ne rappelle plus en rien la sensation du muscle au palper. La contracture que nous décrivons n'a rien à voir avec la prolongation de la phase tonique de la contraction des syndromes myotoniques.

Le passage de la contracture à la chronicité amène des amyotrophies dans les muscles atteints, d'où, quelquefois, rétractions tendineuses fixant membres et segments de membres dans certaines positions.

(1) En réalité, l'expression d'*atonie* ne devrait s'appliquer qu'aux muscles en état de paralysie flasque.

Il s'agit, en somme, d'un état de contraction tonique d'un ou plusieurs systèmes musculaires, mais anormale, parce qu'elle est à la fois involontaire, durable et persistante. Les deux aspects du tonus se trouvent modifiés en sens inverse : le tonus statique est toujours exagéré, le tonus cinétique spontané ou volitionnel, plus ou moins diminué, quelquefois annihilé. L'hypertonie est un phénomène de position, qu'elle soit ou non d'origine pyramidale. Le facteur tonique de la contraction soutenue prédomine et entrave plus ou moins les mouvements.

La présence des réactions de posture au cours de certaines contractures constitue une ébauche du tonus plastique de Sherrington, en particulier de shortening reaction, et les apparente aux hypertonies expérimentales. Les hypertonies pathologiques varient spontanément, s'atténuent si elles ne disparaissent dans les états d'inconscience (sommeil, narcose profonde) ; elles s'exagèrent, quand la volonté intervient pour exécuter un mouvement qui, dans les cas extrêmes, peut même n'être pas ébauché ; elles s'accroissent également du fait des excitations et des émotions, qui mettent en action non seulement le tonus statique, mais le cinétique (réflexes de défense). Le cadre de ce travail ne permet pas d'étudier les hypertonies dans toutes leurs modalités. Il suffit de dire qu'il en existe classiquement deux grandes variétés pyramidales et extrapyramidales, qui s'opposent par un certain nombre de caractères.

Si leur début est ordinairement graduel, leur évolution est progressive, encore que beaucoup plus lente dans les formes extrapyramidales. Elles diffèrent par leur répartition. *La contracture pyramidale* est tantôt longitudinale à distribution nettement hémiplégique, et elle a alors une origine encéphalique, tantôt transversale, à forme de paraplégie, traduisant en général une lésion médullaire. Chez les pyramidaux, le membre supérieur se présente souvent, le bras en adduction et rotation interne, l'avant-bras en flexion moyenne, la main avec les 2e et 3e phalanges fléchies plus ou moins intensément ; le membre inférieur, moindrement touché, a ses segments en extension, le pied généralement en varus équin. Les extrémités sont plus atteintes que la racine du membre, où cependant les muscles abducteurs sont frappés.

La contracture extrapyramidale, tout en prédominant d'un côté, est habituellement bilatérale. C'est une hypertonie des systèmes fléchisseurs. Les membres supérieurs apparaissent l'épaule relevée, bras en adduction, avant-bras fléchis, rapprochés du corps, mains en demi-pronation, avec les doigts étendus, le pouce allongé ; les mains sont désaxées latéralement, et ne se trouvent plus dans le prolongement de l'avant-bras.

L'*intensité* de l'hypertonie varie. La pyramidale est indépendante de la position ; l'extrapyramidale réagit à la posture : elle est exaltée par la station debout, forte si le sujet est assis, très diminuée dans la position couchée (Froment). Les efforts accroissent l'hypertonie pyramidale, tandis que la déviation des yeux augmente l'extrapyramidale. Les mêmes *agents thérapeutiques* les influencent différemment : la contracture pyramidale s'amplifie par l'hyoscine et la strychnine qui diminuent la contracture extrapyramidale. Les pyramidaux présentent un *tremblement* si léger, qu'il est nécessaire de le mettre en évidence ; le tremblement intense des extrapyramidaux fait, pour ainsi dire, corps avec leur hypertonie, dont il est l'inséparable compagnon.

Le contracturé pyramidal a des *mouvements actifs* extrêmement limités, rudimentaires, et se trouve incapable de mener à bien les activités motrices plus compliquées, l'extrapyramidal a conservé la majorité de ses mouvements spontanés, ralentis, il est vrai, mais lui permettant un changement complet de position. Le pyramidal résiste fortement aux *mouvements passifs :* accrue au début, sa contracture finit par céder momentanément, si l'on répète les manœuvres, pour revenir bientôt à son état antérieur. L'extrapyramidal présente une résistance plus faible, plus variable aux mouvements passifs : elle est saccadée, à crans,

comme une roue dentée (Negro) ; le muscle conserve le degré de distension passivement imprimé. La rigidité d'ensemble diminue lorsqu'elle est épaulée et rencontre un point d'appui (Froment). L'hypertonie pyramidale est associée assez souvent, au cours de son évolution, à des troubles variés de la sensibilité objective et à des manifestations subjectives douloureuses périarticulaires. L'extrapyramidale ne présente jamais de symptômes objectifs, mais des sensations algiques, subjectives.

Le pyramidal a des *syncinésies* (Vulpian), c'est-à-dire des mouvements associés : certains mouvements du côté sain provoquent une ébauche de réaction motrice du côté malade et inversement. L'hypertonie pyramidale tendinoréflexe, la plus fréquente, s'accompagne toujours de réflexes tendineux exagérés, de signe de Babinski en extension, souvent de clonus ; la cutanéoréflexe a des réflexes de défense intenses, mais des réflexes tendineux incontrôlables, à cause de l'exacerbation de la contracture. Le malade extrapyramidal montre des réflexes tendineux normaux ou vifs, sans signe de Babinski, ni clonus ; par contre, les réflexes toniques posturaux se retrouvent souvent.

L'opposition des deux variétés est flagrante : un clinicien averti ne saurait les confondre. Pour l'école de Bordeaux (Cruchet, Delmas-Marsallet) contracture pyramidale et extrapyramidale peuvent coïncider, sous l'aspect d'un syndrome extrapyramidal : la scopolamine, en masquant l'hypertonie extrapyramidale, permet de rechercher avec succès les manifestations propres au faisceau pyramidal.

Il existe, en pathologie humaine, des syndromes hypertoniques rappelant la rigidité décérébrée. Les tumeurs mésocéphaliques paraissent reproduire plus ou moins fidèlement le tableau de décérébration (Raymond et Cestan, K. Wilson, Gordon Holmes, Walshe), surtout quand elles siègent dans la région du noyau rouge.

Les perturbations du tonus cinétique sont plus rares. Les cliniciens ont signalé en pathologie des contractions musculaires anormales, les unes appelées *clonies*, brusques, brèves, rapides, explosives ; les autres dites *tonies*, progressives, longues, lentes, soutenues. Toutes sont indépendantes de la volonté. Isolées, elles s'observent surtout à l'état vigil ; associées et se succédant, elles caractérisent les états comitiaux, où la conscience a disparu : il s'agit d'abord de tonies, puis de clonies. Cette succession tonoclonique est le témoin d'une irritation longue et continue au début, brève et intermittente à la fin. L'*athétose* (Hammond) fait quelquefois partie du cortège de la rigidité pyramidale, et se rencontre plus rarement dans le syndrome thalamique.

Composantes des activités motrices. — On considère classiquement que dans l'acte musculaire, il y a trois temps : la contraction, la décontraction, le repos. Dans la contraction elle-même, on distingue une contraction brusque, courte et une contraction lente, prolongée. L'une répondrait à ce qu'on appelle la contraction clonique, l'autre à la contraction tonique. Cette dernière s'observe dans un muscle normalement innervé, ou à peu près dépourvu de son innervation motrice (R. D.). Il paraît préférable de distinguer dans la contraction musculaire, suivant la cause qui la produit, trois éléments qui valent aussi bien en physiologie qu'en clinique :

1° La clonie ; 2° la kinésie ; 3° la tonie.

1° La *clonie* est une contraction provoquée, en général involontaire. Un exemple est la contraction brusque, à la suite de secousses faradiques espacées ou consécutivement à la recherche des réflexes tendineux. Elle peut être aussi pathologique.

2° La *kinésie* est la contraction ordinaire, spontanée, ou à l'occasion des mouvements volontaires.

3° La *tonie* est une contraction prolongée, soutenue, volontaire ou involontaire, qui traduit la continuité de l'activité du muscle, par persistance de l'excitation. Comme la clonie, elle peut être aussi morbide. Le tonus, inapparent dans l'activité clonique, est latent dans l'activité cinétique, et se montre nettement dans l'activité tonique. Il a une finalité incontestable : il régularise, il harmonise le mouvement, il donne une apparence de fixité à la position utile ou choisie par le sujet. Se basant sur les trois modes d'activité visible du muscle : mouvement, posture, repos, Foix décrit un tonus d'action, syncinétique ; un tonus d'attitude ou postural ; un tonus résiduel, manifestation d'élasticité musculaire. Cette dernière variété est superflue. Elle ne peut être que tonus d'attitude, quand le sujet ne se trouve pas en repos musculaire complet. Aussi peut-on réduire le tonus à deux espèces, la statique et la cinétique.

L'activité motrice d'un système musculaire se manifeste suivant deux modes grossièrement différents : cinétique et statique, qui ne sont en réalité qu'une seule et même activité. Si l'on veut bien supposer un mouvement très ralenti, on remarque qu'il est formé d'une succession ininterrompue d'états statiques très brefs.

La volonté, aidée de la conscience et de l'attention, intervient-elle pour produire un déplacement ou le maintenir, l'activité motrice est dite volontaire. Si elle succède à des excitations proprioceptives et extéroceptives, elle est réflexe. Elle peut enfin être automatique : il s'agit alors d'actes musculaires familiers, à l'origine desquels la volonté est en cause. Leur répétition devient une habitude ; et plus tard, la volonté ne commande plus qu'au début de l'acte. Un exemple d'activité motrice automatique est la marche.

L'influx nerveux n'est pas un phénomène de conduction physique permanent et ininterrompu. Sa propagation de proche en proche est favorisée par la production d'un transmetteur chimique, sympathine ou acécholine, qui se forme, soit au niveau d'une synapse (articulation dendritique), soit au niveau d'une plaque terminale musculaire (articulation neuromusculaire) (Dale). Dans ces conditions, le tonus, phénomène d'activité neuromusculaire, ne peut être considéré comme continu, mais comme intermittent. Il se relie à la contraction musculaire : il l'accompagne, la maintient et la prolonge.

L'activité motrice du muscle est une ; on ne peut opposer que dans le temps, ses aspects morphologiques : clonotonus, kinétonus, statotonus.

L'activité électrique ne semble pas différente dans les états cinétiques et statiques.

L'activité chimique n'est pas, avec les données que nous possédons actuellement, différenciable, dans ses modalités cinétiques et toniques. D'après les travaux les plus récents (*Meyerhoff* et ses élèves), la production de l'énergie mécanique est suivie de deux réactions chimiques successives, l'une aérobie, l'autre anaérobie. La phase anaérobie évolue en deux temps : le premier, explosif, de quelques millièmes de seconde, où se produit une libération d'énergie par hydrolyse d'acide créatophosphorique, et d'un peu d'acide adénylpyrophosphorique ; le deuxième, de quelques dixièmes de seconde, où cet acide se reconstitue, et où se forme de l'acide lactique aux dépens du glycogène musculaire. La phase aérobie est un cycle lactique, où l'acide formé précédemment, est brûlé en petite partie, et reconstitué en glycogène par oxydation, pour sa plus grande part. Le système chimique du muscle, on le voit, présente, au moins, deux cycles réversibles.

En matière de tonus, le physiologiste et le clinicien ne parlent pas la même langue : conception physiologique et conception clinique ne concordent pas. Physiologiquement, le tonus est un élément important de la contraction musculaire, intervenant dans la synergie des mouvements et le maintien des attitudes. Le tonus clinique est à la fois plastique et cinétique. Plastique, il est basé et sur une sensation


EUPHORYL
DERMATOSES
PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES
CUTANEES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA" 18 AVue DAUMESNIL
Euphoryl infantile
(GRANULÉ SOLUBLE)
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillérée à café par année d'âge.
LABORATOIRES ANA 18 AV DAUMESNIL PARIS
ANA
18, AVue DAUMESNIL. PARIS. XIIe
Hirudinase
(DRAGEES)
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues.
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
SALICYLATE DE SODIUM en combinaison CALCO-MAGNÉSIENNE THIOSULFATÉE
32 gr. SALICYLATE de NA SURACTIVÉ 15 fr.
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr de Salicylate de Na suractivé
AMPOULES (INTRAVEINEUSES)
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HÉPATIQUES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe

de consistance du muscle, et sur l'aspect régional comparé au côté symétrique. Du point de vue motricité, il a pour critère l'amplitude de certains mouvements, surtout de flexion. L'hypotonie physiologique est appréciée comme une diminution de force musculaire, l'hypotonie pathologique comme une diminution de consistance et un accroissement de l'élasticité passive du muscle. L'hypertonie physiologique involontaire n'existe pas ; elle est toujours pathologique. Elle s'identifie, d'une manière générale, avec la contracture.

Le tonus paraît être la force d'association contractile, en variation constante, qui produit et maintient un ensemble de contractions musculaires : c'est un équilibre en continuel devenir. L'hypertonie est l'exagération de cette force, l'hypotonie la diminution, l'atonie en est la suppression.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 MAI 1936)

Pression barométrique et résistance au froid. — MM. Jean GIAJA et Stefan GELINEO. La résistance au froid est notablement entravée par une dépression correspondant à une altitude de 2.000 mètres environ ; aussi les troubles de la thermorégulation doivent-ils être comptés parmi les premiers effets de la dépression barométrique. Mais si l'organisme est protégé contre le froid, de façon à pouvoir maintenir sa température par sa production calorique de fond (métabolisme de base), les troubles de son métabolisme énergétique n'apparaissent qu'aux fortes dépressions, correspondant à environ 6.000 mètres, c'est-à-dire près de la limite des pressions compatibles avec la vie.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Louis Lapicque, les expériences des auteurs ont été faites sur de petits animaux. On ne peut transposer leurs résultats à l'homme, en raison de la différence de taille.

Répartition du titane dans les organes de l'homme. — MM. Louis-C. MAILLARD et Jean ETTORI.

Existence en France du virus murin de la chorio-méningite lymphocytaire. — M. Pierre LÉPINE et Mlle Valentine SAUTTER.

De la nature de l'immunité chez les lapins vaccinés contre l'épithélioma. — MM. Alexandre BESREDKA et Ludwik GROSS.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 19 MAI 1936)

Notice nécrologique. — M. A. CLERC lit une notice nécrologique sur M. Vaquez.

Les dysostoses préchordales. — MM. O. CROUZON et A. S. DE SANTA MARIA. La dysostose cranio-faciale décrite par M. Crouzon, caractérisée par une triade symptomatique : malformations craniennes, malformations faciales (défaut de développement du maxillaire supérieur), exophtalmie, paraît surtout avoir comme caractère fondamental l'aplasie du massif facial supérieur dans laquelle le défaut de développement du maxillaire supérieur paraît un symptôme constant.

Aussi peut-on considérer que certaines aplasies du maxillaire supérieur ayant un caractère familial, peuvent être considérées comme une forme atténuée de cette dysostose.

En envisageant la question du point de vue de l'embryologie causale, les auteurs rapportent ces malformations à un arrêt de développement de la région préchordale portant sur le premier segment céphalique prémandibulaire situé au-devant de l'apophyse.

Si ces troubles du développement du premier somite prémandibulaire sont profonds, ils déterminent la dysostose cranio-faciale héréditaire. S'ils sont incomplets, ils déterminent des formes frustes ; mais l'ensemble de ces malformations dû au défaut de développement du premier segment peut être englobé sous la dénomination de dysostose préchordale, dont la dysostose cranio-faciale représente le type le plus complet.

De l'action thermogène du rayonnement solaire concentré. — M. SAIDMAN. Au cours de 1.500 applications d'énergie rayonnante avec un dosage nettement défini, M. Saidman a étudié la réaction thermique des malades qui constitue un élément très utile dans le dosage du traitement héliothérapique. L'hyperthermie au cours des applications, qui est un excellent pronostic, peut donner des indications très intéressantes sur l'évolution des lésions tuberculeuses ou rhumatismales.

L'héliothérapie ne doit plus être appliquée d'une manière empirique et sans dosage rigoureux. C'est une méthode énergique qui demande de multiples précautions et dont les résultats sont grandement améliorés par des techniques rigoureuses.

Sur un cas de gigantisme. Considérations sur les relations entre le gigantisme et l'acromégalie. — MM. MARINESCO, JONESCO-SISESTI et ALEXANO-BUTTU.

Vaccination par voie buccale de nouveau-nés atteints d'entérite grave provoquée par un bacille dysentérique. — Mme AÏTOFF, MM. DAUNAY et DEBAT.

Election. — MM. le professeur PARISOT (de Nancy), et COLOMBANI, ancien directeur de la Santé et de l'Hygiène du Maroc, à Rabat, sont élus correspondants nationaux dans la IIIe division (hygiène).

LIVRES NOUVEAUX

La conception colloïdale de la vie d'après les travaux d'Auguste Lumière (1), par le docteur Jack GUÉPIN, médecin sanitaire maritime.

Le Dr Jack Guépin, continuant une belle et respectable tradition médicale (son arrière-grand-père, et son grand-père furent opthalmologistes à Nantes et à Bordeaux, son père est urologiste à Paris), vient de publier un important volume sur la conception de la vie d'après Auguste Lumière.

Après une étude historique et une définition des colloïdes, l'auteur consacre un chapitre à leurs propriétés générales et aux relations de l'état colloïdal de la matière.

Il étudie ensuite les relations de l'état colloïdal et de la pathologie : l'anaphylaxie et le choc, l'anaphylaxie et l'immunité, les chocs pathologiques. Enfin il précise le rôle des colloïdes et des micelloïdes dans certains grands syndromes et maladies chroniques ou à poussées récidivantes.

Une dernière partie consacrée à l'état colloïdal et l'hémosérologie termine cet excellent ouvrage qui constitue une revue très complète des travaux d'Auguste Lumière et des biologistes modernes.

L. G.

(1) Deuxième édition. — Cannes, imprimerie F. Robaudy.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 43. — MERCREDI 27 MAI 1936. 109e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**

Etudiants : **25** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.

Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux (nomination). — Jury : MM. de Massary, Comte, M. Labbé, Lemierre, Boidin, Trémolières, Troisier, Duvoir, Mouquin, Turpin, Boppe.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux (admissibilité). — *Epreuve clinique.* — Séance du 20 mai. — MM. Mayer, 19; Merger, 22.

Séance du 22 mai. — MM. Suzor, 28; Weill, 23.

Séance du 23 mai. — MM. Lepage, 27; Bidoire, 28; de Peretti de la Rocca, 26.

Classement des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité :

MM. Lepage, 72; Suzor, 70; Bidoire, 69; Mayer, 64; de Peretti de la Rocca, 62; Merger, 61; Weill, 51.

MM. Lepage, Suzor et Bidoire, ayant totalisé le plus grand nombre de points, sont déclarés admissibles.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Jury : MM. Dupuy-Dutemps, Cerise, Bourdier, Terrien, Monthus, Crouzon, Richard; censeurs : MM. Veil, Hartmann.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux (admissibilité) :

MM. Bourgeois, 27 + 19 = 46; Lévy, 26 + 19 = 45; Maduro, 22 + 18 = 40; Lemoyne, 21 + 19 = 40; Richier, 20 + 19 = 39; Rémy-Néris, 20 + 17 = 37; Bérard, 18 + 19 = 37.

Sont déclarés admissibles : MM. Bourgeois, Lévy, Maduro. M. Lemoyne est *ex æquo* d'admissibilité.

HÔPITAL SAINT-MICHEL. — Le concours sur titres pour la nomination des internes du service de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Michel s'est terminé par le classement de :

MM. Campagne, Jacquet, Brenugat, Bertin, Binet, Chardac, Joly.

HÔPITAL-HOSPICE D'ORLÉANS. — Un concours pour la nomination de quatre internes titulaires aura lieu à l'Hôtel-Dieu d'Orléans le lundi 3 août 1936, à 10 h.

Pour tous renseignements et se faire inscrire s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Travaux pratiques de bactériologie.* — Une série supplémentaire de travaux pratiques de bactériologie aura lieu du 3 au 13 juin 1936 inclus, de 14 à 16 h.

Cette série supplémentaire est réservée aux étudiants de 2e année qui n'ont pas pu, pour des raisons jugées valables par la Commission scolaire, suivre les travaux réglementaires, et à ceux qui désirent faire une revision du programme.

Cette série comportera dix séances.

Droit d'inscription : 100 fr.

S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

N. B. — MM. les étudiants qui n'ont pas accompli les travaux réguliers devront, préalablement, adresser à M. le Doyen une demande sur timbre qui sera soumise à la décision de la Commission scolaire.

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — *Section de médecine générale. — Leçon d'une heure.* — Séance du 25 mai. — M. Delore : « La primo-infection tuberculeuse. »

M. Martin : « L'attaque de goutte. »

M. Olmer : « Syndromes parkinsoniens. »

Section de chirurgie générale. — Leçon de trois quarts d'heure. — Séance du 22 mai. — M. Curtillet : « Les formes cliniques des cancers du sein. »

M. Arnaud : « Les hernies diaphragmatiques. »

M. Rieunau : « Les cals vicieux du cou-de-pied. »

M. Arnuff : « L'invagination intestinale du nourrisson. »

Section d'histologie. — Leçon d'une heure. — Séance du 22 mai. — M. Broussy : « Cortex surrénal. »

M. Morel : « Tissu réticulo-endothélial. »

Sont proposés :

MM. Coulouma et Salmon (anatomie).

M. Morel (histologie).

Section de physique et chimie. — Sont proposés :

Physique : M. Dubouloz.

Chimie : MM. Machebœuf et Thivolle.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Par arrêté préfectoral en date du 11 mai 1936, M. le docteur Lucien Périn, médecin du dispensaire de salubrité, assistant de l'hôpital Saint-Louis, a été nommé médecin chef de service à la maison de Saint-Lazare.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Couléon, reçu au concours de médecin des Asiles en 1935, a été nommé médecin chef responsable du quartier d'aliénés de l'hospice de Pontorson (Manche). (*J. O.*, 19 mai 1936.)

— Liste des candidats admis au concours du médicat des asiles publics d'aliénés :

MM. les docteurs Guilbert, Tusques, Balvet, Hédouin, Beaujard, Mme André, MM. Aubin, de Boucaud, Gardien, Royer.

UNE RUE SCHACHMAN A BUCAREST. — La municipalité de Bucarest vient de donner le nom du docteur Schachman à une rue de la ville.

Le docteur Maximilien Schachman, après avoir été en 1882 interne des hôpitaux de Paris dans la même promotion que M. le professeur Achard, occupa le poste de médecin en chef de l'hôpital Caritas.

Le docteur Maximilien Schachman était le père de M. Yonnel, sociétaire de la Comédie française.

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR PIERRE MOCQUOT

M. le professeur Pierre Mocquot, qui succède au regretté Robert Proust dans la chaire de clinique gynécologique, a fait samedi sa leçon d'ouverture dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, au milieu d'une très brillante assistance.

Voici, précédé du massier, M. Pierre Mocquot, M. le Doyen l'accompagne avec une délégation de professeurs et d'agrégés en robe : MM. Rathery, Pierre Duval, Lenormant, Chevassu, Couvelaire, Grégoire, Lian, Jean Troisier...

M. le Doyen prononce d'abord quelques paroles pour souhaiter la bienvenue au nouveau professeur.

Les premiers mots de M. Mocquot sont des remerciements à ses collègues qui l'ont élu, à la Ville de Paris qui créa la chaire. Il parle alors des siens, de son grand-père, de son père, tous deux médecins, de son premier maître Emile Troisier qui lui ouvrit son service de Beaujon et le reçut aussi au foyer familial.

Les maîtres de Mocquot furent ensuite Pierre Marie, Kirmisson, Nélaton, Poirier, Paul Segond, enfin M. Pierre Delbet. De chacun de ces maîtres, le nouveau professeur trace un portrait saisissant. C'est avec une émotion particulière qu'il trace celui de M. Pierre Delbet, maître incomparable, d'un abord froid et distant, déroutant un peu. Mais comme on était vite séduit par cet esprit ouvert à toutes les recherches, par cette méthode précise qui donne à la chirurgie toute sa valeur. Homme d'action, savant dans le sens le plus large du mot, M. Delbet s'est toujours voué au culte de la beauté comme à la recherche de la vérité.

M. Mocquot évoque enfin avec un trouble bien légitime le nom de M. Quénu qui fut à la fois son maître et son second père.

Après avoir retracé rapidement l'histoire de la gynécologie depuis 80 ans, M. Mocquot parle de ceux qui l'ont précédé dans sa chaire.

La gynécologie n'est pas un monopole chirurgical, c'est cependant un chirurgien : Pozzi, qui inaugura son enseignement officiel et avec quel succès.

Il eut pour successeur Jean-Louis Faure qui, pendant quinze ans, occupa la chaire avec un éclat sans égal. Clinicien, opérateur, maître de la parole, prêt à toutes les initiatives généreuses, J.-L. Faure depuis la guerre a été, partout dans le monde, le « magnifique ambassadeur de la pensée française ».

Enfin Robert Proust avec sa vive intelligence, toujours en éveil, toujours à la recherche du mieux, donna un nouveau lustre à la chaire. Pourquoi faut-il que cet homme à l'esprit délicat et cultivé ait été prématurément enlevé à l'affection de ses amis ?

Si la gynécologie appartient aux chirurgiens, M. Pierre Mocquot sait tout ce qu'elle doit aux médecins et il rend un hommage très applaudi au vénéré M. Siredey, dont la grande expérience est si souvent mise à contribution par les chirurgiens. Après cet hommage, M. Mocquot ajoute très justement : « Il ne faut pas opposer l'un à l'autre l'esprit médical et l'esprit chirurgical. Il faut associer ces deux esprits. *Nous sommes avant tout des cliniciens.* »

L'ovation qui lui fut faite témoigne des sentiments d'estime et d'affection qu'éprouvent pour le nouveau professeur ses collègues et ses amis. Sa vie pleine de dignité n'est-elle pas un modèle de toutes les vertus professionnelles que l'on doit attendre de ceux à qui échoit l'honneur de former des praticiens ?

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

GRAND APPARTEMENT à louer, 159, faubourg Poissonnière. Escalier particulier. Conviendrait bien pour un docteur.

MAISON DE FAMILLE ET DE RÉGIME (confort moderne) pour étudiants, personnes âgées et retraités. — Régime sous la surveillance médicale. — Pension complète à partir de 25 fr. par jour. — S'adresser à Mme Raynaud, 49, rue Saint-André-des-Arts, Paris (VIe). Tél. Odéon 49-87. Métro : Odéon et Saint-Michel.

SUR LES HÉMATOMES SOUS-DURAUX LOCALISÉS POST-TRAUMATIQUES

PAR MM.

J.-A. CHAVANY, Médecin de l'hôpital de Bon-Secours.

et

MARCEL DAVID, Neuro-chirurgien assistant de l'hôpital de la Pitié.

On ne saurait nier les difficultés qu'entraîne le diagnostic des accidents consécutifs aux traumatismes cranio-encéphaliques. De tels accidents se présentent en effet sous des aspects cliniques disparates, souvent indépendants de la violence du traumatisme et de l'état des parois craniennes. Leur diagnostic le plus précis possible est d'une importance pratique de premier plan, car il dicte des directives thérapeutiques très différentes suivant les cas. Nous nous proposons dans ce travail d'apporter notre contribution personnelle à l'étude de l'une de ces complications, *les hématomes sous-duraux localisés*. La discussion de leur diagnostic nous permettra une incursion méthodique à travers le maquis des autres manifestations des traumatismes cranio-encéphaliques.

La connaissance des hématomes sous-duraux localisés post-traumatiques est déjà ancienne, leur étude connaît toutefois un regain d'actualité depuis un récent travail de Putnam (1) préfacé par Cushing. Nous signalerons, dans la littérature américaine, les travaux de Griswold et Jelsma (2), de Rand (3), de Grant (4), de Fleming et Jones (5) et, dans les publications de langue française, le mémoire de Van Gehuchten et P. Martin (6).

Citons, en outre, les communications à la Société de Neurologie, de Clovis Vincent, d'André Thomas, de Martel, Schaeffer et Guillaume ; d'Alajouanine, de Martel et Guillaume ; de Dereux et Hayem.

PARTIE CLINIQUE

La symptomatologie des hématomes sous-duraux post-traumatiques commence à être mieux connue. D'ordinaire de *telles formations se comportent à la manière des tumeurs qui compriment l'encéphale*.

On les observe surtout chez les adultes jeunes et principalement chez les hommes (Fleming et Jones). Rares après la soixantaine, la moitié des cas s'observent, d'après Putnam, avant 36 ans. Nous ferons cependant remarquer que, dans 4 des observations dont nous faisons état ici, l'âge des sujets dépasse 40 ans (41 ans, 48 ans, 48 ans, 52 ans). L'enfance n'est pas épargnée (Peet et Kahn) (1).

L'importance du traumatisme est variable, suivant les observations. Souvent violent, il s'est accompagné d'une perte de conscience immédiate et plus ou moins prolongée. Parfois, les symptômes post-traumatiques se sont bornés à des sensations vertigineuses et à des éblouissements d'allure banale. Il n'est point rare que le choc originel ait été très bénin, chute en apparence sans gravité, coup sur la face, ce qui explique qu'il est parfois malaisé de le mettre en évidence lors de l'interrogatoire des sujets. On a incriminé encore la répétition de certains traumatismes et la plus grande gravité des coups portant sur le front ou l'occiput. Outre le traumatisme qui tient la première place dans l'étiologie, l'anamnèse met parfois en évidence des habitudes d'*éthylisme* ou un certain degré d'*artério-sclérose*. Le plus souvent cependant le sujet est indemne de toute tare infectieuse ou toxique.

L'apparition des symptômes de compression cérébrale se manifeste après une *phase de latence de durée éminemment variable*. L'intervalle libre varie dans la règle d'une semaine à plusieurs mois ; il est assez souvent de 7 à 8 semaines, parfois beaucoup plus. Ses limites extrêmes oscillent entre quelques heures avec la mort dans la journée (cas véritablement aigus) et 8 ans comme dans le cas récemment rapporté par Cl. Vincent (2).

La période de début s'installe d'une manière graduellement progressive avec cependant, parfois, des irrégularités et des à-coups manifestes. Ce sont ordinairement les *symptômes d'hypertension intracranienne* qui ouvrent la scène avec la *céphalée* en tête de liste : céphalée paroxystique ou continue avec horaire spécial souvent matutinal, localisée ou généralisée. Cette céphalée précède souvent de loin l'apparition des autres signes et peut demeurer pendant longtemps isolée. Elle peut s'accompagner de nausées et de vomissements, de ralentissement du pouls. Outre la céphalée, l'hypertension intracranienne peut se manifester dès le début par une *obnubilation plus ou moins marquée*, allant parfois jusqu'à la torpeur. Parfois la maladie va débuter par des *troubles mentaux* portant sur le caractère ou affectant le type confusionnel. D'autres fois, c'est un *état hémiparétique* ou aphasique qui attire l'attention, plus rarement ce sont des *crises d'épilepsie bravais-jacksoniennes*, motrices ou sensitives.

A la période d'état, on assiste à l'intrication, en des combinaisons tout à fait variables, de *signes d'hypertension intracranienne* et de *signes de localisation*, ces derniers se manifestant parfois d'une manière si discrète qu'ils n'entraînent aucune conviction utile. Certains signes subissent même *des rémissions temporaires* qui déconcertent l'observateur, mais qui sont très importantes à retenir pour le diagnostic d'hématome. *La stase papillaire* est toutefois d'une constance assez remarquable. Elle peut néanmoins manquer pen-

(1) PUTNAM, M. D. Chronic Subdural Hématoma. *Archives of Surgery*, sept. 1925, vol. 11, p. 329-393.

(2) GRISWOLD et JELSMA. The relationship of chronic subdural hématome and pachyméningitis hémorragica interna. *Arch. of Surg.*, juillet 1927.

(3) RAND. Chronic Subdural hématoma. *Arch. of Surgery*, juillet 1930.

(4) GRANT. Chronic Subdural hémorragie. *Neurological Society* Philadephia, 25 avril 1930.

(5) Howard FLEMING et O.-W. JONES (San Francisco), Chronic subdural hematoma. Report of 8 cases. *Surg. Gyn. and Obst.*, janvier 1932, pages 81-87.

(6) P. VAN GEHUCHTEN et P. MARTIN. Les hématomes sous-duraux chroniques. *Rev. Neur.*, août 1932, p. 178.

(1) Max M. PEET et Edgar A. KAHN, Subdural Hématoma in Infants, *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 mai 1932, vol. 98, p. 1.851-1.866.

(2) Cl. VINCENT. A propos des hématomes sous-duraux et de la pachyméningite hémorragique, *Revue de Neurologie*, juillet 1934, page 107.

*

dant toute la durée de l'évolution comme nous avons pu le constater chez une malade qui nous fut adressée dans le coma, et chez laquelle le début des accidents remontait à plusieurs années.

Parmi les signes fréquemment enregistrés, notons *l'hémiplégie*, parfois sans signe de Babinski, le plus souvent contro-latérale mais parfois aussi *homo-latérale* (5 cas publiés) : il peut alors s'agir d'une compression en retour de l'hémisphère du côté sain, mais il faut surtout redouter en pareil cas *l'éventualité d'un hématome bilatéral* qui ne donne des symptômes que d'un seul côté. Fleming et Jones ont insisté sur la fréquence relative de ces hématomes bilatéraux (50 % dans leur série de 8 cas). Les *troubles mentaux* traduisent souvent l'atteinte frontale (la prédominance habituelle de l'hématome dans la région frontale est d'ailleurs à souligner) ; souvent désorientés dans le temps et dans l'espace, les malades présentent des troubles du caractère à base d'irritabilité. Leur comportement change ; ils deviennent volontiers malpropres et obscènes (érotisme), il arrive qu'ils semblent des déments. Parfois leur agitation est telle qu'on les maintient difficilement. Le syndrome de Korsahoff a été enregistré. Assez souvent l'état mental est assez analogue à celui décrit habituellement sous le nom de psychose post-traumatique (Fleming et Jones). On comprend combien le diagnostic peut être délicat en pareil cas. L'*aphasie* peut s'observer dans les localisations gauches. Les crises bravais-jacksoniennes ne sont pas exceptionnelles. On a encore signalé des *signes d'irritation méningée* (Kernig, raideur de la nuque). L'inégalité pupillaire avec myosis, la déviation conjuguée de la tête et des yeux, le strabisme, l'hémianopsie peuvent s'observer mais « fixent rarement sur le siège de la lésion » (Putnam).

Il est assez fréquent d'assister à de *petites poussées fébriles* qui peuvent faire croire à un abcès du cerveau. Le pouls est ordinairement lent, même si le sujet est agité, et la pression artérielle normale. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang. Les urines contiennent fréquemment de l'albumine. Le liquide *céphalo-rachidien, ordinairement hypertendu* (autour de 60 en position couchée), est clair en général, possiblement xanthochromique avec parfois une légère lymphocytose et une augmentation du taux de l'albumine ; il n'est pas rare qu'il soit de composition normale.

La radiographie du crâne doit toujours être pratiquée. On ne trouve que rarement l'image d'un trait de fracture ancien de la voûte. Il est courant de dire que les hématomes ne sont jamais visibles à la radio. Dereux et Hayem (de Lille) (1) ont montré en 1933, à la Société de Neurologie, l'image typique d'un hématome apparaissant sur les clichés de face et de profil sous forme d'une ombre dense de teinte homogène, à contours réguliers, image qui fut révélatrice d'un hématome ultérieurement extirpé et guéri. Dans le cas de Cl. Vincent, cité plus haut, l'hématome calcifié était nettement visible sur les radiographies simples du crâne.

Il est un point sur lequel nous voulons insister ici, car il n'a pas encore été signalé au cours des hématomes sous-duraux de l'adulte ; c'est *l'existence, dans certains cas, d'une disjonction des sutures craniennes.* Nous avons été frappés par cette constatation chez 2 des malades dont nous rapportons les observations plus loin. Chez ces sujets, âgés respectivement de 52 et de 47 ans, et chez lesquels le début apparent des troubles ne remontait pas à plus de 4 ans dans le cas le plus ancien, il est difficile d'admettre que la disjonction des sutures ait été contemporaine de l'hématome. Elle n'est, à notre sens, que le témoin de manifestations d'hypertension intra-cranienne de l'enfance, vraisemblablement assez atténuées et arrêtées dans leur évolution, mais dont le rôle prédisposant dans la genèse de l'hématome n'est sans doute pas négligeable.

Nous rapportons ci-contre l'observation inédite d'un cas très typique d'hématome sous-dural opéré par l'un de nous dans le service neuro-chirurgical de notre maître, le Dr. Cl. Vincent, et actuellement guéri. Nous y ajoutons l'observation résumée d'une autre malade, chez laquelle la symptomatologie demeura très réduite pendant toute l'évolution. Elle nous fut, de ce fait, adressée dans le subcoma, mais néanmoins guérit par l'intervention.

Observation I. — M. Nav..., 52 ans, maçon, est adressé d'urgence, le 7 juillet 1934, dans le service de neuro-chirurgie de la Pitié, par le docteur Derome, d'Yerres. Il est plongé *dans un état de torpeur* voisin du coma, qui rend tout interrogatoire impossible.

Par les renseignements fournis par la famille, on apprend que le *début apparent* de la maladie date du 20 juin 1934 et *a été brusque.* On retrouve en réalité un certain nombre de *prodromes.* Sans tenir compte d'une légère céphalée occipitale intermittente très ancienne, qui faisait craindre au malade le froid sur la nuque, il semble que le *début réel* remonte aux premiers mois de 1934. On note *dès cette période*, en effet, une certaine altération de l'état général avec perte de l'appétit et amaigrissement. Il devient moins vif, se fatigue plus facilement. Un jour de la fin mai 1934, il est pris, en déjeunant, d'un violent mal de tête de siège imprécis « qui lui fait mal jusque dans les dents », et qui dure toute une journée.

Le 20 juin 1934, revenant de son travail comme de coutume à bicyclette, il perd connaissance et tombe. Il n'a que quelques écorchures. Des amis le relèvent (ils affirment qu'il était très raide étant à terre) et le conduisent chez lui en auto. La perte de conscience a été complète pendant 20 minutes environ et, lorsqu'il revient à lui, il ne se *souvient de rien.* Quoique mal remis, il n'est pas paralysé, monte sans aide et se couche au premier étage de sa maison. Mais son entourage se rend compte qu'il titube comme un homme ivre, vacillant un peu de droite et de gauche. Cependant lui-même n'éprouve pas de sensations vertigineuses, ni d'appréhension de chute. Quoique ne paraissant pas être tombé sur la tête, il accuse une violente céphalée, diffuse, généralisée, avec prédominance dans la zone temporo-frontale gauche et irradiant en outre dans la mâchoire et dans les dents. Une fois couché, il a un petit vomissement alimentaire. Le lendemain, il est « comme une loque », il souffre toujours de la tête avec la même acuité, se sent extrêmement fatigué mais n'accuse ni impotence motrice, ni vertiges, ni troubles visuels.

Au bout de 4 à 5 jours, il se lève une ou deux heures par jour. Il n'existe alors aucun trouble moteur, pas la moindre titubation, aucune incoordination. Un extrême abattement

(1) J. Dereux et A. Hayem. Hématome sous-dural chronique post-traumatique. Aspect radiographique, *Revue de Neurol.*, décembre 1933.

domine la scène ; le malade reste assis sur un banc de son jardin, effondré, incapable de faire quoi que ce soit. En quelques jours, il maigrit considérablement.

Le 2 juillet, il commence à présenter *quelques troubles psychiques*. Il pose, par moments, des questions un peu incohérentes. Il ne semble pas très bien savoir dans quelle pièce il est. Il « divague un peu ». C'est surtout de phénomènes visuels qu'il entretient son entourage : « il voit comme un trou dans lequel il craint de tomber ». Il est étonné de voir « le chien de la maison avec deux têtes », « deux vases à la place d'un ». Il semble, d'après ces deux derniers exemples, que le sujet ait eu de la diplopie et non des hallucinations visuelles. Une autre fois, il s'étonne « de ne pas voir sa femme laver », alors qu'en réalité elle fait la lessive dans une pièce voisine.

Le 4 juillet, on remarque « qu'il a les yeux troubles » et qu'il a un regard un peu étrange. Il ferme souvent les yeux et paraît avoir de la peine à les ouvrir. Une certaine somnolence semble s'amorcer.

Le 5 juillet, son état s'aggrave manifestement ; il cesse de descendre au jardin, *il dort tout le temps*. Il ne parle pas spontanément, mais il comprend, et répond par « oui » ou par « non » aux questions posées. Il garde toujours les paupières closes et ne se plaint plus de la tête.

Le 6 juillet, la torpeur s'accentue, il est en proie à un sommeil profond, entrecoupé de hoquet. Il remue souvent les bras, surtout le droit, qu'il élève fréquemment au-dessus de sa tête, comme s'il voulait saisir quelque chose à la tête de son lit.

A cette date encore, on note un ralentissement du pouls (46-50), l'extension bilatérale et spontanée de l'orteil, la présence d'une stase papillaire typique avec incoordination complète des mouvements des yeux, surtout des mouvements associés (docteur Benoit).

A son entrée, le 7 juillet, N... *est dans un état comateux presque complet*, réagissant seulement un peu à une forte excitation. A un examen sommaire, on note l'absence de troubles moteurs caractérisés et l'absence de perturbations dans le régime des réflexes tendineux. Sous l'influence du sulfate de magnésie, introduit par voie endo-veineuse et par voie rectale, en 4 jours, le sujet sort peu à peu de cet état de torpeur, devient plus présent et répond mieux aux questions. Ce qui permet, le 11 juillet, un examen plus approfondi. L'obnubilation est encore marquée et l'interrogatoire difficile. Il existe une grosse désorientation dans le temps et dans l'espace, avec atteinte profonde de la mémoire. Grossières erreurs en ce qui concerne sa date de naissance et celle de ses enfants (il est né en 1734 ? il a 46 ans ? etc.). Il se voit à l'hôpital, dans un village près de Reims. Il a reçu un coup sur la tête dans la région frontale gauche. Il se l'est peut-être d'ailleurs donné lui-même. Il ne va jamais à bicyclette. Par contre, il exécute très bien les calculs simples d'arithmétique. Il se plaint seulement de fatigue générale et d'une douleur légère à la partie latérale gauche du cou.

La parole est faible mais claire, non ralentie, sans achoppement. Il répète bien les mots d'épreuve, ne prend pas un mot pour un autre. Il fait cependant de notables erreurs dans la dénomination des objets et même dans leur usage. Après quelques réponses exactes, il dit « porte-plume » au lieu de « compte-gouttes », « plume pour écrire » au lieu d' « épingle », et quand on le pousse un peu il fait mine d'écrire avec l'épingle ou le compte-gouttes. Quand on veut le faire écrire ou lire, il ne comprend pas ce qu'on lui demande.

L'examen neurologique est assez difficile et, de ce fait, relativement incomplet.

En ce qui concerne la motilité, pas de paralysie. Pas de gros troubles de la coordination. Cependant le malade tremble, hésite et ralentit le mouvement quand son doigt arrive au bout de son nez (épreuve du doigt sur le nez) ou quand il arrive contre l'index de l'observateur (épreuve de l'index). Fait paradoxal, ces épreuves sont nettement meilleures les yeux fermés.

En ce qui concerne la réflectivité, tous les réflexes tendineux existent ; ils sont d'intensité moyenne et symétriques. Les réflexes crémastériens et cutanés abdominaux sont normaux. Les deux gros orteils sont en hypertension permanente, ce qui rend impossible la recherche du signe de Babinski, car, de la position moyenne, n'importe quelle excitation ramène l'orteil à sa position d'hyperextension.

La sensibilité superficielle (tact, piqûre, sens thermique) paraît normale. Il est, par contre, pratiquement impossible d'interpréter les réponses en ce qui concerne la sensibilité profonde.

Examen des nerfs craniens :

Examen oculaire. — La motilité oculaire est normale, on ne retrouve pas les troubles signalés avant l'entrée à l'hôpital (examen du 12 juillet 1934, docteur Hartmann).

Pas de diplopie.

Légère inégalité pupillaire G > D. Bonne réaction des pupilles à la lumière.

Champ visuel normal : V.O.D.G. = 5/7,50.

Stase papillaire bilatérale.

Pas de nystagmus.

— Dans le domaine *du facial*, il semble exister, par moments, une légère asymétrie faciale dans l'exécution des mouvements volontaires, ou lorsqu'on pince le malade, ou par la méthode de P. Marie et Foix. Il est difficile de préciser le côté parésie, il semble que ce soit le côté droit.

— *Audition normale.* Pas de bourdonnements d'oreille ni de vertiges. Epreuve de Barany complètement normale des deux côtés.

Asymétrie de contraction du voile du palais, légèrement entraîné vers la gauche.

L'examen général du sujet s'avère négatif. Le cœur est normal. La tension artérielle est de 12 1/2 et 8 (au Vaquez). Pouls à 60. Poumons normaux. Foie et rate normaux. Pas de ganglions axillaires ni inguinaux.

Sur les *radiogrammes stéréoscopiques du crâne*, on observe :

De face. — *Une disjonction complète de la suture médiane* qui débute en avant, mais est surtout marquée dans la région interpariétale et en arrière, comme le montre bien l'image stéréoscopique (figure).

De profil. — Un léger colmatage des sutures fronto-pariétales et surtout pariéto-occipitales. Aucune ombre tumorale. Aucune image vasculaire anormale. La selle turcique est normale.

Les antécédents du sujet sont les suivants :

Il a eu, avant la guerre, plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu. Il a souvent les narines bouchées et saigne du nez quand il se mouche fort. Il est marié depuis 29 ans ; femme bien portante, deux fils de 28 et 22 ans bien portants.

Numération globulaire. — Hématies : 5.080.000. Globules blancs : 5.400. Hémoglobine : 90 p. 100. Temps de saignement : 2 minutes. Temps de coagulation : 3 minutes 30 secondes. Groupe sanguin : 4.

La ventriculographie est pratiquée le 20 juillet 1934. Les deux ventricules sont aisément trouvés. Il s'écoule, sans tension :

Du ventricule droit : 15 cm^3 de liquide ;

Du ventricule gauche : 5 cm^3 de liquide.

Le liquide est clair, incolore.

On injecte, à droite, 45 cm^3 d'air ; le début du reflux s'effectue à 30 cm^3.

L'analyse du liquide donne les résultats suivants :

Liquide ventriculaire gauche = 4 cm^3 : 6 lymphocytes par mm^3 ; quelques hématies ; albumine : 0 gr. 18.

Liquide ventriculaire droit = 13 cm^3 : 5 lymphocytes par mm^3 ; albumine : 0 gr. 18 ; benjoin négatif ; Wassermann, Pandy et Weichbrodt négatifs.

Sur les clichés de face :

En position occiput plaque, on voit tout le système ventriculaire dévié en masse à droite de la ligne médiane ; la corne frontale gauche est déformée et abaissée (fig. 1 et 2).

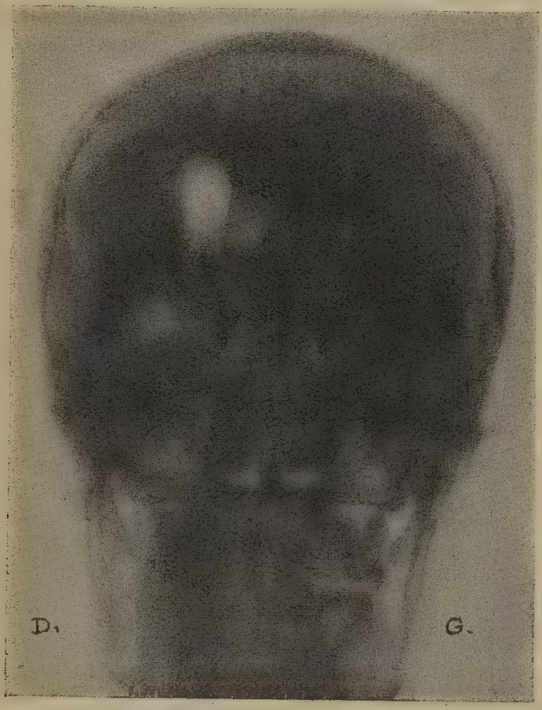


FIG I. — *Position occiput plaque.* — Déviation en masse de tout le système ventriculaire à droite de la ligne médiane. Corne frontale gauche déformée et abaissée. (Obs. I.)

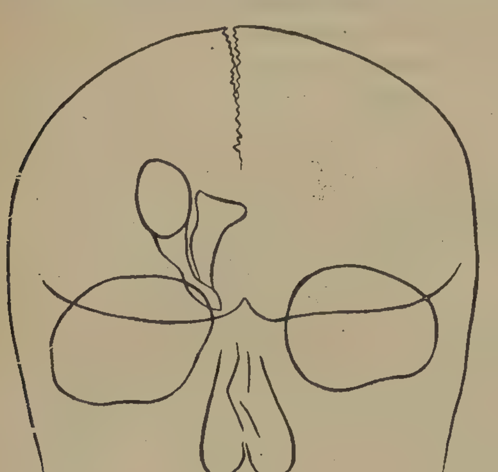


FIG. 2. — Schéma explicatif de la figure 1. (Obs. I.)

En position front plaque, cet aplatissement du système ventriculaire gauche, par une masse qui presse de haut en bas, se voit encore mieux. Les cornes temporale et occipitale gauches sont très diminuées de volume (fig. 3 et 4).

Sur les clichés de profil, le corps du ventricule gauche, mal injecté, a totalement disparu.

Sur les clichés pris en position oblique, le déplacement en masse de tout le ventricule gauche, à droite de la ligne médiane, est particulièrement net.

La ventriculographie permet de conclure qu'on est en présence d'une volumineuse néo-formation fronto-pariétale gauche.

Opération le 20 juillet 1934 (docteurs M. David et Brun).

Volet fronto-temporal gauche ; dure-mère de teinte livide, feuille morte. Incision de la dure-mère dans la région frontale antérieure. Le coup de bistouri donne issue à une grande quantité de liquide *ambré*, brunâtre, fluide. On élargit l'incision dure-mérienne, en faisant un lambeau rectan-



FIG. 3. — *Position front plaque.* — Applatissement du système ventriculaire gauche (corne occipitale) par une masse qui presse de haut en bas. (Obs. I.)



FIG. 4. — Schéma explicatif de la figure 3. (Obs. I.)

gulaire à base inférieure. Sous la dure-mère, et peu adhérente à elle, il existe une masse brunâtre analogue à une tranche de foie de veau cuit, dont la pulpe serait remplacée par du liquide hématique. Cette masse adhère au cerveau, elle s'étend en nappe sur tout le lobe frontal, sur le lobe temporal et un peu vers la base. En arrière, vers la région motrice, l'épaisseur diminue et il semble qu'on soit aux approches de la limite postérieure de l'hématome.

On sépare avec soin l'hématome du cerveau. L'adhérence est surtout marquée au niveau des vaisseaux de la scissure de Sylvius et au voisinage des vaisseaux intermédiaires entre les granulations de Pacchioni et entre le sinus longitudinal supérieur.

Toute la portion de l'hématome qu'on ne peut pas atteindre (au niveau du lobe temporal et vers la région pariétale) est sucée, et ce qui reste à bout de pince est coagulé.

Le cerveau est jaunâtre, aplati. L'hématome une fois enlevé, il existe un large espace entre le cerveau et la dure-mère. La dure-mère est suturée soigneusement. On injecte trois seringues de Ringer sous la dure-mère. Remise en place du volet osseux. Sutures musculaires et cutanées.

Le malade, dans les jours qui suivent l'intervention, demeure somnolent et présente une baisse marquée du pouls. On craint un hématome extradural et on se décide à réintervenir.

Réouverture le 25 juillet. Hématome sus-dural développé presque uniquement aux dépens de l'os (cire soulevée à 3 cm.).

Les suites opératoires sont alors normales. Le malade quitte l'hôpital dans la seconde quinzaine d'août. Tous les signes neurologiques ont disparu à l'exception d'une légère anisocorie : pupille gauche > que pupille droite. L'œdème papillaire persiste encore, mais le psychisme est redevenu complètement normal.

Le sujet est revu en juin 1935.. Il apparaît *complètement guéri ;* il accuse cependant une légère fatigabilité qui le gêne dans ses occupations. Il n'a plus de maux de tête, n'a jamais présenté de crises comitiales (continue à prendre tous les jours, deux fois, 0 gr. 05 de gardénal). Lorsque le temps est pour changer, il ressent des picotements au niveau de sa cicatrice. L'examen du fond d'œil montre (3 juin 1935) des papilles hyperémiées et à bords irréguliers, mais sans stase ni œdème. Aspect résiduel de la stase papillaire antérieure V.O.D.G. = 5/5. Champ visuel, motilité pupillaire, motilité des globes, normales (docteur Hartmann).

OBSERVATION II. — Mme Bauch..., 48 ans, est adressée à l'un de nous par le docteur Lemoine, dans un état subcomateux, avec le diagnostic de tumeur cérébrale, le 10 décembre 1935.

La malade a toujours été une femme robuste, sans antécédent pathologique notable. Cependant, *en 1929, elle a reçu un coup de corne de vache* au niveau de la région temporo-orbitaire droite. Elle a été étourdie pendant quelques instants par le choc, mais n'a pas perdu connaissance. Sitôt après, elle a repris son travail, sans difficulté. Dans les heures suivantes, une ecchymose locale est apparue. Elle n'a présenté aucune céphalée consécutive.

En juillet 1935, sans cause aparente, elle se plaint, pour la première fois, de *céphalées.* Celles-ci sont d'abord facilement calmées par les analgésiques habituels. Les céphalées n'ont pas de localisation élective. Elles apparaissent vers 3 heures du matin, se répètent trois à quatre fois dans la journée, chaque crise ayant une durée de 20 minutes environ.

Les mois suivants, l'intensité de la céphalée augmente ; elle devient presque continue. Elle s'accompagne de *vomissements,* survenant sans efforts.

Le 25 novembre, la malade consulte son médecin, car les maux de tête sont très violents et ne cessent plus. Une ponction lombaire est pratiquée le 4 décembre : elle donne issue à un liquide clair, très hypertendu, s'écoulant en jet. Albumine, 0 gr. 25 ; 4 éléments par mm^3 ; Wassermann négatif.

L'examen oculaire, fait par le docteur Hébert, *montre un fond d'œil normal.*

Les jours suivants, l'état empire rapidement ; la malade devient somnolente et confuse. Le docteur Lemoine pense à une tumeur cérébrale malgré l'absence de stase papillaire, et l'adresse à l'un de nous.

Le 11 décembre, à son arrivée à la clinique, la malade est dans un *état subcomateux.* On ne peut lui arracher un mot ; seul le pincement des téguments détermine une réaction. On a peine à lui faire avaler du liquide. Par moments, on constate du *hoquet.*

L'examen neurologique, que l'on est obligé de pratiquer grossièrement, montre seulement des réflexes tendineux plus vifs à gauche et une extension de l'orteil du même côté. La percussion du crâne semble plus douloureuse à droite qu'à gauche.

Une *ventriculographie* est pratiquée le 14 décembre. La trépanoponction occipitale bilatérale ne donne issue à aucune goutte de liquide ventriculaire des deux côtés. Cependant, à chaque tentative, l'aiguille donne l'impression tactile d'être dans le ventricule. On injecte alors à gauche de l'air. Celui-ci pénètre facilement, et quelques gouttes de liquide ventriculaire s'échappent par le trocart.



FIG. 5. — *Position occiput plaque.* — Déplacement en masse du ventricule droit à gauche de la ligne médiane. (Obs. II.)

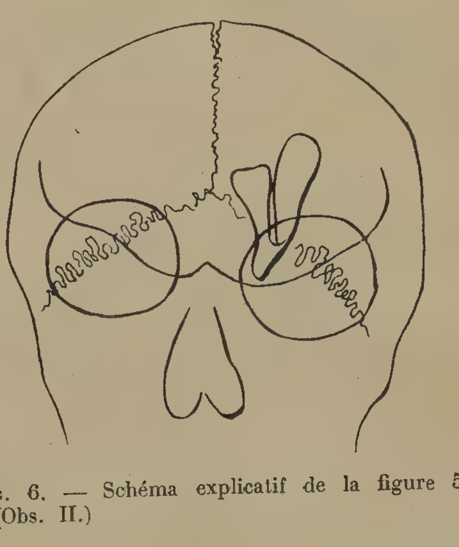


FIG. 6. — Schéma explicatif de la figure 5. (Obs. II.)

Injection de 10 *cm*^{3} à gauche.

Sur les *ventriculogrammes,* les deux ventricules sont injectés ; mais le ventricule droit est repoussé en masse, à gauche de la ligne médiane. Ce déplacement est visible sur chaque position (occiput sur plaque, front sur plaque, oblique) (fig. 5 à 10).

On pose le diagnostic de tumeur fronto-pariétale droite, et on intervient aussitôt.

Intervention, le 14 décembre 1935 (docteurs Marcel David et F. Vissali). — Un volet fronto-pariétal droit est soulevé sans difficulté. La dure-mère est tendue, de coloration livide, feuille morte. Elle donne une sensation de fluctuation à la palpation. On pense aussitôt à la possibilité d'un hématome sous-dural. Incision de la dure-mère dans la région frontale. Un jet de liquide ambré, analogue à du vieux porto blanc, s'écoule aussitôt, l'incision dure-mérienne ayant ouvert également le feuillet superficiel, adhérent, de la coque. La dure-mère est alors ouverte sur toute l'étendue du volet. Par endroits, l'adhérence est nette entre dure-mère et coque. On expose ainsi une grande partie de l'hématome ; celui-ci se poursuit cependant en arrière, vers la région pariéto-occipitale, et il ne peut être question de l'enlever d'une seule pièce, d'autant plus que la coque est assez friable, se déchire facilement, et qu'il existe d'assez nombreuses adhérences vasculaires entre le cerveau et la face profonde de la coque, surtout vers la ligne médiane. Toute la portion accessible de l'hématome est enlevée avec sa coque, par gros fragments, après coagulation à l'électro de chaque bride vasculaire. Il nous semble, par contre, risqué de tenter l'extirpation de la portion occipitale de l'hématome, profondément enfouie sous l'os, dans la crainte de déterminer des hémorragies pie-mériennes difficilement contrôlables. Aussi se borne-t-on à aspirer les caillots contenus entre les deux feuillets de cette portion de la coque. Une fois vidés de leur contenu, on accole ces deux feuillets à l'aide d'une rangée de clips, en réalisant ainsi une sorte de « fermeture éclair ».

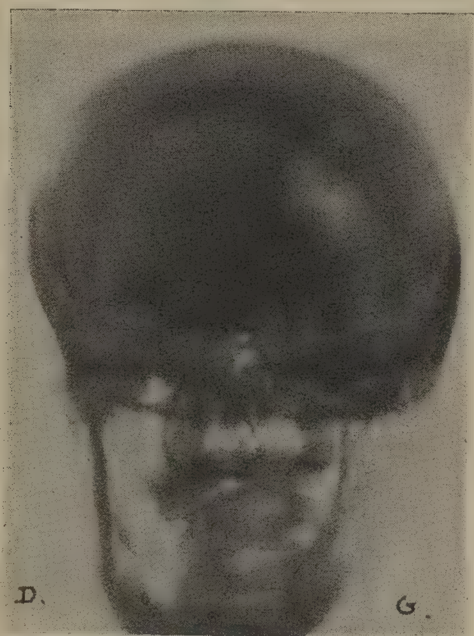


Fig. 7. — *Position front plaque.* — Déplacement vers la gauche de tout le système ventriculaire droit. (Obs. II.)

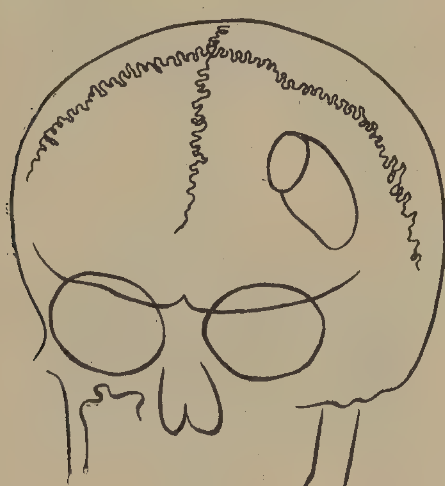


Fig. 8. — Schéma explicatif de la figure 7. (Obs. II.)



Fig. 9. — *Position oblique.* — Même déplacement latéral gauche. (Obs. II.)

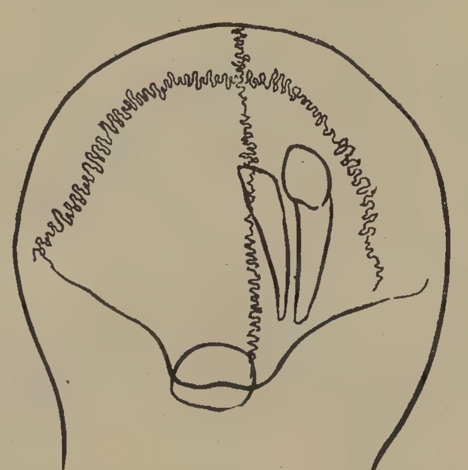


Fig. 10. — Schéma explicatif de la figure 9. (Obs. II.)

Le cerveau ne bat pas et demeure très aplati, malgré l'ablation de l'hématome. 20 cm³ de liquide de Ringer sont injectés par un trocart introduit dans la corne frontale droite. Le cerveau se regonfle et vient au contact de la dure-mère. Suture totale de la dure-mère, après résection totale du lambeau dure-mérien. Hémostase rigoureuse de la dure-mère. Remise en place du volet osseux. Sutures musculaires et cutanées.

Suites opératoires. — Très simples. La température ne dépasse pas 38°2 et la respiration ne s'élève pas au-dessus de 22. Les premiers jours, la malade demeure somnolente, mais le hoquet disparaît dès le deuxième jour et la déglutition est bonne. Peu à peu la torpeur disparaît, mais l'opérée demeure confuse une dizaine de jours. Elle se lève le 16e

jour. Elle quitte la clinique le 23e jour, complètement transformée.

Nous avons revu la malade en mars 1936 ; elle se comportait comme une femme absolument normale, dirigeait les travaux de sa ferme sans difficulté. Les céphalées ne sont plus réapparues depuis l'intervention.

La progressivité plus ou moins régulière, parfois entrecoupée de rémissions trompeuses, est le caractère habituel des hématomes sous-duraux, quand ils sont sortis de leur phase primitive de latence. *Non traités ils aboutissent fatalement à la mort* au milieu de l'exagération des signes d'hypertension intracranienne. Il n'est pas rare que le coma terminal s'installe brusquement, souvent à la suite de manœuvres intempestives comme la ponction lombaire. On aurait signalé des *guérisons spontanées* dans des cas dont aucun en réalité n'a été suivi de vérification anatomique. La seule chance de survie du sujet est le traitement chirurgical.

L'épithète *de chronique* est souvent adjointe à cette variété de compression encéphalique, mais suivant la rapidité d'évolution et aussi la durée de l'intervalle libre consécutif au trauma s'échelonnent toute une série de formes depuis les *formes aiguës* jusqu'aux *formes très longtemps latentes*.

Voici 2 observations inédites de ces *formes cliniques graves*.

La première a trait à un homme qui est arrivé mourant à la Pitié et y est décédé peu après son admission, sans avoir pu être opéré. Ce cas est surtout intéressant ici au point de vue anatomique, car les photos que nous avons pu prendre mettent bien en évidence la situation de l'hématome par rapport au cerveau et la déformation sous-jacente de l'hémisphère comprimé. Voici son histoire clinique en quelques lignes :

Observation III. — M. Vil..., Julien, 41 ans, entre le 14 décembre 1933 à la Maison départementale de Nanterre (service du docteur François Dainville), dans un état de torpeur rendant difficile tout interrogatoire et tout examen. En questionnant ses proches, on apprend qu'il était bien portant jusqu'au 29 septembre 1933, date à laquelle il fut victime, aux environs de Toulouse, d'un accident d'automobile : tamponnement avec choc sur la région frontale gauche sans plaie du cuir chevelu. Le blessé ne perdit connaissance que quelques minutes et put quitter l'hôpital où il avait été transporté, 48 heures plus tard. Cependant, durant le mois d'octobre, il fut constaté un changement de caractère (mélange d'euphorie et d'apathie) et des troubles de la mémoire. Vers le milieu de novembre apparurent de violentes céphalées qui, par leur répétition et leur durée, obligèrent le malade à cesser tout travail. Depuis novembre s'y adjoignit un état de torpeur progressive. L'examen objectif du système nerveux est négatif. Une ponction lombaire montre un liquide clair, de composition normale, nettement hypertendu (40 en position couchée). Un examen du fond d'œil révèle la présence d'une stase papillaire bilatérale avec hémorragies péri-papillaires. C'est à ce moment que V... est adressé à la Pitié.

La seconde, qui représente un type d'hématome bilatéral, a trait à une *femme de 48 ans* que l'un de nous a suivie à l'Hôpital de Bon-Secours dans le service de son collègue le Dr. du Castel.

Observation IV. — Mme Mous..., Madeleine, cuisinière, entre *le* 14 *juin* 1935, dans un état comateux qui a débuté brusquement quelques heures auparavant, précédé de vomissements. Cette malade, hystérectomisée il y a plusieurs années, a été victime onze jours auparavant d'un *traumatisme cranien provoqué par la chute sur le syncipul d'un séchoir à linge ;* il en est résulté un petit hématome sous-cutané, dont les suites ont été normales. L'obnubilation intellectuelle est complète, la respiration régulière ; le pouls bat à 80 ; la tension artérielle est de 19 et 10, la température normale. Les réflexes rotuliens sont impossibles à mettre en évidence ; les autres réflexes existent. Pas de Babinski, pas de raideur. Myosis des deux pupilles.

Une heure après une saignée de 200 grammes (urée sanguine : 0 gr. 30), la malade sort du coma, *reste somnolente*, mais répond aux questions ; elle se plaint de *céphalée postérieure* et parvient à s'asseoir seule sur son lit. Les vomissements s'espacent. Le lendemain 15 juin, elle est nettement plus réveillée, on parvient à la faire marcher ; on est frappé par l'absence de signes d'organicité. Les jours suivants, la somnolence reprend, le pouls tombe à 60. La fièvre s'allume. Le 18 juin, une ponction lombaire ramène un liquide franchement sanglant, contenant 1 gr. 80 d'albumine. Accentuation de la somnolence les jours suivants, avec cependant possibilité de réveiller la malade pour la faire manger et surtout boire. Cependant, la température continue à monter (au-dessus de 40), le pouls grimpe et la tension artérielle s'affaisse. Exitus le 22 juin.

A l'autopsie, pratiquée par M. Fabiato, interne du service, *volumineux épanchement sanguin bilatéral*, franchement sous-dural, longeant la face externe des deux hémisphères au niveau de leur bord supérieur et s'infiltrant en dedans au niveau de la scissure inter-hémisphérique. Masse encéphalique normale. Ventricules intacts.

DIAGNOSTIC

Pour se rendre un compte exact des différentes difficultés diagnostiques que soulèvent les diverses complications des traumatismes cranio-encéphaliques, un *bref rappel anatomo-physiologique* s'impose.

Schématiquement au point de vue anatomique les lésions observées peuvent être groupées en 2 grandes classes :

La commotion-contusion qui affecte des degrés divers depuis l'attrition complète d'une partie du parenchyme cérébral réduit en bouillie jusqu'aux fines lésions cellulaires histologiques, véritables micro-traumatismes identifiés par Lecène et Boutier en passant par les petites hémorragies miliaires macroscopiquement visibles décrites autrefois par Duret ;

La compression cérébrale créée par une fracture osseuse avec enfoncement ou esquille, par une embarrure de la voûte et surtout par un épanchement sanguin qui peut être extra-dural, sous-dural et même intra-cérébral.

Mais la symptomatologie et le pronostic des traumatismes cranio-encéphaliques ne ressort pas toujours des seuls désordres anatomiques conditionnés par le siège, l'importance des lésions parenchymateuses, le caractère et l'abondance de l'hémorragie qui peut diffuser (hémorragie méningée) ou se collecter. Retenons qu'*en pratique courante la diffusion apparaît plus fréquente que la collection réelle*. L'entrée en scène de *perturbations physiologiques* vient dans un certain nombre de cas contribuer à obscurcir la question. Telles sont les modifications de la tension du liquide céphalo-rachidien bien mises en valeur par Leriche à la suite des travaux de Weed Mac Kibben ;

elles consistent le plus souvent en hyperpression, parfois en hypotension et semblent liées alors, soit à des troubles sécrétoires choroïdiens, soit à des fuites liquidiennes par effraction dure-mérienne. *Ces variations de pression créent des états en apparence organiques qui s'amendent rapidement sous l'influence de soustractions liquidiennes répétées ou par des injections intra-veineuses de solutions hyper ou hypotoniques ou par des injections sous-cutanées d'acéthylecholine.*

Voyons comment ce problème diagnostique peut être abordé en clinique en passant rapidement en revue les cas qu'on peut rencontrer.

Un distinguo s'impose dès l'abord suivant qu'il s'agit *d'accidents précoces* se produisant dans les jours ou dans les semaines qui suivent l'accident, ou au *contraire d'accidents tardifs* survenant dans les mois ou dans les années suivantes.

Accidents précoces. — On éliminera en premier lieu *le classique hématome extra-dure-mérien* de la zone décollable de Gérard-Marchand créé par une rupture de la méningée moyenne, beaucoup moins fréquent que ne le ferait soupçonner l'importance que lui donnent les Traités. Son apparition, après un intervalle libre de quelques heures seulement, en fait un cas de chirurgie d'urgence observé et traité sur place par les chirurgiens généraux.

La ponction lombaire et les données manométriques qu'elle fournira plaideront en faveur *de troubles de l'hydraulique circulatoire* du liquide spinal. Rappelons à ce propos que la *ponction lombaire, arme à double tranchant* (Luzuy) (1), doit être pratiquée en position couchée ; elle doit être parcimonieuse. Elle gagne à être retardée de 24 heures sur l'heure du trauma, elle doit toujours s'accompagner de la prise de la tension. *Nous lui préférons la ponction ventriculaire.*

Un diagnostic très important et très fréquent est celui de *l'œdème cérébral post-traumatique.* Il s'agit de sujets qui n'ont jamais été bien depuis leur traumatisme. Souvent obnubilés ils se plaignent vivement de la tête et ont parfois des troubles mentaux. Leur pouls est ralenti. Ils n'ont pas de stase papillaire et sont susceptibles de présenter une sémiologie localisatrice trompeuse. L'interrogatoire instruit fréquemment sur certains résultats fâcheux de la ponction lombaire qui a entraîné une aggravation au lieu d'un soulagement (possibilité d'engagement des amygdales cérébelleuses ou du lobe temporal). Si on soupçonne une telle éventualité la ponction lombaire doit être pratiquée dans un but seulement diagnostique ; *on doit se borner à prendre la tension sans évacuer de liquide.* Il faut au contraire *essayer de ponctionner les ventricules,* ce à quoi on ne parvient pas toujours, le cerveau œdémateux les ayant véritablement collapsés. Une telle impossibilité de pénétrer dans les cavités ventriculaires doit aiguiller vers la notion d'œdème cérébral que l'intervention viendra confirmer en montrant seulement un gros cerveau tendu, faisant irruption à la manière d'une hernie dans la brèche osseuse pratiquée, comme de très nombreux chirurgiens ont pu le constater *de visu.* L'étude clinique de l'œdème cérébral et le traitement qu'il convient de lui opposer ont été étudiés très complètement par Clovis Vincent au cours d'une récente conférence (1). Il faut se garder en pareil cas d'ouvrir la dure-mère car le cerveau va faire hernie à travers l'orifice dure-mérien. On doit mettre en œuvre le sulfate de magnésie intraveineux ou, si cela ne suffit pas, pratiquer *un large volet frontal droit décompressif sans ouverture de la dure-mère.*

Nous placerons ici, avec une observation à l'appui, une *variété mixte* où l'œdème cérébral était associé à un kyste séreux :

Observation V. — M. C. J., étudiant en médecine.

Accident le 20 avril 1935, au cours d'une excursion en montagne. Il fait une chute en arrière et tombe sur le crâne d'une hauteur de deux mètres. Perte immédiate de connaissance avec hémiplégie gauche, intéressant aussi la face gauche. Reste deux heures dans le coma. Transporté d'urgence à l'hôpital de Sallanches, il est trépané le lendemain matin et l'on découvre un hématome sous-dure-mérien.

Suites opératoires normales.

La motilité de la face revient 24 heures après. Les mouvements du membre inférieur gauche réapparaissent au bout de 15 jours et s'améliorent depuis. Le bras gauche reste paralysé.

Entré à la Pitié le 27 mai 1935.

Examen neurologique :

Bras gauche complètement paralysé. Il lui est impossible de faire un mouvement, il peut plier un peu son bras gauche en contractant fortement son bras droit.

Réflexes : vifs à gauche.

Sensibilité superficielle : normale dans ses trois modes. Profonde : abolie.

Bras droit : normal.

Membre inférieur gauche : diminution de la force segmentaire. Tonus normal. Réflexes tendineux normaux ; cutanés normaux, sensibilité normale.

Membre inférieur droit : normal.

Face : pas de paralysie, mais il persiste des troubles de la sensibilité. Il a mal aux cheveux de ce côté. Mais pas d'hyperesthésie.

Examen oculaire : pas de paralysies oculaires. Fond d'œil normal.

La *radiographie* montre une esquille osseuse au niveau du volet de trépanation.

Bon état général. Pouls 80 T. A. 12.7.5.

Opéré le 5 juin (docteurs M. David et H. Askenasy).

Volet rolandique droit ; la berge supérieure de l'incision étant constituée par l'incision faite à Sallanches pour la trépanation. Le volet est rabattu assez difficilement en raison des adhérences entre la dure-mère et l'os à la partie supérieure. On décolle alors le cuir chevelu de la dure-mère sur toute la zone de l'ancienne trépanation ; ce faisant, on donne issue à quelques cm^3 d'un liquide blanc grisâtre (queue d'hématome ?). Dure-mère tendue. Ventricule en place (la ponction ramène 10 cm^3 de liquide). Pas d'hématome net extradural.

Incision de la dure-mère. Le cerveau, *très œdémateux, tend à sortir par la brèche dure-mérienne.* Partout sous le volet, c'est-à-dire parties moyenne et inférieure de FA et PA, la pie-mère est intacte, il n'y a pas eu de lésions grossières du parenchyme cérébral. Aspect de méningite séreuse. Vers la partie supérieure de FA et PA, la dure-mère

(1) Luzuy. Diagnostic et indications thérapeutiques au cours des comas traumatiques, *Gaz. Méd. de France*, 1, 12, 1930, p. 582.

(1) Cl. Vincent. Les principes qui commandent le traitement des plaies du crâne, *Bulletin de l'Union Fédérative des Médecins de réserve*, mars 1935.

et le cerveau sont accolés ; on les décolle à l'électro, ce faisant on évacue un kyste séreux.

Fermeture de la dure-mère, sauf en haut où la dure-mère est laissée ouverte, car le cerveau tend à sortir. On comble la brèche dure-mérienne avec un morceau de l'aponévrose du temporal et des fragments de ce muscle.

Suites opératoires normales. Dès le lendemain, le malade commence à remuer son bras. L'amélioration s'accentue dans les jours suivants, et le 10e jour l'opéré peut tenir son bras horizontalement. Les mouvements des doigts réapparaissent peu à peu dans les semaines suivantes. En octobre, la motilité du membre supérieur est devenue presque normale, l'opéré peut mener une vie active et a recommencé ses études de médecine.

Dans quelques cas la collection sanguine peut s'effectuer en plein parenchyme cérébral, devenant alors une *véritable hémorragie cérébrale*. Elle peut rester enkystée dans la substance blanche ou au contraire fuser vers les cavités ventriculaires. Cette apoplexie traumatique de pronostic excessivement sévère peut laisser derrière elle une hémiplégie spasmodique définitive comme en témoigne l'observation de Lecène publiée dans le Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie (1928, p. 677) et un travail de Reuter relatant 7 observations typiques. Clovis Vincent a récemment opéré un blessé porteur d'un *kyste hématique inclus dans le centre ovale* et consécutif à une fracture du crâne. Chez ce malade hémiplégique le kyste sanguin a pu être évacué après incision du cerveau. L'hémiplégie est en voie de régression à l'heure actuelle 6 mois après l'intervention. Il faut noter que dans ce cas la présence du kyste formant tumeur avait été certifiée par une ventriculographie pratiquée immédiatement avant l'intervention.

Exceptionnellement on pourra se trouver en face d'une *encéphalite post-traumatique* évoluant vers l'abcès.

Chez le *vieillard* et chez l'*artérioscléreux* enfin, il faudra, dans certains cas, penser à la possibilité d'*un ramollissement cérébral* ou d'une *apoplexie* favorisés par le traumatisme.

Accidents tardifs. — Dans la règle, les signes généraux d'hypertension intracranienne et les signes focaux aiguillent le diagnostic vers l'idée d'une compression encéphalique plus ou moins étendue.

Lorsque le traumatisme a été suffisamment accusé pour être retenu par le malade ou par son entourage, l'idée d'hématome vient aussitôt à l'esprit. La présence des stigmates de l'hypertension intracranienne élimine *l'hypothèse de syndrome subjectif post-commotionnel ou de psychonévrose traumatique*. Un diagnostic toutefois mérite d'être discuté, c'est celui de *méningite séreuse post-traumatique*, créée par un foyer de résorption corticale et substitution *in situ* d'un kyste séreux. En pareil cas, les modifications du fond d'œil et en particulier la stase papillaire sont rares, ce qui autorise à pratiquer une *encéphalographie gazeuse par voie lombaire* qui peut mettre en évidence la zone d'atrophie corticale. Cette encéphalographie est, par ailleurs, un mode de traitement de cette variété. Si elle se montre inefficace, le traitement consiste à aller directement, après ouverture de la dure-mère, vider les poches kystiques et on peut de la sorte assister à la rétrocession de signes tels que troubles mentaux, crises épileptiformes, paralysies, etc.

Quand la méningite séreuse n'est pas seulement lo-

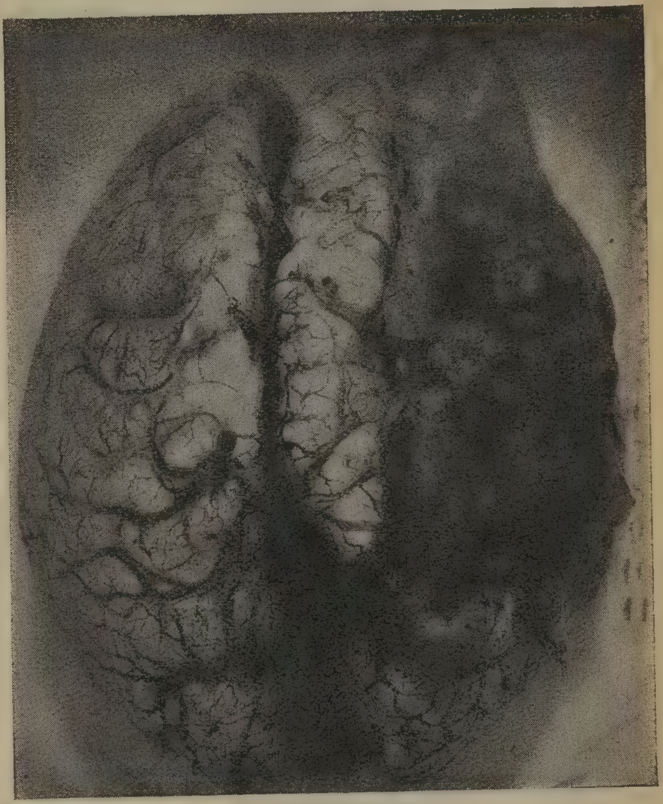


FIG. 11. — *Hématome en place sur la convexité de l'hémisphère droit.* (Obs. III.)

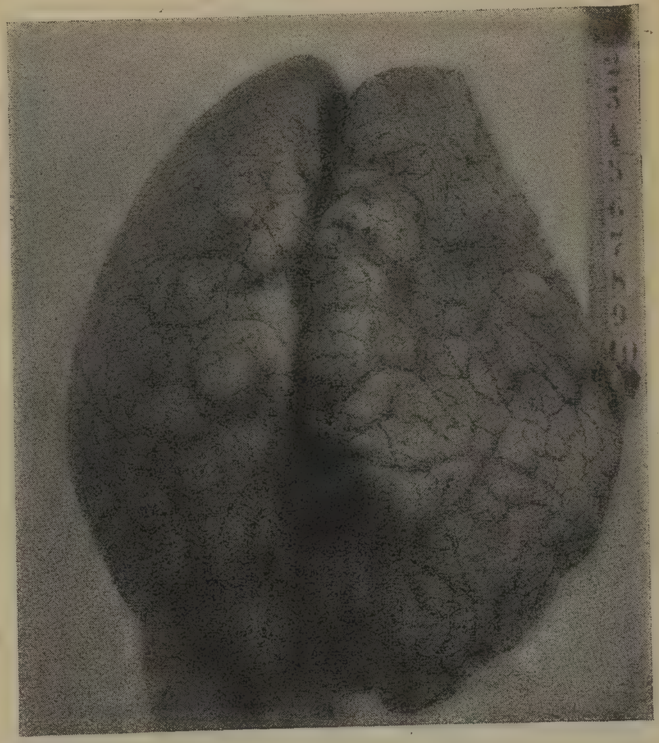


FIG. 12. — *Déformation permanente du cerveau. — Véritable lit de l'hématome.* (Obs. III.)

calisée à la convexité du cerveau, mais gagne aussi la base, il n'est pas rare d'observer alors des modifications du fond d'œil, caractéristiques de *l'arachnoïdite* opto-chiasmatique traumatique associée.

Il n'en est pas de même *lorsque le trauma a été suffisamment minime pour être oublié.* On pense alors

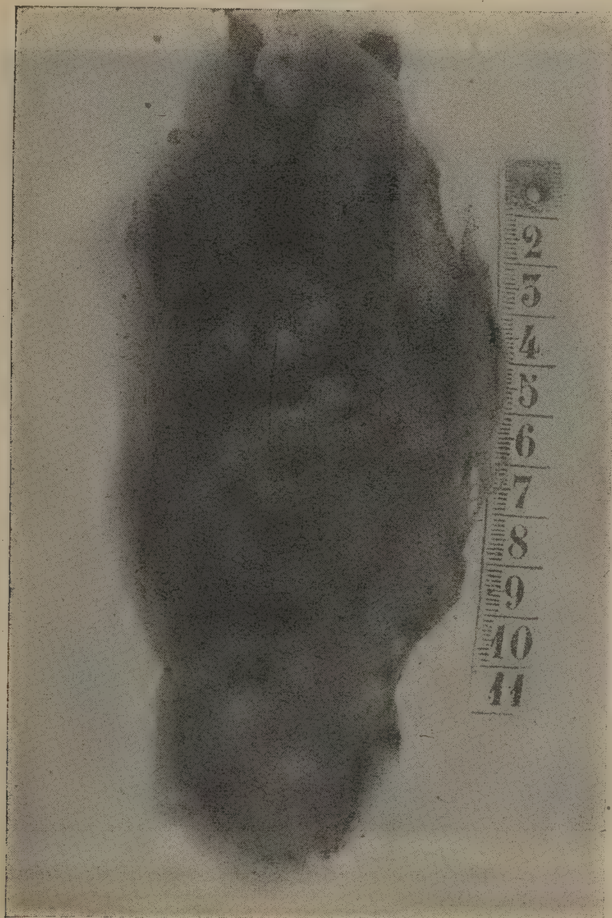


Fig. 13. — Photographie de l'hématome. (Obs. III.)



Fig. 14. — *Microphotographie de la tumeur.* — Coloration hématéine eosine. (Obs. VI.)

à une *tumeur cérébrale*, à une tuberculose méningée, à une pachyméningite, à un abcès cérébral encapsulé, surtout s'il y a de la fièvre.

Nous avons vu plus haut les renseignements que pouvaient fournir les radiographies simples.

Le diagnostic de localisation est souvent malaisé, soit à cause du caractère habituellement fruste des symptômes locaux, soit à cause de leur variabilité. Si l'on doit s'abstenir de la ponction lombaire, la *ventriculographie pré-opératoire s'impose.* Nous ne sommes pas partisans de l'encéphalographie préconisée en pareil cas par certains auteurs, car elle est susceptible de déterminer des accidents mortels.

La ventriculographie donne, en général, des images assez particulières traduisant la grande étendue de la compression exercée sur la face externe de l'hémisphère. Le ventricule latéral du côté malade est repoussé *en masse* vers le côté sain ainsi qu'il apparaît nettement sur les films pris en position oblique. La déviation et la déformation des cornes ventriculaires du côté malade sont aussi marquées sur les films front sur plaque, mettant en évidence les cornes occipitales, que sur les films occiput sur plaque, individualisant les cornes frontales. Cette déviation en masse du ventricule malade s'oppose à la déviation segmentaire de celui-ci dans la plupart des tumeurs des hémisphères.

L'interprétation des ventriculogrammes est souvent difficile en pareil cas, car on ne sait s'il faut tailler un volet à prédominance frontale ou occipitale. Quoi qu'on fasse, le volet est généralement trop petit et on doit, soit l'agrandir à la pince, soit évacuer à l'aspirateur la portion non découverte de l'hématome.

De plus, en cas d'hématome, *les ventricules sont parfois virtuels* et la ponction ventriculaire s'avère alors impossible des deux côtés. Il en était ainsi chez une de nos malades ; chez elle, la trépanoponction occipitale faite à plusieurs reprises des deux côtés ne donnait pas issue à une seule goutte de liquide ventriculaire. Et cependant chaque fois le trocart mousse donnait à 5 cm. de profondeur la sensation tactile de résistance vaincue, caractéristique de la pénétration dans la cavité ventriculaire après effraction de l'épendyme. Aussi, quoiqu'il ne vienne pas de liquide, se décida-t-on à pousser quelques cm^3 d'air qui pénétrèrent sans résistance : on injecta ainsi 20 cm^3 d'air sans difficulté. Les radiogrammes montrèrent que l'on avait bien injecté les ventricules et donnèrent les belles images caractéristiques d'hématome que l'on voit reproduites ci-contre (fig. 11 à 14).

Il peut arriver que la notion d'un traumatisme net et récent fasse porter *le diagnostic d'hématome,* alors *qu'il s'agit d'une tumeur cérébrale typique.* L'observation suivante en est un exemple :

Observation VI. — N. F., 56 ans, entre dans le service le 26 septembre 1934, dans un état d'obnubilation très marqué qui gêne considérablement l'examen et l'interrogatoire.

Voici l'histoire de la maladie, d'après la fille du malade.

Le *début apparent* est attribué à *un traumatisme cranien* datant du 25 août 1934. Etant à bicyclette, il est renversé vers 15 heures par un motocycliste qui veut le dépasser. Chute sur le coude gauche et la région occipitale. Il paraît y avoir eu une perte de connaissance assez transitoire, car le malade, transporté à la Pitié en auto, y est simplement pansé à la consultation et non admis. On met quelques agrafes sur une petite plaie du coude gauche et on nettoie

une petite plaie du cuir chevelu dans la *région occipitale gauche* (dont il reste actuellement une cicatrice visible). A 18 heures, le malade rentre chez lui en ambulance. Vers 22 heures, sa fille revient le voir ; il est étendu dans son lit, semblant dormir, mais il se plaint de la tête et gémit.

Le lendemain, quoique très obnubilé, il peut se tenir debout et faire quelques pas ; il est amené en auto à la Pitié pour refaire son pansement.

Les *jours suivants*, on s'inquiète de la persistance, voire même de l'aggravation des *troubles psychiques*, auxquels s'adjoignent des *troubles de la parole*. La mémoire « ne revient pas. » Il semble ne pas comprendre ce qu'on lui dit. Il prononce souvent des mots incohérents, quoique bien articulés. Il se plaint de céphalée violente survenant par crises du côté gauche. Par moments, il tape sa tête sur les oreillers. Il se plaint, par instants aussi, de bourdonnements de l'oreille gauche, d'amblyopie transitoire de l'œil gauche de 1 à 2 minutes, de diplopie.

Mais il se lève, va et vient sans aucun trouble parétique notable. Légère torpeur, mais pas de somnolence marquée. Pas d'agitation. Pas de crises convulsives. Pas de vomissements.

Vers la *mi-septembre* 1934, aggravation de tous ces troubles. En ce qui concerne le psychisme, N... paraît souvent complètement absent et en ce qui concerne l'altération du langage, on ne comprend plus bien ce qu'il veut dire ; il dénomme les objets de travers, ne comprend absolument plus ce qu'on lui dit.

A partir du 20 septembre, il éprouve de grosses difficultés à se tenir debout. Il continue toujours à se plaindre spontanément de la tête. L'un de nous, appelé en consultation, le fait entrer à la Pitié.

A son entrée, *le 27 septembre* 1934, le malade, quoique très obnubilé, ne paraît pas présenter de diminution de la force musculaire. Le tonus est normal. La station debout est possible : pas de Romberg. Sa démarche est hésitante, un peu oscillante. Il ne paraît pas exister de troubles cérébelleux, cependant on ne peut l'assurer à cause des phénomènes psychiques.

Les réflexes tendineux sont tous normaux, plutôt faibles. Les réflexes crémastériens sont normaux. Cependant, les cutanés abdominaux sont plus faibles à droite qu'à gauche. Réflexes cutanés plantaires en flexion. Pas de réflexes de défense.

La sensibilité est très difficile à explorer avec précision en raison de l'état mental. Toutefois il existe une différence certaine entre les moitiés droite et gauche du corps. N... sent beaucoup mieux à gauche qu'à droite. Quand on le pique ou qu'on le pince, qu'on le touche avec un tube glacé, il hurle et s'agite lorsque l'excitation porte sur le côté gauche. Du côté droit, il ne dit rien ou même semble ne rien sentir. Cette hypoesthésie est particulièrement nette à la partie moyenne du membre inférieur et à l'abdomen ; elle est moins nette au membre supérieur. Elle s'étend aussi à l'hémiface droite. En ce qui concerne la sensibilité profonde, l'étude du sens stéréognostique n'est pas réalisable.

Pas de troubles sphinctériens.

Aucun signe d'irritation méningée.

Les troubles du langage sont excessivement marqués. L'articulation est relativement peu touchée. Pas de dysarthrie ou de bégaiement dans la parole ordinaire, cependant il existe une certaine difficulté à articuler les mots d'épreuve. L'aphasie de Wernicke domine la scène, avec impossibilité presque absolue de dénommer les objets ; il dit très rarement le mot exact ou approchant (crayon pour stylo par exemple). Jargonaphasie. Intoxication par le mot. Le trouble de la compréhension des mots est un peu moins global ; il exécute les ordres simples, mais il se trompe vite.

Pas d'alexie littérale, ni nominale, mais au bout de deux ou trois mots invente au lieu de lire ; il est impossible de savoir s'il comprend ce qu'il lit. Il a de gros troubles de l'écriture ; il peut à peine écrire son nom et l'écriture dictée ou copiée est à peu près impossible. Existence d'apraxie idéo-motrice et idéatoire. S'il sait se servir d'une boîte d'allumettes, il éprouve beaucoup de difficultés à mettre une lettre dans une enveloppe, et il fait le geste de mouiller et de coller les bords déjà déchirés de l'enveloppe.

Gros déficit psychique portant surtout sur la *mémoire*. Mais il se rend assez bien compte de son état, le juge grave et se plaint lui-même de ne plus avoir de mémoire.

Les pupilles sont égales, régulières, réagissant bien à la lumière. La motilité oculaire est normale. Pas de nystagmus. Pas d'hémianopsie. Champ visuel normal V. O. D. = 5/7 (?) V O . G. = 5/10 (?). Pas de stase papillaire. Réflexe cornéen normal.

Parésie faciale droite, nette, prédominant sur le facial inférieur, mais atteignant un peu l'œil plus ouvert à droite.

L'état des autres paires craniennes paraît normal. Réflexe cornéen normal.

Il n'existe pas de position anormale de la tête. Douleurs spontanées dans tout le crâne du côté gauche, surtout dans la région pariétale. Douleurs provoquées assez vives par la percussion et la palpation appuyée des mêmes régions.

L'état général est relativement bon. La tension artérielle est de 12 1/2 et 9 (au Vaquez). Le pouls bat à 64. L'examen viscéral est négatif ; en particulier, intégrité clinique des poumons, du cœur et du foie.

A noter, *dans les antécédents personnels*, l'existence de plusieurs traumatismes craniens : un premier accident avant la guerre, à la suite d'une explosion de machine ayant provoqué des brûlures de la face et un état de commotion cérébrale importante, l'ayant obligé à rester 15 jours au lit ; un second accident en 1913 au cours duquel il tomba sur la tête dans une fosse profonde de plusieurs mètres : pas de plaie, mais hématome de la région occipitale qui doit être évacué chirurgicalement. Le second accident aurait été suivi d'une perte de connaissance de 48 heures.

Il existe, depuis 18 mois environ, chez N. une céphalée, d'apparition fréquente, localisée du côté gauche plutôt en arrière, intermittente, survenant par crises durant parfois toute la journée, mais ne le gênant pas pour aller à son travail. Dans les mois qui ont précédé le dernier traumatisme, d'août 1934, les maux de tête étaient plus fréquents, plus intenses et plus continus, ils ne s'accompagnaient d'aucun des autres troubles de l'hypertension intra-cranienne ; pas de nausées, de vomissements ou de troubles visuels.

Les radiographies du crâne mettent en évidence des sutures avec colmatage assez important. Pas d'impressions digitales. Pas de trait de fracture. Pas d'image vasculaire anormale.

Ce malade fut opéré par l'un de nous (David), le 28 septembre 1934, sans ventriculographie préalable, étant donnée la précision des signes cliniques.

Large volet occipito-pariéto temporal gauche. Pas de fracture du crâne. Dure-mère excessivement tendue. Pas d'hématome extra-dural. Corne occipitale impossible à trouver.

Incision de la dure-mère de manière à découvrir les lobes occipital et pariétal. Cerveau œdémateux, mais pas d'hématome sous-dural.

Vers le pli courbe, les circonvolutions semblent plus étalées et de coloration jaunâtre. Ponction au niveau du pli courbe : le trocart donne une sensation de légère résistance dans la profondeur (à 3 cm.) et il s'écoule un jet de sang artériel par l'orifice. On se demande s'il ne s'agit pas d'un kyste hématique intra-cérébral post-traumatique, et on incise le cerveau, en arrière du pli courbe, pour explorer. On tombe à 3 cm. de profondeur, sur une masse rougeâtre, très vasculaire, qui a tous les caractères d'une tu-

meur. Elle s'étend en avant et en bas dans le lobe temporal.

Agrandissement de la brèche osseuse en bas et en avant de manière à découvrir la partie moyenne du lobe temporal. Incision de la dure-mère à ce niveau. Le lobe est très distendu. Il est occupé par la tumeur dans sa plus grande partie. Cette tumeur est enlevée par fragmentation et suçage après coagulation à l'électro. On parvient ainsi jusqu'à la corne temporale, qui est ouverte. La plus grande partie de la tumeur est ainsi enlevée. Le cerveau s'est affaissé. Fermeture de la dure-mère. Remise en place du volet osseux. Sutures.

L'examen histologique montre une prolifération tumorale très riche en éléments cellulaires qui, entassés les uns sur les autres, se groupent tantôt en nappes, tantôt en îlots plus ou moins éloignés. Leurs noyaux arrondis ou ovalaires sont entourés d'un fin liseré cytoplasmique ; la substance fibrillaire est réduite de quantité, souvent même elle manque complètement. On voit de très nombreux vaisseaux dont la paroi, la lumière et la gaine périphérique sont littéralement bourrés d'éléments néoplasiques. *Tumeur primitive du système nerveux, très maligne :* neurospongiome ou médulloblastome.

Suites opératoires. — Simples. La température ne dépasse pas 38°2 et l'opéré se lève le 20e jour. L'aphasie demeure très marquée pendant le premier mois, puis s'améliore progressivement durant le mois de novembre. Mais le malade reste pâle, amaigri. En décembre, les céphalées réapparaissent traduisant la récidive précoce ; elles s'accompagnent de crises d'agitation telles qu'on doit passer le malade dans un service spécial. Il y mourra quelques mois plus tard.

PATHOGENIE

Il convient de distinguer au point de vue pathogénique, et Cl. Vincent vient d'y insister dernièrement, l'hématome sous-dural localisé, post-traumatique ou non, et la pachyméningite hémorragique interne type Virchow, le plus souvent bilatérale, qui ne sont vraisemblablement pas la même maladie. Dans cette dernière, qu'on observe souvent chez des malades âgés, artérioscléreux, alcooliques ou aliénés, il existe une inflammation chronique préalable de la dure-mère qui se recouvre de fibrine sur sa face interne. Cette fibrine, en s'organisant, se vascularise à l'excès et ce sont ces vaisseaux de néo-formation, sous l'influence de poussées congestives qui se rompent à leur tour et viennent accroître, par à-coups, l'importance de l'hématome.

Pour les auteurs modernes, rien de semblable dans l'hématome traumatique. Il n'existerait pas d'inflammation méningée préalable. Avant l'accident, dure-mère et arachnoïde seraient saines. L'hémorragie serait le fait initial.

L'hémorragie semble prendre naissance entre la dure-mère et l'arachnoïde, mais on n'arrive jamais à dépister son point de départ. On pense qu'elle se fait aux dépens des veines sous-durales perforantes surtout nombreuses et importantes au voisinage du sinus longitudinal supérieur, dans lequel elles vont se jeter. La rupture vasculaire une fois amorcée, l'hémorragie se fait lentement ; elle s'arrête lorsque la collection sanguine a atteint une pression et un volume suffisants pour équilibrer la contre-pression exercée par le cerveau, à la manière d'un pansement compressif correctement appliqué. Il est à remarquer d'ailleurs que le volume de ces hématomes est presque toujours comparable.

On comprend mal avec une telle théorie essentiellement mécanique, la raison pour laquelle des traumatismes craniens à peu près identiques provoquent chez certains une rupture veineuse, alors que chez d'autres ils restent sans effet. Cette théorie n'explique pas davantage la production d'hématomes en l'absence de traumatisme (forme spontanée) ou à la suite de traumatismes minimes. La fragilité vasculaire, que certains auteurs invoquent en pareil cas, est une hypothèse dont il conviendrait de démontrer sinon l'existence, du moins l'étiologie.

A notre sens, entre la *pachyméningite hémorragique* traduisant une inflammation chronique de la dure-mère, *maladie essentiellement médicale*, et *l'hématome chronique sous-dural* succédant à un traumatisme avéré et dans lequel la dure-mère était saine avant l'accident, *maladie chirurgicale*, il existe toute une série de formes de transition que les procédés modernes d'exploration de l'encéphale permettent de mieux connaître chaque jour et qui constituent de véritables *formes neuro-chirurgicales.* Dans celles-ci, il pourrait exister une altération préalable de la dure-mère ou du cortex. Ces lésions seraient d'ailleurs peu marquées et souvent stabilisées depuis longtemps. Outre les examens histologiques, d'ailleurs discutables comme nous le verrons plus loin, un argument en ce sens est fourni dans deux de nos cas par l'existence d'une *disjonction très marquée de sutures craniennes* (fig. 15 et 16). Comme nous le faisons remarquer plus haut, il est difficile d'admettre que la disjonction des sutures soit contemporaine de l'hématome. Elle n'est, pour nous, que le témoin de manifestations intracraniennes de l'enfance ou ayant débuté dans l'enfance. Il faut noter, d'ailleurs, que chez certains malades, comme celui de l'observation I, par exemple, il existait bien avant le traumatisme, des symptômes d'ordre encéphalique. C'est dans de tels cas qu'il est difficile de savoir si le traumatisme a entraîné une perte de conscience ou si, au contraire, la perte de conscience a précédé la chute sur le crâne.

Quoi qu'il en soit, *le rôle prédisposant d'un processus encéphalo-méningé atténué, mais préexistant, nous paraît probable* dans un certain nombre de cas d'hématomes sous-duraux traumatiques.

L'adhérence entre la dure-mère et l'os, que l'on rencontre assez souvent au cours de ces processus inflammatoires, est peut-être *dans certains cas*, à la base de la rupture veineuse, cause de l'hématome. La dure-mère, fixée à l'os, ne suivrait plus les mouvements du cerveau et ne se déplacerait plus avec lui. Vienne une cause (traumatique ou non) provoquant un affaissement momentané de la masse cérébrale, la corde veineuse intermédiaire entre le cerveau et le sinus se tend à l'extrême et se rompt, et cela d'autant plus facilement que la paroi veineuse peut avoir été fragilisée par une infection préalable.

Un tel mécanisme permettrait d'expliquer la genèse des hématomes dits spontanés ; il expliquerait aussi la bilatéralité, relativement fréquente, de la collection sanguine.

L'explication de la phase de latence prête aussi à controverses. Nombre d'auteurs pensent à l'instar de P. Van Gehuchten et Paul Martin, qui appuient leur opinion sur une excellente étude anatomique, que l'extériorisation des signes cliniques est le fait d'un accroissement de l'hématome par la production, à son intérieur, d'hémorragies secondaires. Ces hémorragies ont leur point de départ au niveau d'importants lacs sanguins qui se trouvent dans la membrane externe du kyste. En s'en référant à la clinique habituelle des tumeurs cérébrales et, en particulier, des méningiomes, une autre explication purement mécanique peut être fournie. Ne voit-on pas des méningiomes parfaitement tolérés pendant des années, s'objectiver brusquement soit grâce à des troubles circulatoires réagissant sur le cerveau lui-même (œdème cérébral), soit par l'intermédiaire de changements brusques dans l'hydraulique du liquide céphalo-rachidien, soit surtout par suite de l'engagement d'un cône de pression temporal ou cérébelleux.



FIG. 15. — Disjonction des sutures craniennes. (Obs. II.)

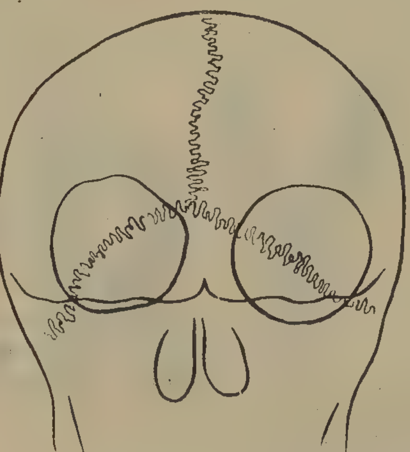


FIG. 16. — Schéma explicatif de la figure 15. (Obs. II.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne retiendrons de l'étude anatomique de ces hématomes sous-duraux que les points qui intéressent la pratique chirurgicale.

Ordinairement unilatérale, quoiqu'on ait signalé des cas de bilatéralité, la collection sanguine se plaque sur la face externe de la convexité cérébrale dans une grande partie de sa surface, empiétant d'ailleurs plus souvent en avant vers le pôle frontal qu'en arrière vers le pôle occipital. Bombée sur ses deux faces, elle a vaguement l'aspect d'une énorme pince de homard qui déprime l'hémisphère correspondant, se créant un véritable lit à son niveau. Elle est limitée par une membrane lisse et fibreuse de 1 à 4 mm. d'épaisseur, qui se clive des méninges adjacentes et, en particulier, de la dure-mère dont elle se sépare sans grande hémorragie, sauf vers la ligne médiane où il peut exister des adhérences vasculaires au niveau du sinus.

Du côté interne, elle est aussi indépendante de l'arachnoïde, mais elle présente quelques adhérences vasculo-sanguines surtout sur ses bords avec les plexus pie-mériens, adhérences qui se rompent avec facilité et dont on peut sans grande peine tarir l'hémorragie, si on dispose de l'électrocoagulation.

La membrane serait d'ordinaire suffisamment résistante pour que contenant et contenu soient enlevés tout d'une pièce. Malheureusement la grande surface de l'hématome rend souvent difficile cette ablation en masse. Le volet est en effet d'ordinaire trop petit, et on doit évacuer la plus grande partie du contenu, pour pouvoir attirer ensuite la partie de membrane, profondément enfoncée.

Le contenu est constitué par un mélange de liquide hématique de coloration ambrée, et de caillots brunâtres, organisés. Dans les cas anciens, il s'agit d'une coque plus résistante encore, contenant à son intérieur de la purée blanche.

Cette membrane qui paraît se constituer aux dépens de l'arachnoïde (Van Gehuchten et Martin), est formée de nombreuses couches stratifiées. Sa partie externe est formée de tissu fibreux bien organisé avec de nombreuses cellules. Sa partie interne contient de nombreux vaisseaux de néo-formation et de larges espaces de forme irrégulière et allongée, parallèles à la surface de la dure-mère. Ces espaces, tapissés de cellules mésothéliales, sont, les uns vides, les autres bourrés de globules rouges, de leucocytes et de débris. On note, en outre, la présence d'une forte infiltration lympho-plasmocytaire. Les méninges adjacentes apparaissent saines.

TRAITEMENT

Le traitement des hématomes sous-duraux est essentiellement *neuro-chirurgical*. Tout comme dans une tumeur cérébrale, il doit être institué dès que le diagnostic a été posé. Assez souvent, d'ailleurs, on fait le diagnostic de tumeur cérébrale et l'hématome est une découverte opératoire.

L'intervention précoce permet d'éviter les altérations définitives des nerfs optiques qu'il faut toujours redouter quand on laisse évoluer longtemps une stase

papillaire, même quand elle ne s'accompagne pas encore de baisse prononcée de l'acuité visuelle. En effet, « on ne peut être certain de conserver dans tous les cas la vision existant au moment de l'intervention. Chez certains malades les phénomènes d'atrophie papillaire semblent se poursuivre et ceci aussi bien chez ceux atteints de stase papillaire que chez ceux ayant une compression directe » (David et Hartmann) (1).

De même, l'intervention précoce préviendra les accidents brutaux, qu'il faut toujours redouter en pareil cas (coma, état de mal épileptique, mort subite), et qui sont en rapport soit avec la généralisation de l'œdème cérébral, soit avec l'engagement du cône de pression temporal (Cl. Vincent, M. David, F. Thiébaut).

Quoi qu'il en soit, le côté malade ayant été précisé par les signes cliniques et la ventriculographie, on interviendra par un *large volet fronto-pariétal.* Nous insistons, en pareil cas, sur la nécessité d'un large volet, sans lequel il serait très difficile d'extirper l'hématome en grande partie ou en totalité et avec sa coque. Le refoulement en masse du ventricule sur les radiographies, l'étiologie traumatique, seront ici une indication, sinon pour le diagnostic étiologique, du moins pour le diagnostic topographique.

Le volet est, en général, soulevé sans difficulté. La dure-mère apparaît alors avec des caractères assez particuliers, en quelque sorte pathognomoniques. Elle est de teinte livide (par transparence), feuille morte, sur toute son étendue. Elle est gonflée, débordant souvent le rebord osseux, et il n'est pas rare qu'elle se montre fluctuante à la palpation.

Un large lambeau dure-mérien est ensuite relevé. D'ordinaire, l'incision de la dure-mère ouvre aussi le feuillet superficiel de la coque, en raison de son adhérence à celle-là. Il s'écoule un liquide ambré, assez fluide.

L'ablation de l'hématome d'*une seule masse* avec sa coque est parfois possible (Cl. Vincent), quand il n'est pas trop étendu, qu'il est de consistance assez résistante et que le volet est assez grand. En général, on doit *fragmenter l'hématome.* On ne doit pas oublier qu'il existe des *adhérences vasculaires* entre la face profonde de la coque et le cerveau. Celles-ci sont particulièrement développées vers la ligne médiane, au niveau des veines afférentes au sinus longitudinal supérieur. Aussi la capsule doit-elle être détachée avec précaution, et chaque bride vasculaire contrôlée à l'électrocoagulation, sous peine d'hémorragies pie-mériennes qui diffusent rapidement. C'est pour cette raison qu'il est dangereux, quand le volet est trop petit, d'attirer au dehors la partie restante de la coque, profondément enfouie vers le lobe occipital. Il semble préférable, en pareil cas, de vider la cavité résiduelle de ses caillots à l'aide de l'aspirateur, puis de laisser en place les deux feuillets de celle-ci et de les accoler à l'aide d'une série de clips. On peut aussi border de petits fragments musculaires, le pourtour de la cavité.

Une fois l'hématome enlevé, partiellement ou en totalité, la dure-mère sera *suturée complètement.* L'hémostase en sera faite d'une manière rigoureuse, car elle est très saignante. Les hématomes extra-duraux, cas post-opératoire, ne sont pas rares et nécessitent souvent une réintervention dans les jours qui suivent. Aussi une *bonne précaution* consiste-t-elle en la *résection complète du lambeau dure-mérien,* qu'on sépare ainsi de toute connexion vasculaire. Ce lambeau est ensuite suturé à tout le pourtour duremérien. On peut aussi le remplacer par un fragment de fascia-lata.

Une telle manœuvre ne tend pas seulement à éviter la production de l'hématome extra-dural, mais prévient encore certaines récidives de l'hématome sous-dural, en rapport avec un nouveau suintement sanguin de la face profonde de la dure-mère, au niveau des anciennes zones d'adhérence.

Il est bon aussi de prendre une autre précaution : *l'injection dans le ventricule latéral d'une certaine* quantité de liquide de Ringer (20 à 40 cm^3), sitôt la dure-mère suturée. Le cerveau, comprimé depuis longtemps, est en effet *aplati*, et à l'inverse de ce qu'on observe dans la plupart des tumeurs, le demeure après l'ablation de l'hématome. La dure-mère qui le recouvre se déprime avec grande facilité, ce qui forme, comme notre maître Cl. Vincent le répète souvent, un véritable « point d'appel » pour l'hématome extra-dural. Le regonflement du cerveau pare à un tel inconvénient.

Le volet osseux est ensuite rabattu et le cuir chevelu suturé sans drainage.

En agissant de la sorte et à condition que les malades ne soient pas dans un état trop précaire, le pronostic opératoire est généralement assez favorable. Le pronostic éloigné est bon, et la récupération fonctionnelle souvent complète.

Pour terminer, nous signalerons que dernièrement H.-W. Fleming et O.-W. Jones (de San Francisco) ont proposé « *le simple drainage* » comme méthode de traitement.

Celui-ci est pratiqué à l'aide de 4 trous de trépan paramédians : frontal droit et frontal gauche et occipital droit et gauche, analogues à ceux qu'on pratique lors d'une ventriculographie. La dure-mère incisée, le liquide hématique est évacué et la cavité lavée abondamment avec la solution de Ringer.

Il semble que cette méthode soit surtout indiquée chez les sujets comateux ou chez lesquels on est certain du diagnostic, ou encore en cas d'hématome bilatéral.

(Travail du service neuro-chirurgical du docteur Cl. Vincent, hôpital de la Pitié.)

(1) MM. David et E. Hartmann : Les symptômes oculaires dans les méningiomes de la petite aile du sphénoïde, *Annales d'oculistique*, mars 1935.

Endocrinologie, par Noël Fiessinger, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. Un volume de 152 pages, avec 19 figures. (Collection des Initiations médicales.) — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

Essai sur l'immunité, par J. Basset, professeur à l'Ecole Nationale vétérinaire de Lyon. In-8° raisin 25 × 16,5, 88 pages, 1936. — Prix : 8 fr. — Paris, Vigot frères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er AVRIL 1936)

La colite ulcéro-hémorragique. — M. MOULONGUET a opéré sans grand succès trois cas de colite ulcéro-hémorragique.

A ce propos, M. ROUX-BERGER rappelle l'intérêt de l'anus à éperon sur le côlon ascendant dont il rapportait 10 cas en 1923.

Névralgie du glosso-pharyngien. — M. CHARBONNEL apporte un complément à l'observation qu'il présenta le 7 novembre 1934.

Cholécystostomie pour ictère prolongé de cause médicale. — M. MOCQUOT rapporte deux observations de M. Bergouignan (Evreux) qui, par ce moyen, guérit deux malades : le diagnostic étiologique de l'ictère ne put être posé.

Syndrome de Volkmann. — M. LEVEUF en rapporte deux observations : la première, de M. Salmon concerne un syndrome de Volkmann traité par artériectomie au 27e jour sans succès ; puis guéri par une résection diaphysaire de trois centimètres. La seconde de M. Perrot n'a pas été mieux améliorée par l'artériectomie et a fini par guérir à peu près spontanément. Le rapporteur insiste à ce propos sur la constance des lésions nerveuses et sur les échecs presque constants de l'artériectomie.

Glycémie et opération chirurgicale. — M. LAMBRET a observé, à côté de l'hyperpolypeptidémie et de l'hypochlorurémie post-opératoire une hyperglycémie parallèle à la mobilisation des polypeptides. Il en discute le mécanisme et montre les immenses avantages dans les suites opératoires à côté de la rechloruration de l'injection simultanée de glycose et d'insuline : 100 gr. de sérum glycosé à 30 p. 1000 et 15 unités d'insuline.

M. FREDET, à ce sujet, rappelle les belles recherches de Roscher (Oslo).

Le traitement du cancer du col utérin au centre anticancéreux de l'hôpital Tenon en 1928, 29, 30 et 31. — MM. GERNEZ et MALLET apportent leur technique et les résultats qu'ils ont obtenus. Dans tous les cas, le premier temps consiste en une destruction du col au bistouri électrique par électro-coagulation. On fait ensuite l'application du radium par colpostat plastique. Enfin, toutes les malades ont subi en outre soit de la curiethérapie à distance, soit de la radiothérapie, soit une association des deux irradiations. Les auteurs envisagent ensuite les indications précises des diverses techniques et donnent leurs résultats :

Pour les degrés 1 : 64 % de succès.
Pour les degrés 2 : 50 % de succès.
Pour les degrés 3 : 45.5 % de succès.
Pour les degrés 4 : 7 %.

D'une façon très générale, les malades non récidivées au bout de 18 mois sont assurées d'une longue survie.

Gastrectomies pour ulcère. — M. J. DUVAL (Le Havre) apporte une statistique intégrale de 105 gastrectomies sans un seul décès. Il donne des détails sur les suites opératoires et sur sa technique.

(SÉANCE DU 22 AVRIL 1936)

Arthrorise des pieds bots. — M. LANCE a pratiqué cinquante arthrorises par enchevillement transastragalocalcanéen avec des succès presque constants.

La butée postérieure qui ne porte que le poids du pied ne se fracture pratiquement jamais ; l'antérieure qui supporte le poids du corps se fracture lorsqu'elle est trop grêle.

Chez le jeune, la butée ne permet pas de résultat définitif, mais seulement d'attendre l'âge des interventions définitives.

Paraplégie pottique. Laminectomie sans résultat. Amélioration progressive spontanée. — M. Sorrel, ayant observé une paraplégie récente, crut pouvoir l'améliorer par une large laminectomie portant sur cinq vertèbres. On trouve des amas de fongosités et l'on retire par ponction 10 cm. de pus d'un abcès intra-rachidien. La cicatrisation se fait per primam, mais sans aucune modification des signes nerveux, et c'est seulement 10 mois plus tard après un long séjour à Berck qu'apparaît une amélioration progressive.

L'auteur termine en montrant les dangers de la laminectomie du point de vue statique.

Diagnostic des tumeurs osseuses. — M. Sorrel présente et commente une série de fort belles radiographies. L'analyse d'une telle communication est impossible : nous en pouvons seulement retenir qu'une décision ne saurait être basée que sur un accord complet entre la radio et la clinique.

M. H. Hartmann rapporte une observation de métastase de tumeur du foie prise pour un sarcome.

L'intervention dans l'ostéomyélite aiguë. — M. Mathieu estime que l'on doit tenir compte à la fois de l'évolution clinique et du siège : il estime par exemple que l'on est en droit de temporiser en présence d'une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur, mais que par contre, l'intervention s'impose, précoce, dans les ostéomyélites des métaphyses du genou.

Hémipancréatectomie gauche pour pancréatite chronique. — M. Brocq rapporte trois observations de M. Mallet Guy (Lyon) qui a pu guérir trois malades par résection du corps et de la queue du pancréas. Le rapporteur insiste sur le tableau clinique résumé par des douleurs, sur l'intérêt du bistouri électrique, et rappelle enfin les techniques abandonnées de pancréatolyse et de pancréatostomie.

M. Mauclaire a eu l'occasion d'énucléer une tumeur de la tête du pancréas qui se révéla maligne à l'examen histologique.

REUNION DES PHTISIOLOGUES DU NORD DE LA FRANCE

(SÉANCE DE DÉCEMBRE 1935)

La rétractilité réflexe dans le pneumothorax thérapeutique. — MM. H. Warembourg et R. Swynghedauw rappellent les différentes théories pathogéniques émises au sujet du processus rétractile réflexe du parenchyme pulmonaire.

Ils ont injecté un milligramme d'atropine à 36 malades, porteurs d'un pneumothorax thérapeutique. Dans 22 cas, la pression endo-pleurale subit une augmentation, allant de 1 à 4 cm. d'eau ; l'atropine agit surtout sur les lobes sains, plus ou moins atélectasiés, par conséquent dans les pneumothorax contro-électifs et dans les pneumothorax complets à collapsus très poussé.

D'après les auteurs, l'atropine aurait une action sur le spasme bronchique et l'expansion du parenchyme.

Pratiquement, cet effet pharmacodynamique de l'atropine pourrait être utile pour compléter ou parfaire un collapsus électif.

La moelle osseuse des tuberculeux. — M. E. Houcke a examiné un certain nombre de moelles osseuses provenant de sujets morts de tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique, chez lesquels une numération et une formule sanguine avaient été pratiquées. Dans l'ensemble, il a retrouvé les altérations signalées par Josué, Rieux et Cain et distingué les types histologiques suivants : A) sclérose de la moelle. B) Moelle macrophagique. C) Réaction érythroblastique. D) Réaction myéloïde. E) Moelle grasse.

Si les formations tuberculeuses sont extrêmement rares (on ne les constate que dans 10 % des cas), il n'est pas exceptionnel d'observer une dissémination agonique des B. K.

En règle générale, les lésions médullaires dans la tuberculose sont associées à d'importantes modifications sanguines du type anémique. Cependant, il n'y a pas un rapport étroit entre l'histologie pathologique et les constatations hématologiques. Certaines réactions érythroblastiques ne s'accompagnent pas de diminution notable des cellules rouges, ou déterminent, sans modification de la série anémique, la présence de globules nucléés dans le torrent circulatoire.

Sur cinq cas d'opération de de Winter et Seebrechts. — MM. Jean Minet et H. Warembourg rapportent les résultats obtenus dans cinq cas de tuberculose pulmonaire, par l'apicolyse selon le procédé de de Winter et Seebrechts, procédé qui utilise comme masse de plombage les muscles pectoraux restés en connexion avec leurs vaisseaux et leurs nerfs.

Dans un cas, il s'agissait d'une tuberculose unilatérale strictement apicale et peu évolutive : le résultat fut parfait et la guérison complète.

Dans un autre cas, l'apicolyse fut tentée dans le but d'oblitérer une caverne immédiatement sous-claviculaire. Le résultat immédiat fut mauvais. Par contre, après un an, la malade avait cicatrisé complètement sa caverne et, depuis, la guérison fut maintenue : il y a lieu d'insister sur cette guérison à retardement, connue peu après l'opération de de Winter et Seebrechts.

Ce résultat heureux, en dépit de l'extension assez grande des lésions, incita les auteurs à préconiser l'apicolyse à la Seebrechts dans trois cas de lobite supérieure droite dépassant largement l'apex. Les résultats furent mauvais dans l'ensemble, et il fallut, par la suite, envisager la mise en œuvre d'autres thérapeutiques.

La conclusion est qu'il faut réserver l'apicolyse avec plombage musculaire au traitement de lésions rigoureusement localisées à l'apex : elle constitue, dans ces conditions, une excellente opération, peu choquante, peu mutilante et rapidement curative. Une indication de plus est réalisée si l'on se trouve en présence d'une femme : dans ce cas, en effet, la masse de plombage peut être augmentée d'une bonne partie du sein et se montre ainsi plus efficace.

Par la suite, même quand la masse de plombage tend à se résorber (elle l'a fait, dans l'une des observations, de plus de deux tiers de son volume primitif), la lésion ne manifeste pas de tendance à la récidive.

Au contraire, dans les lésions dépassant l'apex, l'apicolyse ne paraît pas indiquée, même si on la fait suivre, comme le recommandent de Winter et Seebrechts, d'une thoracoplastie : la thoracoplastie primitive semble dans ces cas de nature à assurer la guérison avec un coefficient de chances bien plus grand.

Maladie kystique du poumon. — MM. R. Legrand et O. Brichant rapportent l'observation d'une femme de 33 ans qui présentait cinq cavités, au sommet du poumon droit, facilement injectées par le lipiodol. L'évolution de la maladie et l'absence de bacilles de Koch permirent de poser le diagnostic de maladie kystique du poumon. Les auteurs insistent sur la rareté de cette affection, sur sa pathogénie, souvent d'origine congénitale, et sur son évolution, qui est celle d'une infection bronchique chronique.

Phtisie des mineurs et pneumothorax. — MM. LIENHARDT, DEPOIRE et DELANNOY rapportent cinq observations de mineurs présentant des lésions associées de pneumokoniose et de tuberculose pulmonaires. Chez deux de ces malades, l'institution d'un pneumothorax thérapeutique fut néfaste.

Les auteurs se demandent s'il faut néanmoins ne pas faire bénéficier les trois autres de la collapsothérapie. Ils concluent par l'affirmative, à condition que les malades soient préalablement soigneusement observés.

Caverne géante isolée de la base droite. — M. A. HAYEM rapporte l'observation d'un jeune homme, porteur d'une volumineuse cavité tuberculeuse de la base droite. Il insiste sur le siège exceptionnel de cette cavité et présente plusieurs radiographies.

NOTES POUR L'INTERNAT

ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE [1]

FORMES CLINIQUES

Nous citerons simplement ;

— Les *formes suivant le siège* :

— Ulcère juxtacardiaque ;

— Ulcère juxtapylorique,

donnant des signes de retentissement orificiel ; mais il faut savoir qu'un spasme réflexe surajouté peut donner un faux syndrome de localisation.

— Les *formes révélées par une complication.*

Quant aux formes révélées uniquement par l'examen radiologique, il faut être extrêmement prudent avant de les accepter.

Diagnostic positif. — Le diagnostic clinique est basé essentiellement sur l'interrogatoire et repose sur l'évolution périodique des crises douloureuses tardives.

Le diagnostic de siège n'est qu'un diagnostic basé sur des nuances.

La certitude ne sera donnée que par l'examen radiologique.

L'examen des selles et le tubage fournissent des signes d'appoint importants.

Diagnostic différentiel. — Il faut éliminer :

I. LES RÉACTIONS GASTRIQUES des cholécystites ; douleurs tardives à périodicité souvent spéciale (crises de 3 jours), à répétition plus rapprochée, causées par la fatigue, certains aliments, la période prémenstruelle avec vomissements bilieux, nausées fréquentes, débâcles diarrhéiques parfois.

A l'examen, on retrouve une sensibilité vésiculaire, un signe de Murphy.

Le tubage duodénal et la radiographie vésiculaire donneront des signes d'appoint importants.

De *l'appendicite chronique* : douleurs plus basses, nausées fréquentes, fébricules, douleur au point de Mac Burney, signes radiologiques.

Des *colites* : alternative de diarrhée et de constipation ou prédominance marquée de l'une d'elles, importance des erreurs alimentaires, des perturbations nerveuses, douleur sur le trajet colique, côlon spasmé.

Des *néphrites chroniques* azotémiques.

Des *salpingites.*

II. LES CRISES GASTRIQUES DU TABÈS, à début brutal.

— Avec vomissements incoercibles ;

— Avec atteinte intense de l'état général pendant la crise ;

— A terminaison brutale sans aucun signe dyspeptique entre les crises.

Il faut noter que les autres signes du tabès (Argyll, troubles moteurs, réflexes, etc.) peuvent n'être qu'intermittents et ne se voir qu'au cours de la crise.

III. LE CANCER ULCÉRIFORME de l'estomac. Classiquement, l'histoire serait absolument comparable à celle de l'ulcus pendant longtemps.

En fait, il semble qu'il s'agisse surtout de dyspeptiques anciens chez lesquels vers 40 à 50 ans surviennent des douleurs tardives.

L'appétit est encore conservé, le malade n'a pas encore maigri.

Le chimisme gastrique est souvent encore normal. La radiographie montre une niche.

Certains signes doivent faire émettre un doute sur la nature ulcéreuse de l'affection.

— La persistance de la période douloureuse.

— La disproportion entre la taille de la niche et le peu d'ancienneté des douleurs gastriques à type ulcéreux net.

— L'absence des réactions gastriques habituelles dans l'ulcus : hyperkinésie, encoche.

— L'interruption des plis.

Quelquefois d'ailleurs, l'aspect de la niche est très spécial, c'est la « niche en plateau » (Gutmann), ulcération large, peu profonde et raide.

IV. LA SYPHILIS GASTRIQUE. Affection rare, mais qui peut donner les signes cliniques et radiologiques de l'ulcus.

Il faut la soupçonner si le malade est syphilitique et faire l'épreuve du traitement.

V. LES GASTRITES HÉMORRAGIQUES simples pouvant donner des douleurs simulant l'ulcus,

— Des hémorragies,

— De l'hypersécrétion avec hyperchlorhydrie, mais ne donnant pas radiologiquement de signes directs d'ulcus, mais un aspect flou des contours gastriques avec quelquefois des incisures, des encoches.

On conçoit la difficulté du diagnostic avec une hémorragie, premier symptôme d'un ulcus.

VI. LES AUTRES ULCUS GASTRO-DUODÉNAUX. L'*ulcus pylorique* se différencie par son retentissement orificiel, ses vomissements plus fréquents, ses signes sténosants.

L'ulcus duodénal donne schématiquement des douleurs plus tardives, siégeant plus bas, à droite de la ligne médiane. Les crises sont souvent plus espacées et dans leur intervalle, le fonctionnement gastrique est tout à fait normal.

En fait, c'est la radiologie qui montre le siège exact de l'ulcus et nous ne pouvons pour conclure qu'insister sur l'importance primordiale pour le diagnostic :

— D'un interrogatoire extrêmement soigneux ;

— D'un examen radiologique, complet, correct et bien interprété.

JEAN FERROIR.

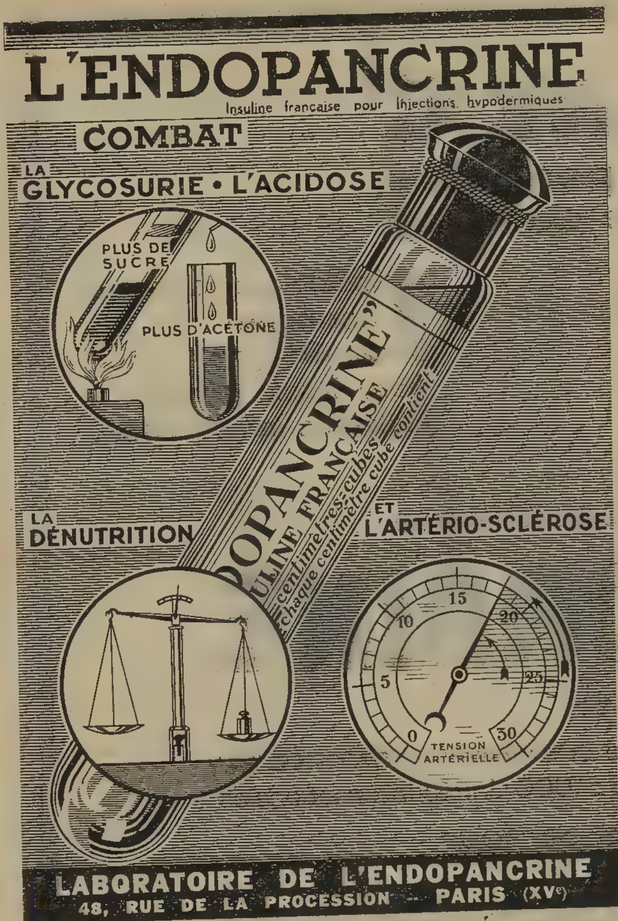
(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 35, p. 610; n° 37, p. 670; n° 41, p. 744.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 25 mai. — Jury : MM. Clerc, président ; Couvelaire, Loeper, Portes. — M. DEBRAY. Etude clinique de la lymphadénie tuberculeuse. — Mlle KAZAKIEWICZ. Epidémie de diphtérie chez les nouveau-nés (Maternité Lariboisière). — Mlle VACHER. Sur la présentation du siège décompleté, mode de fesses chez la primipare. Etude statistique et thérapeutique. — Mme DAVID. Les épreuves d'insuffisance hépatique dans la spirochétose ictérigène.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Une révolution dans la littérature du praticien a été véritablement accomplie en une année par notre confrère, le Dr Desfour, de Montpellier, avec sa publication des *Fiches de pratique médicale*, qui vient d'être achevée.

L'aspect de cette publication, c'est une collection de 1.000 fiches ou monographies de 2 à 12 pages chaque, formant une masse imposante de 3.500 pages imprimées sur carton gr. in-8°, toutes rangées dans une grande boîte que le médecin peut tenir sur sa table de travail ou à proximité sur un chariot approprié.

Son contenu, c'est toute la connaissance médicale conçue, rédigée et réalisée par des praticiens, à l'usage des praticiens. Les mille fiches de 1935, mises au point, sous la direction effective de maîtres de Facultés françaises et étrangères, par les meilleurs spécialistes, sont toutes signées de noms connus. La devise des éditeurs « chaque fiche est signée, chaque signature fait autorité » a été parfaitement exécutée et constitue la meilleure garantie scientifique de l'ouvrage.

Il est difficile, sinon impossible d'analyser cette œuvre considérable qui en contient mille. Qu'il nous suffise de dire que beaucoup sont de véritables réussites de clarté, de concision et par conséquent de la plus grande utilité pour le médecin pressé, comme pour l'interne ou pour le travailleur.

Les fiches de remplacement, c'est-à-dire de nouvelles mises au point, ainsi que les fiches de complément traitant de questions médicales nouvelles ou spéciales, sont annoncées pour cet été.

L'Administration centrale des *Fiches de pratique médicale* est à Bruxelles, 15, boulevard Baudouin.

N° 44. — SAMEDI 30 MAI 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX D'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION. — Le gouvernement de la République cite à l'ordre de la nation :

Davioud (Jacques-Marie-Léon), ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin contractuel de l'assistance médicale indigène : chirurgien de haute valeur, animé du plus haut esprit de devoir, demandait à l'aviation les moyens de répondre, dans les moindres délais, aux appels de plus en plus nombreux des personnes qui, dans la grande île, avaient besoin de ses services. A trouvé la mort au cours d'une tournée médicale en avion.

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX (admissibilité). — *Epreuve de médecine opératoire.* — Séance du 25 mai. — MM. Lepage, 17; Bidoire, 14; Suzor, 19.

Epreuve clinique. — Séance du 26 mai. — MM. Bidoire, 18; Suzor, 19; Lepage, 16.

— CONCOURS D'OTO-RHINO LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX (admissibilité). — *Médecine opératoire.* — Séance du 26 mai. — MM. Bourgeois, 17; Maduro, 20; Lévy, 18.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Le poste de chirurgien à l'infirmerie des prisons de Fresnes est actuellement vacant.

Aux termes de la loi du 12 août 1933 (*Journal officiel* du 17 août), cet emploi est réservé par priorité aux praticiens titulaires d'une pension d'invalidité pour faits de guerre.

Les candidatures seront reçues à la Préfecture de police (sous-direction du personnel), jusqu'au 9 juin inclus.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour trois emplois de chef de clinique adjoint à la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts est ouvert le 20 juillet 1936.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français, âgés de moins de quarante ans.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, tous les jours (sauf les dimanches et jours fériés), de 9 à 18 h., jusqu'au samedi 11 juillet 1936 inclus.

HÔPITAL-HOSPICE DE FONTAINEBLEAU. — Un concours pour la nomination de trois internes en médecine et en chirurgie aura lieu à l'hôpital mixte de Fontainebleau le 20 juin 1936, à 8 h. 30.

Tous renseignements relatifs au concours seront donnés au bureau de l'économat, les jours non fériés, de 9 à 11 h. et de 14 à 16 h.

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — *Section de médecine générale. — Leçon d'une heure.* — Séance du 26 mai. — M. Lelong : « Hémophilie. »

M. Andrieux : « Sclérodermie. »

M. de Gennes : « Accidents de l'arsénothérapie. »

M. Coste : « Le problème du rhumatisme tuberculeux. »

M. Josserand : « Néphrites mercurielles. »

Séance du 27 mai. — M. Barral : « La pathogénie des œdèmes. »

M. Desforges-Mériel : « Aortites syphilitiques. »

M. Gré : « La maladie amyloïde. »

M. Levrat : « Les cirrhoses pigmentaires. »

M. Broustet : « Les péritonites à pneumocoques. »

Séance du 28 mai. — M. Fabre : « Le rein dans la scarlatine. »

M. Stillmunkès : « Le pancréas dans le diabète. »

M. Michon : « Maladie du sérum. »

M. Garcin : « Infarctus du myocarde. »

M. Kourilski : « Médiastinite syphilitique. »

ÉCOLE CENTRALE DES ARTS ET MANUFACTURES. — Le poste de maître de conférences d'hygiène médicale est actuellement vacant à l'Ecole centrale des Arts et Manufactures.

Les candidats devront adresser leur demande, accompagnée de leurs titres, à M. le directeur de l'Ecole centrale, 1, rue Montgolfier, Paris (IIIe), dans un délai d'un mois à dater du 17 mai.

SANATORIUMS PUBLICS. — Ont été nommés médecins adjoints :

M. le docteur Brunet, au sanatorium de la Bucaille, à Aincourt (Seine-et-Oise).

M. le docteur Perrier, au sanatorium du département du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

HÔPITAL HENRI ROUSSELLE. — Une série de conférences et de démonstrations techniques à l'usage des médecins et internes des hôpitaux psychiatriques et des asiles aura lieu à l'hôpital Henri Rousselle du 14 au 21 juin.

Le but de cet enseignement est de mettre à la disposition des médecins psychiatres des techniques éprouvées susceptibles d'être pratiquées avec un matériel restreint.

Prière de s'inscrire à la direction de l'hôpital Henri Rousselle avant le 1er juin.

Droit d'inscription : 100 fr.

Le jubilé parlementaire du docteur Chauveau. — Notre confrère le docteur Chauveau a été élu sénateur de la Côte-d'Or le 19 juin 1910. Depuis, il a toujours été réélu. Ses amis viennent de fêter son jubilé parlementaire, sous la présidence de M. Jeanneney, président du Sénat.

De nombreux confrères, notamment le docteur Siredey, ancien président de l'Académie de Médecine, assistaient à la cérémonie. C'est que personne n'a oublié le rôle important joué par M. Chauveau dans la Commission d'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale dont il a été longtemps président. Comme président du groupe médical parlementaire, M. Chauveau a donné d'innombrables preuves de son dévouement à notre profession. C'est avec un sentiment de gratitude et de cordiale amitié que nous nous associons à l'hommage rendu à notre éminent confrère et ami.

Association Générale des Médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle vient d'avoir lieu à l'hôtel Chambon, siège social de l'Association, sous la présidence de M. Chapon, président.

Cinquante Sociétés départementales étaient représentées par leurs présidents et délégués.

M. Bongrand, trésorier, a rappelé que l'Association avait distribué en 1935, en secours à la famille médicale, *plus d'un million de francs.*

Après le rapport du docteur Lutaud, Secrétaire général, l'Assemblée étudia les vœux émis au cours de l'année par les Sociétés locales, puis suivit une discussion courtoise mais animée au sujet d'un projet de retraite du médecin, émanant du docteur Boullard, de l'Orne. Ce projet, substitué au projet primitif élaboré l'an dernier par ce confrère, prend désormais la forme mi-capitalisation mi-répartition adoptée par le Conseil général. Un versement annuel de 200 francs — qui sera transféré au nom de chacun à la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse — sera exigé pour avoir droit à la répartition des dons.

Ce projet a été voté à l'unanimité moins une voix et quelques rares abstentions.

D'autre part, il a été bien spécifié par l'Assemblée que l'Association Générale accepterait des dons, mais ne patronnerait et n'organiserait dans ce but aucune publicité commerciale.

M. Malbois, de Versailles, a été élu membre du Conseil.

Le soir, un banquet de 85 couverts a réuni les présidents et délégués des Associations départementales. Des discours ont été prononcés par M. Chapon, président ; M. Tissier-Guy, président du Syndicat des Médecins de la Seine ; M. Dibos, président d'honneur de la Confédération des Syndicats médicaux français ; M. Dartigues, président-fondateur de l'Umfia ; M. Gadaud, sénateur de la Dordogne ; M. Cunéo, président de la Maison du Médecin ; M. Siredey, vice-président de l'Association, ancien président de l'Académie de Médecine.

L'Association Médicale de Clinique Internationale de Tunbridge Wells donnera, les 3, 4, 5 et 6 juin, à Londres et à Tunbridge Wells, des journées médicales, sous la présidence du professeur et Mme Joliot-Curie.

Cette manifestation en l'honneur de la science française comprendra :

Les 3 et 4 juin, une réception à la Clinique Internationale et à l'Hôtel de Ville, par la municipalité de Tunbridge Wells.

Le 5 juin, voyage en car à Londres, où une conférence sur « la Synthèse des nouveaux éléments radio-actifs », par le professeur et Mme Joliot-Curie, sera faite à 17 heures, sous la présidence de l'Hon. Earl of Lytton.

Cette réunion sera suivie d'un dîner privé à Londres, à l'hôtel Langham. Retour à Tunbridge Wells en car.

Le 6 juin, une garden party est organisée à la Clinique Internationale, en l'honneur du professeur et Mme Joliot-Curie, précédée de conférences médicales sur la physiologie et la pathologie de la glande thyroïde et son traitement, par les docteurs Thompson, Cameron, Playfair, David Haler, Cameron Wright, avec projections et films.

Tous les confrères qui désirent participer à ces journées médicales pourront écrire directement au Secrétariat général de l'International Clinic, Sherwood Park, Tunbridge Wells (Angleterre), qui leur enverra des cartes d'invitation.

RENSEIGNEMENTS

GRAND APPARTEMENT à louer, 159, faubourg Poissonnière. Escalier particulier. Conviendrait bien pour un docteur.

DOCTEUR rec. dame 50 ans, éduc. parf., réf. mor. 1er ord., dés. tr. sit. chez Dr pr réc. cl., tél., pet. compt., dirig. intér., accomp. Dr stat. therm. été et hiver. — Renseign. : Mme le Dr Lesieur, 21, place de la République, Caen (Calvados).

LIVRES NOUVEAUX

Conférences cliniques de médecine infantile. *Quatrième série* (1), par H. GRENET.

Cet ouvrage comprend quatorze leçons, de sujets divers, mais toutes d'un indiscutable intérêt pratique.

Que penser des *formes chroniques et curables de la tuberculose miliaire chez l'enfant ?* Depuis quelques années, on parle beaucoup de granulies curables, de granulies froides, de granulies chroniques. Avant de discuter leur existence, l'auteur rappelle qu'à la suite des travaux de F. Bezançon et de J. Delarue, on n'oppose plus tuberculose miliaire et granulie, et que, dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de lésions micro-nodulaires diffuses. Assurément, il existe des granulies curables ; des granulies froides, pouvant se terminer par méningite ; des granulies chroniques ; mais les unes et les autres sont exceptionnelles, et il ne faut pas oublier que leur diagnostic se fonde essentiellement sur des images radiologiques, d'interprétation souvent malaisée, d'autant que des aspects analogues ont été signalés en dehors de la tuberculose.

S'il est une question à l'ordre du jour, c'est bien celle des *abcès du poumon.* Chez l'enfant, ils offrent un certain nombre de particularités : début possible à la suite d'une amygdalectomie, participation fréquente d'un élément bronchique ou pleural, importance prépondérante, pour leur diagnostic, des épreuves radiographiques, fréquence relative des guérisons spontanées, utilité de certains traitements médicaux : injections intraveineuses d'alcool, souscutanées d'émétine, nécessité, dans bien des cas, de recourir à la pneumotomie.

Les *tumeurs du médiastin*, quoique rares dans le jeune âge, posent d'importants problèmes, tant par les troubles fonctionnels qu'elles engendrent que par leurs symptômes objectifs, cliniques ou radiologiques ; elles peuvent être la cause d'erreurs de diagnostic. D'autre part, elles nécessitent une thérapeutique active, surtout représentée par la radiothérapie.

Rien de plus fréquent que *les brûlures chez les enfants ;* les unes succèdent à un coup de soleil ou sont le fait des rayons ultra-violets, les autres sont produites par l'application d'un cataplasme sinapisé trop chaud, l'administration d'un bain donné à une température trop élevée, l'ingestion d'un liquide caustique, etc. Localisées et superficielles, elles comportent un pronostic favorable. Etendues ou profondes, elles acquièrent une exceptionnelle gravité et doivent être l'objet de soins attentifs, encore qu'éclectiques.

La scarlatine aime les jointures. Quelle est la nature de ce *rhumatisme scarlatin ?* Il faut distinguer les accidents initiaux, qui possèdent tous les caractères du pseudo-rhumatisme, et les accidents de la période d'état et de la convalescence, qui, conformément à la théorie de Gallavardin (de Lyon), relèvent du rhumatisme articulaire franc. Il faut aussi faire une place au rhumatisme chronique, d'ailleurs exceptionnel.

Rien de plus délicat, dans certaines circonstances, que le *diagnostic de la scarlatine.* Ne doit-il pas éliminer, au début, les rashs de la varicelle et de l'aorte, l'érythème desquamatif scarlatiniforme récidivant, les érythèmes médicamenteux ? Ne doit-il pas faire état des scarlatines malignes, apyrétiques ou frustes, des scarlatines survenant chez les brûlés et chez les opérés, des scarlatines puerpérales ? Ne doit-il pas envisager les complications ? N'y a-t-il pas lieu, parfois, de recourir à la réaction d'extinction ?

Il semblait bien qu'il n'y avait rien de nouveau à dire sur le *rachitisme*, depuis tant d'années que les médecins l'étudient. Et pourtant, que d'acquisitions nouvelles, les unes d'ordre clinique, les autres d'ordre radiologique, d'autres encore d'ordre étiologique et thérapeutique : rôle de la syphilis, de l'hérédité, de l'anhélie, production d'un rachitisme expérimental non superposable au rachitisme humain (A.-B. Marfan), administration de rayons ultra-violets, prescription d'un régime établi de manière à éviter les diverses carences !

D'autres leçons, concernant la *dysostose cranio-faciale*, la *neuro-fibromatose*, les *hémorragies méningées*, les *splénomégalies*, la *syphilis acquise*, le *traitement de la syphilis*, terminent ce livre, écrit avec une élégante clarté, riche d'expérience, et dont de belles radiographies rendent la lecture encore plus attrayante. Un magistral avant-propos sur le *secret médical* montre, à ceux qui pourraient encore l'ignorer, que, chez M. Henri Grenet, l'élévation des sentiments ne le cède en rien à la solidité de la doctrine. La librairie Vigot, de son côté, n'a rien négligé pour que ces nouvelles conférences cliniques soient en tous points dignes des précédentes. On peut donc, sans s'avancer, leur prédire un légitime succès. L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 337 pages. — Paris, Vigot frères.

L'hygiène de l'enfant (1). Causeries, par le docteur ROCAZ (de Bordeaux).

C'est un livre de vulgarisation, particulièrement destiné aux mères, aux infirmières et, d'une façon générale, à tous ceux qui ont la charge d'élever ou d'éduquer des enfants.

Mais il doit intéresser aussi les médecins, parce qu'il constitue un traité complet d'hygiène des enfants, sains ou malades, depuis la naissance jusqu'à l'adolescence, adapté à la vie sociale et aux mœurs actuelles et, pour cette raison, différant des nombreux ouvrages du même genre parus antérieurement.

Chaque sujet y est développé dans une « causerie », écrite en un style très clair et illustrée de nombreuses figures.

Voici les titres de chacune de ces causeries :

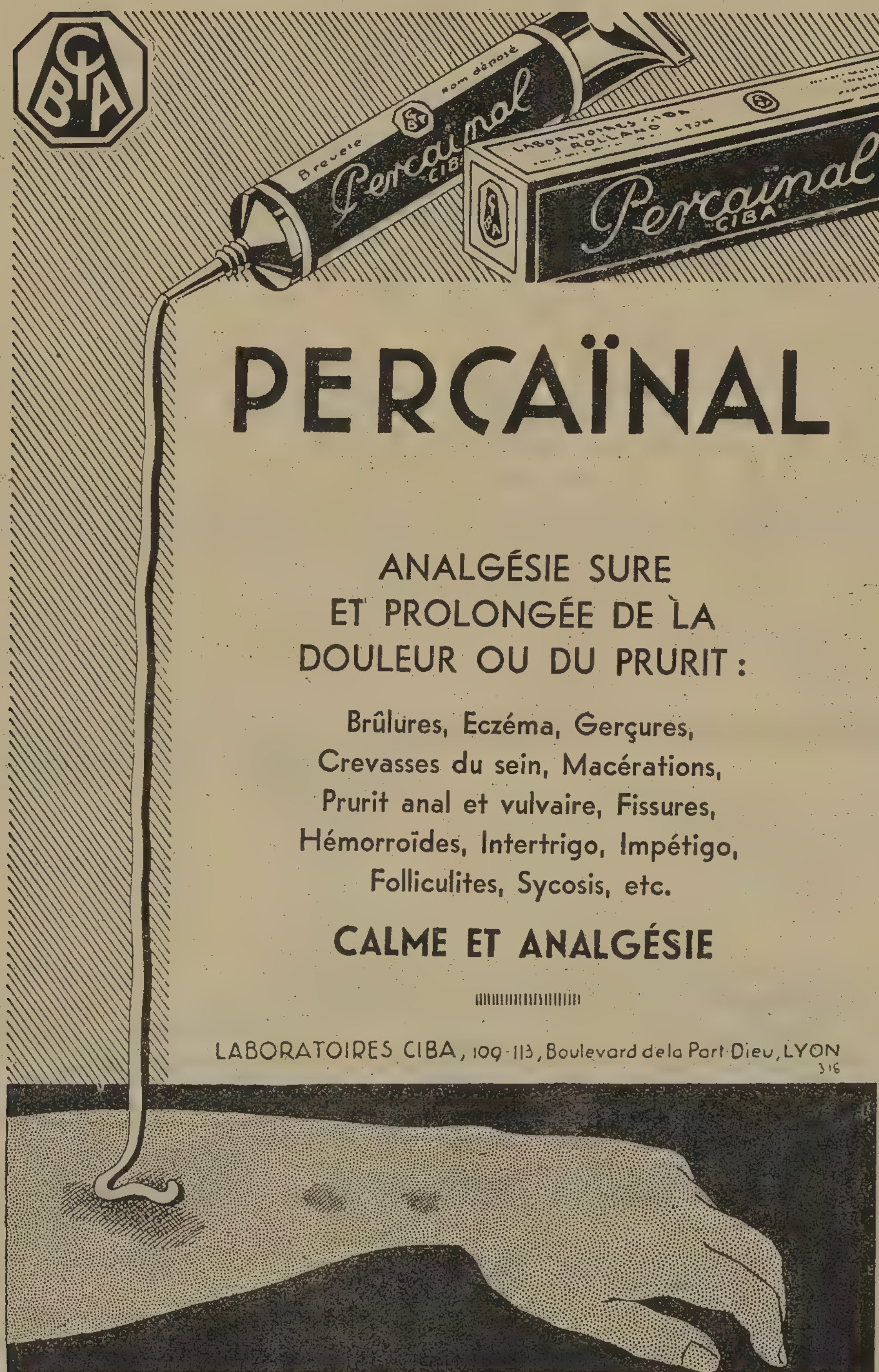
Première partie. — Le droit de l'enfant au lait maternel. — L'allaitement maternel. — L'allaitement au lait de vache. — Les laits modifiés. — Le sevrage. — La vaccination. — Alimentation des grands enfants. — Le rôle des vitamines dans l'alimentation des enfants. — Les dents. — L'appétit chez les enfants. — La croissance. — L'hérédité. — Le sommeil de l'enfant. — Hygiène de la peau. — L'enfant et le froid. — L'enfant et la chaleur. — L'enfant et la lumière. — Les exercices physiques chez l'enfant. — Le surmenage scolaire. — L'enfant en voyage. — L'enfant à la mer. — L'enfant à la montagne. — L'enfant et les animaux domestiques. — L'enfant et l'alcool. — Le nez et les oreilles des enfants. — Les yeux des enfants. — La marche des enfants. — La colonne vertébrale des jeunes filles.

Deuxième partie. — L'enfant malade, sa mère et son médecin. — L'enfant et les vers. — Les enfants qui toussent. — Les enfants qui vomissent. — Les diarrhées des nourrissons. — Les enfants constipés. — Les fièvres éruptives. — La coqueluche. — La diphtérie. — Comment préserver les enfants de la fièvre typhoïde. — L'enfant et la tuberculose. — Les enfants rachitiques. — Le mal de tête chez l'enfant. — Les enfants maigres. — Les enfants nerveux. — Les convulsions.

Ce qui doit attirer la sympathie des médecins pour cet ouvrage, c'est qu'il est inspiré par une idée dominante : la nécessité d'assurer aux enfants une surveillance médicale continue. L'auteur insiste constamment sur les petits « signes d'alarme » indiquant que la santé de l'enfant est menacée et qu'un examen médical s'impose.

Il a donc fait, en l'écrivant, œuvre utile au corps médical. Les praticiens auront tout intérêt à en recommander la lecture aux familles. L. G.

(1) In-8 raisin de 470 pages. — Editions Delmas, 6, place Saint-Christoly, Bordeaux.


CIBA
Percaïnal
PERCAÏNAL
ANALGÉSIE SURE
ET PROLONGÉE DE LA
DOULEUR OU DU PRURIT :
Brûlures, Eczéma, Gerçures,
Crevasses du sein, Macérations,
Prurit anal et vulvaire, Fissures,
Hémorroïdes, Intertrigo, Impétigo,
Folliculites, Sycosis, etc.
CALME ET ANALGÉSIE
LABORATOIRES CIBA, 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

REVUE GENERALE

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LES OTITES ET LEURS COMPLICATIONS

Par M. Henri ABOULKER (d'Alger).

L'oreille moyenne est constituée par le système cavitaire tympano-mastoïdien pourvu *a*) d'une porte fixe, le tympan, séparant conduit auditif externe et caisse, assez mince pour transmettre les vibrations sonores, assez fragile pour éclater sous la pression du pus, assez transparente pour permettre de surveiller la cavité tympanique ; *b*) d'un couloir antérieur, la trompe d'Eustache, ouvert dans le cavum nasal, adjacent à la carotide interne, faisant office de bouche d'air suffisante, mais de voie trop étroite pour le drainage ; *c*) d'un plancher en contre-bas recouvrant le dôme de la jugulaire interne, et d'un plafond en contre-haut contenant la tête des osselets ; ces diverticules servent de cave et de grenier où se cachent le pus et les corps étrangers ; *d*) d'une paroi postérieure réunie aux cellules mastoïdiennes par un aditus permanent, étroit, qui peut se boucher pour empêcher le pus d'entrer dans la mastoïde (otite tympanale pure), pour empêcher ce pus de sortir quand il est entré (mastoïdite vraie ostéitique) : cet aditus peut aussi rester libre pour la sortie du pus mastoïdien et la guérison spontanée (coryza muco-purulent et empyème purulent de la mastoïde spontanément curables).

La cavité tympanique est la cavité-mère d'un système aéré qui se répand d'abord dans toute la pyramide osseuse depuis sa base superficielle mastoïdienne jusqu'à sa pointe interne et profonde, rarement en avant de la suture pétro-sphénoïdale vers le trou ovale et le nerf maxillaire inférieur, assez souvent en arrière de la suture pétro-occipitale vers le trou condylien et le nerf grand hypoglasse, et accessoirement pénètre dans l'écaille et l'arcade zygomatique et dans le pariétal. L'oreille moyenne occupe donc pratiquement la presque totalité du temporal.

Une otite moyenne est anatomiquement et cliniquement une *temporalite* (1) tympanale toujours, tympano-mastoïdienne très souvent, tympano-labyrinthique souvent, tympano-pétreuse assez souvent au moins, car l'exploration clinique et radiographique est délicate et imparfaite. La dénomination de temporalite partielle ou totale présente l'avantage de nous arracher à l'observation exclusive de la caisse et du système tympano-mastoïdien, et de nous habituer à regarder haut et loin l'ensemble de l'oreille. *La pointe pétreuse de l'oreille moyenne* accolée à la partie postérieure du sinus caverneux et du flanc du sinus sphénoïdal, c'est-à-dire de l'arrière-nez, est bien de l'*oreille m* la partie interne. L'oreille labyrinthique, oreille interne des classiques, méritait ce nom quand l'oreille moyenne était limitée à la paroi externe du labyrinthe ; elle devient l'*oreille médiane ou centrale*. En effet, elle est située au *milieu du temporal os auriculaire* et elle y représente les terminaisons du nerf labyrinthique, expansion des centres nerveux ; une layrinthite est une lepto-méningo-encéphalite circonscrite intra-pétreuse.

L'oreille moyenne ainsi comprise est parcourue et enserrée par un réseau vasculo-nerveux très important qui l'étreint de tous côtés. Elle est traversée par la carotide interne, elle est enveloppée par les gros troncs veineux du golfe de la jugulaire et du sinus latéral, des sinus pétreux supérieur et inférieur ; elle est traversée par les veines péri-carotidiennes, labyrinthiques et mastoïdiennes. etc. Ce système veineux s'ouvre à plein canal dans le sinus caverneux ; il se relie à la circulation encéphalique, méningée, à la circulation extra-cranienne. L'ensemble constitue une espèce d'énorme éponge veineuse qui pompe microbes et toxines, mais s'efforce de les bloquer sur place (phlébites pariétales ou thrombosantes), ou bien, son barrage rompu, les transporte dans la circulation générale (polymicro-phlébite temporale, septico-pyohémie), dans l'encéphale (abcès parenchymateux périphlébitique et dans les méninges (1) quelquefois. Ces *microphlébites* et ces *macrophlébites* plus ou moins étendues constituent un ensemble d'éventualités cliniques qui *créent* l'atmosphère angoissante d'un *climat méningitique ;* mais heureusement cette *éponge aspirante et refoulante* fonctionne principalement comme en *filtre* et s'emploie très efficacement à ne laisser passer que des toxines atténuées. C'est ce qui explique les innombrables abcès collés à la dure-mère et paralysés sur place, les très nombreuses méningites anatomiquement sévères : hyperleucocytose, polynucléose altérée, hyperalbuminose, cliniquement moins graves parce que aseptiques ; c'est aussi ce qui explique les fréquentes méningites séreuses. Ce sont des arachnoïdites à toxines relativement bénignes issues d'ostéites nécrosantes, à liquide céph. r. augmenté ou non, de constitution normale ou à peu près normale, également curables, qu'elles soient aiguës ou chroniques, étalées ou ramassées : arachnoïdites diffuses ou hypertensives, kystiques ou pseudo kystiques ou cérébrales, ventriculaires, cérébelleuses, optochiasmatiques.

***

Les nerfs peuvent être envisagés à un double point de vue. Certains fournissent une innervation sensitive très riche à la cavité tympanique, au conduit et au pavillon. Ils proviennent des filets auriculaires du pneumogastrique (Xe), du nerf de Jacobson (IXe glosso-pharyngien), du plexus cervical superficiel, du nerf auriculo-temporal (nerf maxillaire inférieur), des filets pétreux superficiels (ganglion de Meckel du nerf maxillaire supérieur), du facial, de la corde du tympan, du plexus sympathique par le ganglion cervical supérieur et par les filets péri-carotidiens intra-pétreux. Ces divers rameaux sensitifs aspirent en quelque sorte les excitations douloureuses produites par les lésions du vaste territoire qu'innervent leurs troncs principaux, et les concentrent dans l'oreille. C'est ain-

(1) Temporalite. In *Revue de Laryngologie des Professeurs* Moure et Portmann, par Henri Aboulker, nov. 1935.

(1) Septicémie méningée, forme peu fréquente à rechercher par ponction lombaire.

si que s'expliquent les *otalgies sine materia* des caries dentaires inférieures et des tumeurs centrales de l'os maxillaire inférieur, des caries dentaires du maxillaire supérieur, des lésions de l'os, et du sinus maxillaire, des abcès et des ulcérations diverses surtout cancéreuses et tuberculeuses, syphilitiques ou autres de l'orifice laryngé, du pharynx, de la base de la langue, de la région amygdalienne du plancher de la bouche, et celles des adénopathies cervicales et sous-baso-craniennes. Cette douleur d'oreille sans cause locale otoscopique ou autre permet de remonter jusqu'aux lésions superficielles ou profondes enfouies dans les cavités de la face et du cou, de les exhumer et de les mettre à jour. C'est par « le mal d'oreille » qu'on arrive à découvrir très souvent des affections insoupçonnées, à la grande surprise du malade. Ces otalgies sans cause doivent être distinguées des *névralgies autonomes de l'oreille* dues à la transformation éburnée de l'os, au pithiatisme ou à des *formes frustes de zona*. Par contre, une oreille malade peut projeter par-dessus les tissus sains ou à travers eux en divers points de la face et du crâne des irradiations douloureuses : *toux coqueluchoïde* de l'otite externe, des corps étrangers du conduit, de l'otoscopie, du bouchon de cérumen, par la voie du filet auriculaire du pneumogastrique, *cranialgie* et *méningialgie*, *encéphalalgie* de toutes les

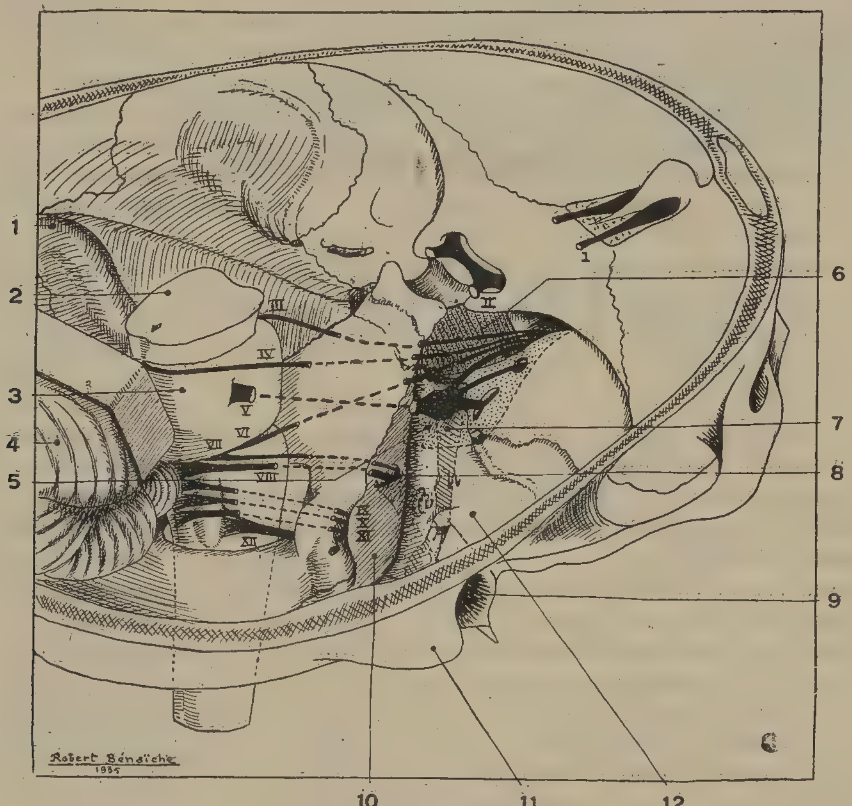


Fig. 1. — *Face endo-cranienne de l'oreille.* — 1. Sinus latéral. — 2. Pédoncules cérébraux. — 3. Protubérance. — 4. Cervelet. — 5. Fosse commune aux régions : 1° de la fente sphénoïdale (orbite); 2° pétro-sphénoïdale (cavum nasal); 3° pointe du rocher (oreille); 4° caverneuse (fosses nasales profondes). — 6. Sinus caverneux. — 7. Trompe d'Eustache (vue par transparence). — 8. Conduit auditif interne. — 9. Conduit auditif externe (se continuant par transparence). — 10. Rocher (face postérieure). — 11. Mastoïde. — 12. Rocher (face antérieure).

(Dessins extraits de la *Revue de Laryngologie*, novembre 1935, in article « Temporalite » d'Henri Aboulker.)

zones innervées par le sympathique, par le nerf maxillaire inférieur en arrière (par la voie des filets de l'auriculo-temporal), par l'ophtalmique en avant, par le maxillaire supérieur au milieu ; *algies faciales* dans le territoire du maxillaire inférieur et du maxillaire supérieur qui s'anastomosent au nerf frontal de l'ophtalmique ; *sympathalgies faciales* qui, différentes des sympathalgies profondes, se traduisent par des phénomènes congestifs de la face et par des syndromes irritatifs de Claude Horner complets ou par des syndromes paralytiques : énophtalmie, myosis, rétrécissement palpébral. Ces *fusées névralgiques passent par le plus court chemin facial superficiel ou par le plus long chemin profond temporal* jusqu'au ganglion de Gasser et *éclatent* en tous sens comme les branches du ganglion *dans la face*, dans les parois osseuses et méningées pariétales, frontales et occipitales (filet récurrent de l'ophtalmique dans la tente du cervelet) ; elles éclatent aussi dans l'encéphale où les filets sympathique et parasympathique semblent pénétrer le long des vaisseaux pie-mériens. Étant donné que les irradiations sensitives du circuit intra-pétreux suivent le même chemin que les processus ulcératifs qui détruisent le squelette, les méninges et le cerveau, elles sont toutes pêle-mêle interprétées sous l'inspiration du préjugé défavorable. Névralgies et sympathalgies sont uniquement des fusées qui s'allument dans l'obscurité des cavités de l'oreille ou des fosses nasales, parcourent l'espace obscurci, invisibles jusqu'au terme de leur course où elles se brisent brusquement en fragments lumineux ; mais elles ne doivent pas faire peur. Dès lors s'impose une première conséquence

diagnostique et thérapeutique importante : les névrites n'ont a priori qu'une *signification topographique*, car leur pathogénie est multiple. Elles indiquent seulement l'endroit où la lésion s'extériorise, elles ne disent pas quelle est son étendue et sa nature. Elles nous invitent à rechercher par l'étude de signes généraux et locaux s'il s'agit de douleurs irradiées, de phénomènes congestifs, d'empyèmes purulents curables spontanément ou de phénomènes destructifs, ostéites, ulcérations méningées, phlébitiques, encéphaliques. Nous trouverons les mêmes significations discordantes bénignes ou graves dans ces autres *signes topographiques souvent surestimés que sont les réactions cortico-méningées*. C'est encore par les signes locaux, par les

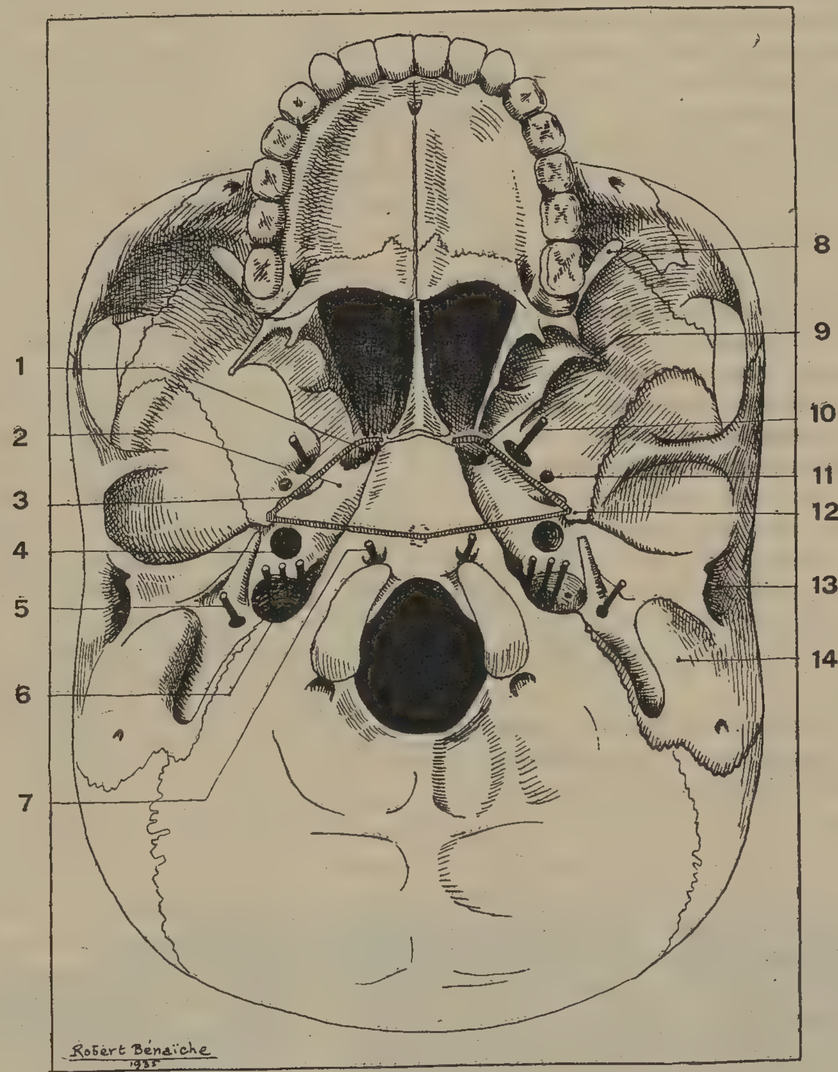


Fig. 2. — *Face exo-cranienne de l'oreille.* — 1. Trou déchiré antérieur. — 2. Oreille intra-cavaire. — 3. Canal osseux de la Trompe d'Eustache. — 4. Canal carotidien. — 5. Nerf facial. — 6. Trou déchiré postérieur et les nerfs IX, X, XI. — 7. Trou condylien antérieur et le XII. — 8. Fente sphénomaxillaire. — 9. Insertion de l'aponévrose pharyngienne. — 10. V_3 sortant du trou ovale. — 11. Trou petit rond. — 12. Epine sphénoïdale. — 13. Conduit auditif externe. — 14. Mastoïde. — En arrière du trou déchiré postérieur le sympathique n'est pas indiqué.

signes généraux, par l'évolution que le diagnostic exact sera fait ; la radiographie elle-même est généralement impuissante à distinguer l'étape congestive des étapes destructives vivantes, ou des étapes cicatricielles et fixées des lésions osseuses.

*
* *

L'oreille est en contact intime avec quatre nerfs (les VII, VIII, VI et V). Dans les cas pathologiques, ils deviennent aussi des phares qui s'allument dans la nuit où est plongée la vie de la base du crâne ; même ils semblent disposés dans les zones dangereuses. Un seul, le facial suffit dans le massif tympano-mastoïdien proche de l'œil et du doigt ; deux sont nécessaires au massif labyrinthique : le cochléaire et le vestibulaire ; deux ne sont pas de trop pour l'apex pétreux : moteur oculaire externe et ganglion de Gasser. Ils nous alertent depuis la période d'incubation de la temporalite, nous guident à travers les étapes du coryza ou congestion muco-purulente ou d'empyème, c'est-à-dire de suppuration vraie spontanément curable, jusqu'à la période d'ostéite simple ou compliquée intra ou extracranienne. Dans tous les cas ce sont là cinq fils d'antenne qui lancent leur SOS : paralysie faciale, bourdonnements, surdité, sensation vertigineuse, vertige, nystagmus, strabisme interne, névralgies faciales, pariétales, occipitales, frontales, éruptions vésiculaires, paralysies des masticateurs. En arrière de ces postes de vigie de première ligne, des postes accessoires entrent quelquefois en action : ceux des glosso-pharyngien,

pneumogastrique, spinal placés dans le trou déchiré postérieur, contre le bord postéro-inférieur du rocher ; en arrière et près d'eux dans le trou condylien antérieur le grand hypoglosse ; derrière le paquet vasculo-nerveux, contre la base et dans le cou réside le sympathique. Plus loin encore de l'oreille, mais en avant de sa pointe interne, se manifestant plus rarement, le groupe des nerfs sensitivo-moteurs de l'œil : le moteur oculaire commun, le pathétique et l'ophtalmique. Quant au nerf optique situé sur un plan supérieur à celui des précédents, il doit forcément participer aux mêmes réactions inflammatoires simples que tous les autres nerfs. Par contre, on ne comprend pas *pourquoi tous les autres nerfs craniens ne pourraient pas de leur côté, comme la IIe paire, traduire le syndrome d'hypertension intra-cranienne et faire des névrites de stase.* Aucune considération anatomique ou physiologique normale ou pathologique ne permet de réserver un monopole quelconque à un nerf quelconque ; en revanche, la clinique proclame que les choses se passent comme si les névrites des 4 nerfs principaux de l'oreille fréquemment, celles des autres nerfs quelquefois, exprimaient l'augmentation de la pression. Les vertiges, les strabismes de stase, les tics faciaux douloureux de stase, les paralysies faciales de même nature ne sont pas moins fréquents, selon nous, que la stase papillaire. Cela revient à dire que *derrière toutes les névrites il faut chercher si ne se dissimulent pas les signes de certitude de l'hypertension.*

Accessoirement, il ne faut donc pas non plus méconnaître la *double signification : 1° topographique, périphérique ou centrale cicatricielle, très fréquente,* et 2° *hypertensive* assez rare mais certaine des signes d'observation banale tels que : la *dysphagie par tic douloureux de la gorge* ou *par anesthésie du pharynx,* de la région amygdalienne, de la base de la langue (IXe, glosso-pharyngien), ou par anesthésie sensorielle de la base de la langue ; la *dysphagie par anesthésie du vestibule laryngé* (laryngé supérieur Xe) ; les *modifications du pouls* (Xe) ; la *dysphonie* par paralysie *récurrentielle* (Xe) ; les *chatouillements plus ou moins douloureux du conduit* (rameau auriculaire du Xe) ; le *torticolis* avec face tournée du côté opposé, atrophie du deltoïde et du trapèze, du sterno-mastoïdien (spinal XIe) ; le *nasonnement et les régurgitations nasales* par paralysie du voile (spinal, X-XI) et sans doute les *paralysies du pharynx* (signe du rideau, pneumo-spinal X-XI et non glosso-pharyngien suivant l'opinion classique) ; l'*otalgie, tic douloureux de l'oreille* dépendant des nombreux nerfs sensitifs de l'oreille (1), la *déviation de la pointe de la langue* vers la lésion, l'hémiatrophie, les trémulations musculaires (XIIe grand hypoglosse) ; du ptosis avec mydriase (IIIe paire moteur oculaire commun) ; les *paralysies globales* des muscles extrinsèques ou partielles avec strabisme supérieur ou externe ; les *syndromes sympathiques* irritatifs ou paralytiques : énophtalmie, myosis, rétrécissement pupillaire, ou exophtalmie, mydriase, élargissement pupillaire. Tous ces symptômes, même les phénomènes paralytiques des pupilles, peuvent donc être des signes réflexes périphériques sans gravité, des signes de destruction tissulaire ou des signes de présomption de compression ou de stase à contrôler et à surveiller.

(1) Glossopharyngien, pneumogastrique, facial, nerf maxil-infér., maxil.-supér., sympathique, plexus cervical.

***

Il existe donc un groupe de syndromes névritiques auriculaires osseux temporaux (VII-VIII-VI-V), un groupe rétro-auriculaire postéro-inférieur osseux-périosseux de la fosse cérébelleuse et du trou déchiré postérieur (IX, X, XI, XII), un groupe pré-auriculaire interne de la fosse temporale (V^2-V^3, nerfs maxillaires supérieur et inférieur), un groupe pré-auriculaire de la fosse temporale interne (VI, V^1, V^2, V^3, IV, III et accessoirement II. Ce groupe occupe la partie interne de l'étage moyen. Ses nerfs traversent le sinus caverneux avec la carotide interne ou s'accolent à la partie externe de ce vaisseau ; ils constituent avec le nerf optique le pédicule sensitivo-sensorio-moteur et sympathique de l'œil. On a décrit dans cette région les multiples syndromes que voici : syndrome de la paroi externe du sinus caverneux, c'est-à-dire du sinus sphénoïdal ou *arrière-nez,* 1° inférieur sensitivo moteur (VI, V, IV, III), 2° de la paroi externe supérieure, sensoriel (II), 3° un syndrome global réunissant les 2 précédents, 4° un syndrome de la fente sphénoïdale et du trou optique ou *œil profond;* c'est le même que le précédent, mais localisé plus en avant; 5° un syndrome de la pointe du rocher, c'est-à-dire de l'*oreille profonde* (VI, V^2, V^3) ; 6° un syndrome du trou déchiré antérieur, c'est-à-dire de l'*arrière cavum nasal* (VI, V^1 avec d'autres paralysies, oculaires, et sous-basilo-craniennes : récurrentielles, glosso-pharyngées, spinales, hypoglottiques, sympathiques. Car le plancher de cette fosse temporale interne correspond au cavum nasal et laisse passer de bas en haut les tumeurs du naso-pharynx et sortir de haut en bas dans cette cavité les abcès de la fosse temporale interne d'origine auriculaire, orbitaire ou nasale qui sont pris pour des maux de Pott.

Cette poussière de syndromes artificiellement séparés se chevauchent et créent une confusion inexprimable. Nous proposons de les condenser en un *Syndrome général unique de la Fosse temporale interne,* Syndrome *oto-rhino-orbito-cavaire,* Syndrome *de la Fosse commune, fosse septique* où se rencontrent les lésions des secteurs les plus profonds de l'oreille, du nez, du cavum et de l'œil. A ce carrefour de toutes les cavités aérées péricraniennes aboutissent les cancers du naso-pharynx, les périostites suppurées de la pointe, les ulcérations gommeuses ethmoïdo-sphénoïdales, les phlébites caverneuses nées de l'œil, du nez, du cavum, de l'oreille, les abcès temporo-internes issus des ostéites des parois orbitaires, de la fente sphénoïdale, de la pointe pétreuse de l'oreille, les méningites centro-basilaires issues de toutes les cavités voisines.

Ce qui caractérise les nerfs craniens, c'est qu'ils sont tous extra-craniens sauf l'auditif qui est cranien 100 pour 100 ; il s'enroule dans le rocher et y fait escale alors que l'olfactif s'étale dans la fosse nasale et le nerf optique dans l'œil. Les dix derniers nerfs à partir de leur origine apparente se développent tous plus

ou moins dans l'étage cérébelleux et peuvent se manifester en plus des cas d'abcès cérébelleux dans les méningites septiques, dans les arachnoïdites aseptiques, les abcès intra-méningés, les abcès extra-méningés et extra-duraux que sont les périostites suppurées intra-craniennes. Les facial, glosso-pharyngien, pneumogastrique, spinal, hypoglosse qui passent dans le cou ou le dépassent (Xe) réagissent aussi en compagnie du sympathique aux périostites suppurées extra-craniennes, c'est-à-dire cervicales, de même qu'aux adéno, phlébo et ostéo phlegmons divers du cou, de même qu'aux traumatismes et tumeurs. Les autres nerfs, le VI et le V installés à califourchon sur la pointe interne triangulaire de l'oreille pétreuse appartiennent à la fois aux étages postéro-inférieur et moyen qu'ils ont l'air de surveiller ; les IV, III ont dans la loge cérébelleuse un parcours minime et appartiennent principalement à l'étage moyen.

Vue de loin et de haut comme il convient à une inspection synthétique, l'oreille possède une face externe superficielle mastoïdo-squameuse, une face supéro-antérieure adjacente au lobe temporo-sphénoïdal, une face supéro-postérieure cérébelleuse rétro-sinusale et rétro-labyrinthique, une face inférieure cervicale.

Nous avons déjà indiqué que celle-ci peut être anatomiquement et cliniquement agrandie par quelques incursions du système cellulaire de l'oreille en avant à travers la suture pétro-sphénoïdale, et surtout en arrière à travers la suture pétro-occipitale. Donc cliniquement *tout l'occipital et le rocher appartiennent à l'oreille : leur face inférieure est la face supérieure du cou. Un mal d'oreille peut donc produire toutes les infections de la région cervicale.* On y trouvera : des abcès, 1° superficiels à la suite des lymphangites de l'oreille externe et du pavillon, comme on en voit à la suite des infections des téguments environnants ; 2° sous-sterno-mastoïdiens à la suite de perforation de la pointe mastoïdienne, de phlébite du sinus latéral et du golfe de la jugulaire ; 3° de la *pointe du rocher, oreille interne vraie*, développés autour de la partie cavitaire du cou : abcès péri-naso-pharyngés latéraux ou postérieurs, ces derniers pris pour des maux de Pott. On y trouvera aussi des abcès sous-angulo maxillaires, sus-hyoïdien fusant le long de l'apophyse styloïde, des muscles styliens, ou du facial, des abcès de la région palato-amygdalienne et enfin des abcès rétro-sterno-mastoïdiens et de la nuque. A ces divers *ostéo-phlegmons* nés et développés dans le cou se superposent des collections à topographie identique, *abcès en bouton de chemise* nés aux dépens de la face intra-cranienne du plafond osseux. Ils passent à travers les trous déchiré postérieur et condylien antérieur dans le cavum nasal (abcès pseudo-pottiques d'origine auriculaire profonde interne (pr. Jacques, pr. Portmann); le long des 3 nerfs du trou déchiré postérieur et de la jugulaire; le long de l'hypoglosse; ces abcès en bouton de chemise sont rares ; les autres phlegmons d'origine otitique : de la nuque et du cou : externes, médians, périvasculaires, internes péri-pharyngés latéraux et postérieurs sont dans l'ensemble assez fréquents. Il convient de ne pas les confondre avec les collections cervicales de beaucoup les plus courantes, les *adéno-phlegmons d'origine gingivale*, amygdalienne, pharyngée, faciale, et avec les *ostéo-phlegmons dentaires*, maxillaires supérieur et inférieur, et inférieures, vertébraux ou claviculaires. La lésion causale est négligée d'une part quand l'otite est apparente, mais qu'on ne songe pas à établir de relation de cause à effet entre

elle et la suppuration du cou, d'autre part quand la lésion causale est inapparente (otite suppurée chronique ancienne sans écoulement extérieur) et n'est pas recherchée. L'expérience prouve que quelles que soient les dénégations du patient, il n'en faut jamais tenir compte. Il faut sortir sa montre et interroger l'audition ; s'il y a surdité, en attendant l'examen otoscopique, tirer le pavillon en haut et en arrière, pousser jusqu'au fond de l'oreille les 3/4 d'une allumette garnie d'ouate ; on ramène une goutte de pus fétide s'il y a une otite oubliée, cas fréquent.

***

Nous avons essayé dans les lignes qui précèdent de fixer les caractères anatomo-cliniques généraux de l'otite, c'est-à-dire de la temporalite et les limites de son territoire pathologique. En définitive, il s'étend pratiquement de la fente sphénoïdale de la selle turcique, de la tente du cervelet en haut, jusqu'à la partie moyenne du cou en bas ; il englobe presque toute la base du crâne sauf l'étage antérieur. En effet, cet étage est principalement nasal et accessoirement orbitaire ; l'étage postéro-inférieur appartient en entier à l'oreille postérieure, l'étage moyen appartient exclusivement à l'oreille antérieure dans ses deux tiers externes ; dans son tiers interne, il est commun, nous l'avons vu, à l'oreille, au nez, au cavum nasal et à l'orbite. *C'est donc un champ considérable d'investigation que le praticien doit fouiller quand il analyse une affection d'oreille.* La cause principale des erreurs et omissions réside dans la méconnaissance des idées générales qui précèdent et dans l'insuffisance d'examen qui en résulte. Elle provient aussi de cette notion erronée que l'habitude du miroir et du spéculum est indispensable pour le diagnostic. Or l'examen des otites est dans la plus grande partie à la portée de tous, car il ne nécessite que la mise en œuvre des moyens généraux de diagnostic médico-chirurgical, *à la condition que l'on sache si l'oreille coule ou non et dans le cas d'otite suppurée si elle est suffisamment drainée.* Or la rétention se reconnaît d'ailleurs par la douleur. La supériorité du praticien spécialiste ne provient pas de ses moyens techniques spéciaux, mais de sa connaissance de la pathologie spéciale ; l'*infériorité du praticien non spécialisé ne provient pas de son ignorance des moyens techniques, mais de son ignorance de la pathologie spéciale.* Ces observations sont également vraies pour une grande partie de la pathologie des fosses nasales et du pharynx buccal.

Un principe général domine en somme toute l'otologie ; s'agit-il d'une otite suppurée, c'est-à-dire plus ou moins septique, grave ou susceptible de devenir grave ? *S'agit-il d'une otite sèche* de naissance ou d'une ancienne otite humide asséchée, cicatrisée, aseptique ? La première menace théoriquement la vie à tout instant, les secondes ne la menacent jamais. Or *le plus souvent l'écoulement est évident.* Quand un doute persiste, quand les commémoratifs ne sont pas précis et quand il y a diminution de l'audition de la montre, l'examen otoscopique résoud le problème.

***

Les otites humides et les otites sèches se traduisent par un *syndrome général commun :* céphalée, bourdonnements, surdité, vertige. Dans les secondes, la surdité et des bourdonnements très pénibles sont les symptômes dominants très réfractaires au traitement parce qu'il s'agit principalement de lésions fixées, cicatrisées tympano-labyrinthiques ou de sclérose labyrinthique. Quand le vertige apparaît, sa continuité, ses épisodes subaigus et subintrants, ses crises aiguës ou apoplectiformes impressionnent vivement patients et médecins. Ce *vertige de Ménière, vertige sec,* s'accompagne de névralgies occipitales diffusées largement, assez vives pour faire croire à un abcès avec lequel il ne faut pas le confondre ; il est très différent du *vertige humide* de l'otite suppurée qui constitue une menace de méningite ; plus souvent encore *on diagnostique spasmes vasculaires, cérébraux, claudication cérébrale, ictus fruste, apoplexie.* La fréquence de ces états vertigineux chez les sujets qui entendent mal est insoupçonnée. On y attribue les accalmies spontanées aux médications de l'hypertension artérielle invariablement prescrites et d'ailleurs utiles à la condition de ne pas perdre de vue le diagnostic. Il faut s'efforcer de ne pas méconnaître le *Ménière fruste, continu, discontinu* et discret ou d'apparence *catastrophique* que caractérise cependant la surdité concomitante. Des quantités de vertigineux, *petits ménièriques,* vivent ainsi courbés, sans raison, sous l'attente angoissée d'un ictus cérébral. *L'usage de la montre permet d'éviter de faire fausse route* et de prendre une sclérose périphérique anodine, quoad vitam, des terminaisons nerveuses du nerf auditif cochléaire et vestibulaire pour un syndrome cérébral sérieux et de *confondre le contenant avec le contenu.*

***

La pathogénie du vertige n'est pas entièrement élucidée. Dès 1912, j'ai commencé à traiter et à améliorer sérieusement ou à guérir une série de malades atteints de déséquilibre grave qui sont aujourd'hui au nombre d'une dizaine au moyen d'une petite trépanation décompressive rétro-pétreuse avec ou sans incision méningée (*Revue Neurologique,* juin 1919). Au congrès international d'Otologie (1), M. Hautant a communiqué des résultats favorables obtenus par la destruction des terminaisons labyrinthiques par trépanation des canaux semi-circulaires et M. le professeur Portmann a fait connaître une technique basée sur la ponction du sac endo-lymphatique derrière le rocher. Voici qu'on tend par ailleurs à revenir à la section du tronc vestibulaire derrière le rocher préconisée jadis en France par Lannois. Il nous semble que *ces guérisons sont dues non aux destructions nerveuses, mais à la décompression qui les précède ou les accompagne.* Mon opération mérite donc à coup sûr d'être tentée avant toute autre du moins comme premier temps, puisqu'elle peut suffire, qu'elle est très bénigne et qu'elle est exécutée facilement sous anesthésie locale. Quoi qu'il en soit, la pathogénie hypertensive du vertige a été affirmée au Congrès international d'Otologie de Paris (23 juillet 1922), par MM. Quix d'Utrecht, Nylen de Stockholm. Bien longtemps auparavant, Babinsky semblait s'être orienté dans le même sens puisqu'il

(1) Paris, 23 juillet 1922.

préconisait la ponction lombaire qui réussit rarement. Ce Maître a le premier approuvé notre opération. Si l'augmentation de la pression autour des voies labyrinthiques est bien la cause de certains vertiges comme semblent le prouver nos résultats, ce syndrome prend figure, dans certains cas au moins, d'arachnoïdits diffuse (1) développée autour d'une cicatrice ou d'une sclérose tympano-labyrinthique. On dirait alors une *cirrhose labyrinthique avec ascite cérébelleuse*. Il s'agirait de *stase labyrinthique chronique homologue des stases aiguës de ce nerf, de même type que les stases aiguës ou chroniques du nerf optique et des stases de tous les autres nerfs craniens* dont nous essayons de démontrer l'existence. Dans deux cas le syndrome coexistait avec des glaucomes comme s'il y avait *ophtalmo-labyrinthite sympathique ;* c'est ce qui m'a permis de dire que le *vertige semble être une espèce de glaucome de l'oreille.*

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 26 MAI 1936)

Rapport. — M. RADAIS apporte un rapport sur des demandes d'autorisation de sérums.

M. Marcel LABBÉ lit un rapport au nom de la Commission *des jus de fruits.* Voici ses conclusions : « La Commission propose à l'Académie d'abaisser le taux de la tolérance pour le SO^2 dans les jus de fruits à 200 milligrammes par litre et de recommander aux fabricants de jus de fruits l'abandon de l'anhydride sulfureux pour la stérilisation, et son remplacement par des procédés nouveaux, tels que le refroidissement, la filtration, l'irradiation et surtout la concentration à l'état sirupeux dans le vide et sous l'influence d'une chaleur modérée. »

Ces conclusions mises aux voix sont adoptées.

Considérations sur la maladie de Rendu-Osler (Angiomatose hémorragique), à propos de deux cas anormaux. — MM. Ph. PAGNIEZ, A. PLICHET et Ch. RENDU résument l'histoire clinique de deux cas d'angiomatose hémorragique. L'un est un cas spasmodique, l'autre concerne une femme chez qui la maladie de Rendu-Osler s'est compliquée d'un syndrome de Raynaud et d'une artérite oblitérante des membres inférieurs. Les auteurs discutent la signification de ces associations au point de vue de la pathogénie de la maladie.

Fréquence de l'hyperextension des coudes chez les psychasténiques. — M. LAIGNEL-LAVASTINE attire l'attention sur la fréquence chez les psychasténiques de l'hyperextension des coudes, liée en général à un certain degré de cubitus valgus.

Une image curieuse de cette anomalie est donnée par la manœuvre suivante :

Prenant les avant-bras de la malade — le plus souvent, il s'agit en effet de malades du sexe féminin — on les met en supination et l'on cherche à les rapprocher l'un de l'autre, la face antérieure étant tournée en avant. On est alors frappé de la facilité avec laquelle les deux coudes viennent se toucher épitrochlée contre épitrochlée, et pendant que les bords cubitaux des deux avant-bras se touchent sur toute leur longueur les bras, du moignon de l'épaule au coude, limitent un triangle isocèle, dont la base répond à la face antérieure de la poitrine.

Cette malformation unie à l'hyperextension de l'avant-bras constitue le maximum de l'anomalie. Elle peut d'ailleurs exister seule, de même que l'hyperextension peut être observée sans cubitus valgus.

Cette anomalie ostéo-articulaire des membres supérieurs coïncide en général avec l'axyphoïdie, un spina bifida occulta, des tubercules de Carabelli.

Elle paraît rentrer dans la catégorie des caractères récessifs et résulter d'une dégénérescence non spécifique dans son mécanisme, mais souvent déclanchée par l'infection tréponémique des ascendants.

Ce caractère récessif morphologique est à rapprocher de l'obsession, caractère récessif psychique.

La grande fréquence de cette coïncidence morpho-psychique chez les psychasténiques, paraît s'expliquer par l'analogie d'un mécanisme dégénératif à point de départ ancestral très souvent déterminé par la syphilis.

Recherches sur l'immunité antidiphtérique chez les adultes soumis à la vaccination associée triple antityphoparatyphoïdique antidiphtérique-antitétanique. — MM. M. PILOD et A. JUDE ont recherché et dosé l'antitoxine diphtérique dans le sérum de jeunes soldats appartenant à 18 régiments vaccinés en 1934 et 1935 avec un vaccin triple, où étaient associées les anatoxines diphtérique et tétanique avec le vaccin T.A.B.

Les dosages d'antitoxine, effectués suivant la technique de M. Ramon, portent sur 418 sérums prélevés au 8e jour et pour certains, un mois et dix mois après la vaccination.

Ils concluent :

1° Que l'immunité antidiphtérique conférée par la vaccination triple est acquise huit jours après pour la presque totalité des vaccinés (99,58 %) ;

2° Que la rapidité d'apparition et la valeur de cette immunité sont au moins égales, sinon supérieures, à celles enregistrées chez les sujets vaccinés avec l'anatoxine seule ou associée au T.A.B. ;

3° Que les vaccinés, dont le sérum contient moins d'un tiers d'U.A. au huitième ou au trentième jour redeviennent réceptifs au bout de dix mois. La proportion de ces sujets, justiciables d'une injection de rappel, serait d'environ 10 % d'après leurs recherches.

M. SACQUÉPÉE. — Les résultats qui viennent d'être exposés par MM. PILOD et JUDE indiquent l'efficacité de la vaccination triple, en ce qui concerne la diphtérie. Je dois ajouter que le taux d'immunité obtenu dépasse de beaucoup chez presque tous les vaccinés la dose limite de 1/30e, le sérum renfermant en effet plus de 1/10e d'unité chez 97,7 % d'entre eux et plus de 1 unité chez 69,7 %. L'amélioration des conditions techniques des vaccinations se traduit par une amélioration marquée des résultats.

Les indigènes nord-africains s'immunisent beaucoup plus fortement que les Européens. Fait sans doute en rapport avec leur forte immunité naturelle à l'égard de la diphtérie.

Election. — MM. Lambret (de Lille) et Abadie (d'Oran) sont élus membres correspondants dans la IIe division (chirurgie).

(1) En même temps que nous traitions le vertige par décompression, au cours d'une étude sur les formes cliniques de l'hypertension intra-cranienne d'origine otitique aiguë et chronique et sur l'hypotension, nous sommes arrivé à conclure qu'il *devait exister* des arachnoïdites cérébelleuses pseudoménieriques chroniques puisqu'il existait des formes aiguës, à chercher ces types et à nous apercevoir que nous les avions déjà nous-même reconnus et décrits par ailleurs à l'occasion du traitement du vertige par trépanation. MM. Aubry et Ombrédanne confirment notre conception en sectionnant le nerf auditif. Ce temps opératoire doit être superflu dans un certain nombre de cas au moins puisque nous guérissons depuis 1912 un bon nombre de vertiges par la simple décompression avec ou sans incision de la dure-mère. (*Revue de Moure*, nos 9 et 10, année 1919.)

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1936)

Sur le rhumatisme articulaire aigu. Maladie contagieuse et épidémique. — M. Labarthe.

Kyste du tractus thyréo-glosse. — M. J. Duguet. Dans un cas où l'examen du foramen cæcum ne montrait pas de fistule interne, la simple excision du kyste, dont l'insertion hyoïdienne fut soigneusement ruginée, permit d'obtenir la guérison sans récidive. Il n'est donc pas toujours indispensable de recourir à des interventions plus étendues.

Névralgie sciatique à kystes hydatiques de la cavité abdominale. — M. A. Phylactos (d'Athènes) rapporte l'observation d'un jeune soldat atteint de multiples kystes hydatiques de la cavité péritonéale, qui présenta des douleurs du type névralgie sciatique, s'accompagnant de troubles radiculaires par compression et irritation par contiguïté du plexus lombo-sacré.

A propos d'un cas de diphtérie maligne. — MM. R. Bolzinger et A. Nabonne relatent l'observation d'un sujet, ancien rhumatisant, qui, après une angine grave diphtérique et fuso-spirillaire traitée aussitôt par des doses élevées de sérum antidiphtérique, présenta le sixième jour, en même temps qu'une réaction sérique, un syndrome malin secondaire, caractérisé par des défaillances viscérales multiples : polynévrite, néphrite albuminurique et urémigine, enfin par une bradycardie « excessive » accompagnée de crises syncopo-épileptoïdes paroxystiques, type Stokes-Adam, ayant entraîné la mort le 14e jour.

Le traitement des phlegmons péri-amygdaliens par le bactériophage. — M. J. Canis rapporte les résultats obtenus par la bactériophagothérapie, dans 50 cas de phlegmons péri-amygdaliens, et souligne la rapidité avec laquelle on voit disparaître les phénomènes inflammatoires. Lorsque l'injection est faite dès le début, l'effet abortif est obtenu généralement en 24 heures, exceptionnellement en 48 heures.

Remarques sur une épreuve de cuti-réaction systématique à l'incorporation. — M. Roulin insiste en particulier sur l'importance de la répétition de l'épreuve tuberculinique chez des sujets à réaction négative pouvant transformer les résultats d'une enquête et en modifier le sens.

Contribution à l'étude de l'étiologie des ictères observés au cours des traitements novarsénobenzoliques. — M. A. Poirier, dans deux observations, souligne l'action du refroidissement comme une cause seconde pouvant contribuer à la constitution de l'ictère au cours du traitement novarsénobenzolique.

Arythmie extrasystolique d'origine vésiculaire. — MM. L. Ferrabouc et A. Jude rapportent l'observation d'un sujet ayant une cholécystite chronique et une arythmie extrasystolique. Les deux affections évoluèrent parallèlement. La palpation de la vésicule réveillait les extrasystoles. Les auteurs concluent à l'origine réflexe de ces extrasystoles.

Réaction articulaire gonococcique guérie par ponction associée à la méthode de Basset et Poincloux. — MM. Perrignon de Troyes et du Bourguet.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1936)

Influence des barbituriques sur les modalités de l'éjaculation provoquée chez le cobaye. — MM. E. Toulouse, H. Simonnet et Th. Ehrenreich. L'intoxication subaiguë du cobaye adulte par le Numal entraîne une diminution progressive du poids du sperme éjaculé ; le sperme contient toujours des spermatozoïdes dont la morphologie n'est pas modifiée, mais la coagulabilité du sperme diminue.

L'acide ascorbique au cours de la cadavérisation. — MM. A. Giroud, R. Ratsimamanga, M. Rabinowicz et E. Hartmann ont étudié par la méthode de Tillmans l'évolution de l'acide ascorbique au cours de la cadavérisation. Des cobayes et des rats ont été étudiés à différents moments. Comme les observations de Mouriquand et Cœur paraissent l'indiquer, on ne constate pas de chute brusque de l'acide ascorbique après la mort. Il se produit cependant une diminution de l'acide ascorbique, qui est assez considérable au bout de 48 heures. Il est probable que ce ralentissement est dû à l'action protectrice d'autres substances. D'autre part, la connaissance de ces faits peut permettre d'apporter des corrections aux données fournies par les dosages sur les autopsies.

Comportement du virus du typhus historique de Tunis au cours de la carence et de la précarence C. — M. Paul Giroud a cherché les modifications qu'apporte la carence ou la précarence C à l'évolution cyclique du typhus historique de Tunis. On peut provoquer, dans un certain nombre de cas, chez le cobaye, une orchite et un trouble de l'évolution cyclique de l'infection. Le virus, localisé à la vaginale, peut être, dans les mêmes conditions, passé d'un animal à l'autre, sans que l'on puisse fixer ce caractère d'une façon définitive. La non-adaptation définitive aux viscères du virus typhique est une preuve de plus de la différence profonde de ce virus avec le virus murin. Ces constatations permettent aussi de juger de l'action si importante des régimes des animaux de passage au cours des conservations de virus, de juger expérimentalement de l'influence du terrain sur l'évolution d'un virus fixe comme l'est le virus typhique historique.

M. F. van Deinse. Le sérum de lapins prémunis à l'aide d'un **bacille aviaire S**, et qui se montrent très résistants à l'égard d'une infection même massive avec ce bacille, semble être dépourvu de tout pouvoir sur le bacille homologue, tant *in vitro* qu'*in vivo*.

Sur l'accroissement de l'immunité antitoxique sous l'influence de l'addition de diverses substances à l'antigène (Anatoxines diphtérique et tétanique). — MM. P. Thibault et R. Richou. L'immunité antitoxique provoquée par un antigène tel que l'anatoxine diphtérique ou l'anatoxine tétanique est accrue lorsque cet antigène est incorporé dans un mélange de lanoline et d'huile, ou bien lorsqu'il est additionné d'une substance telle que la saponine, provoquant une vive inflammation locale.

Augmentation de la production de l'antitoxine tétanique, chez le cobaye, par addition à l'anatoxine spécifique de quantités variables de saponine. — MM. R. Richou et P. Thibault. Ajoutée à l'antigène tétanique, la saponine favorise la production de l'antitoxine spécifique lorsque la réaction locale produite est importante. Ajoutée à l'antigène à faible dose, elle ne produit qu'une inflammation légère sans formation d'escarre, d'où accroissement moindre dans la production d'antitoxine.

Ces résultats confirment l'influence, mise en évidence dès 1924 par G. Ramon, de l'inflammation locale au point d'injection de l'antigène, sur la production de l'antitoxine spécifique.

La glycémie adrénalinique chez le chien soumis à des injections intraveineuses lentes et continues d'eau minérale alcaline. — MM. E. Chabrol et J. Sallet ont eu recours à des eaux bicarbonatées sodiques pour modifier le terrain humoral et la réaction neuro-végétative de treize animaux, qu'ils ont soumis ensuite à des injections intraveineuses d'adrénaline.

Ayant vérifié au préalable que l'administration d'une même dose de sérum physiologique ne trouble point l'épreu-

ve de l'hyperglycémie provoquée par l'adrénaline, ils ont constaté que l'eau bicarbonatée entrave régulièrement cette épreuve quatre fois sur quatre, lorsqu'elle est injectée à des doses comprises entre 21 et 72 cm³ par heure et par kgr. ; l'épreuve est au contraire positive huit fois sur neuf, comme sur le chien normal, avec un volume de liquide de 4 à 1 cm³ d'eau bicarbonatée par kgr./heure.

Ces constatations sont en accord avec les recherches des physiologistes, qui ont établi l'inconstance de l'hyperglycémie alimentaire toutes les fois que le sucre a pour véhicule une eau bicarbonatée. Elles en diffèrent cependant dans leur principe, l'hyperglycémie neuro-endocrinienne que déclenche l'adrénaline étant d'un mécanisme plus complexe que celui de l'hyperglycémie provoquée directement par le glucose.

Injections continues d'urine au lapin. Toxicité de l'urine normale en fonction de la vitesse d'injection. — MM. A. Baudouin, J. Lewin et R. Bachelier. Les signes de toxicité qui accompagnent les injections intraveineuses continues d'urine sont les mêmes que ceux décrits par Bouchard au cours des injections massives.

La quantité d'urine qu'on peut faire tolérer par le procédé des injections continues dépend de la vitesse à laquelle l'urine est introduite dans l'organisme. Elle augmente quand la vitesse d'injection diminue, mais ceci seulement jusqu'à un certain maximum, pour redescendre ensuite quand la vitesse d'injection devient trop faible.

La vitesse la mieux tolérée semble être celle d'environ 60 cm³ par kgr. et par heure. La dose nécessaire pour tuer un lapin de 2 kgr. est alors de 370 cm³ en moyenne, c'est-dire quatre fois et demie plus grande que par injection massive.

Negrigénèse et régénérescence épithéliale. — MM. C. Levaditi et R. Schoen. Les corps de Negri apparaissent dans les épithéliums cornéens des lapins auxquels on confère la rage par inoculation anticérébrale, ou par scarification de la cornée, même si ces épithéliums appartiennent à une jeune génération cellulaire.

Présentation de livres. — M. Aug. Pettit, de l'Institut Pasteur, présente son magnifique ouvrage intitulé *Sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale* (Paris, 1936, in-8° de 270 p.). Il rappelle l'aide que lui ont apportée tant de ses collègues de la Société, qui l'ont consolé des critiques si virulentes que quelques rares auteurs ont cru bon d'adresser à la méthode à laquelle, depuis seize ans, il a consacré tant d'efforts.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(Séance du 18 février 1936)

M. Martin, trésorier, fait son rapport annuel.

M. Bloch confie la présidence au docteur Landais, de Nantes.

MM. Béliard, Lebourg et Kahané présentent une patiente de 49 ans, atteinte d'une hypertrophie progressive et douloureuse de la région alvéolaire supérieure et d'une périostose endocranienne. Malgré un B. W. négatif, le traitement bismuthique donne une amélioration.

M. Dechaume présente un **volumineux kyste du maxillaire inférieur** chez un édenté de 68 ans. Dans ces cas, l'incision doit respecter la crête alvéolaire, pour permettre de continuer le port de l'appareil de prothèse, qui servira de contention s'il y a fracture.

M. Mahé expose une étude clinique et radiographique très détaillée sur les fractures intra-alvéolaires des racines. En somme guériraient les fractures muettes seulement décelées par la radio. Indication pratique : radio systématique à faire dans tous les cas de traumatisme portant sur les dents.

MM. Dechaume et Derobert présentent un important travail sur le diagnostic médico-légal des dents de l'homme et des animaux.

M. Crocquefer rapporte un cas de **dent de sagesse incluse et épithélioma adamantin** chez un sujet de 25 ans.

M. Sassier expose la guérison d'un cas **d'ostéomyélite mandibulaire grave par l'anatoxine staphylococcique.**

M. Thésée présente une intéressante et curieuse collection d'anomalies dentaires rencontrées au cours de sa carrière.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mercredi 27 mai. — Jury : MM. Gosset, président ; Lemierre, Tanon, Moreau. — M. Letouzé. Etude du syndrome de Fauchard-Bourdet. — M. Kotlar. Agent de transmission de la fièvre boutonneuse et réservoir de virus. — M. Roch. Hygiène de la marche en haute montagne. — M. Rossignol. Un cas d'hépatite amibienne fruste à type de fièvre pseudo-palustre.

Samedi 30 mai. — Jury : MM. Gougerot, président ; Marion, Tiffeneau, Sézary. — M. A. Carrauza. Valvus variqueux ostéo-hyposiophique de Klippel. — M. Feld. L'intradermo-réaction de L. Nuttermil et A. Grimberg avec les polysaccharides gonococciques. — M. Halpern, dit Gelbard. Le venin de vipera-aspis. M. Penot. Essai d'analgésie obstétricale par la soneryl batyléthyl manonylurée.

Mercredi 3 juin. — Jury : MM. Gosset, président ; Mathieu, Portes, Quénu. — M. Brochard. Etude du traitement des salpingo-ovarites par les ondes courtes. — M. Poirier-Coutansais. Les kystes des ménisques du genou.

Jury : MM. Clerc, président ; Marcel Labbé, Lemierre, Abrami. — M. Guézou. Etude du pneumothorax spontané récidivant non tuberculeux. — M. Charnaux. Glycosuries non diabétiques chez l'enfant. — M. Tuchwerger. La forme œdémateuse du cancer de l'estomac.

Jeudi 4 juin. — Jury : MM. Chevassu, président ; Marion, Terrier, Velter. — M. Jomain. L'uréthrographie : technique et résultats. — M. Seidel. Kératocône et troubles endocriniens.

Jury : MM. Guillain, président ; Laignel-Lavastine, Sergent, Huguenin. — M. Bussel. L'état mental des toxicomanes. — M. Bayle. Valeur pronostique de la variation de certains éléments figurés du sang au cours de l'évolution des maladies infectieuses. — M. Pescarolo. Epanchements pleuriens invisibles.

Samedi 6 juin. — Jury : MM. Bezançon, président ; Claude, Gougerot, Chevallier. — M. Feinstein. Rhumatisme et profession. — M. Coublié. Hémoptysie tuberculeuse d'alarme et son comportement. — M. Frétigny. L'autisme mythomane. — Mme Doré. Manifestations non œdémateuses de l'urticaire. — M. Mauryey. Impétigo unguéal.

Jury : MM. Nobécourt, président ; Tanon, Boulin, Gastinel. — M. Ribert. Troubles digestifs secondaires aux rhinopharyngites dans la première enfance. — M. Chié Tchon-Ching. Le facteur humain dans les accidents du travail. — M. Lambruschini. La cocaïne et ses dangers.

Mardi 2 juin. (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Tanon, président ; Létard, Vergé. — M. Mathieu. Evolution du marché de la viande depuis la période d'avant-guerre jusqu'à nos jours.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 45. — MERCREDI 3 JUIN 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (nomination). — *Consultation écrite.* — MM. Wallich, 19,63; Michaux, 19; Cattan, 20; Rouquès, 19,81; Mme Roudinesco, 19.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX (admissibilité). — *Médecine opératoire.* — Séance du 26 mai. — Question donnée : « Ligature de la carotide externe. »
MM. Bourgeois, 17; Maduro, 20; Lévy, 18.
Epreuve orale. — Question donnée : « Hémophilie. »
MM. Lévy, 19; Maduro et Bourgeois, 18.
Epreuve clinique. — MM. Maduro, 20; Lévy, 14; Bourgeois, 16.
Classement des candidats :
MM. Maduro, 98; Bourgeois, 97; Lévy, 96.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX (nomination). — Jury : MM. Bourguignon, Guilbert, Gérard, Truchot, Chevallier, Gernez, Leveuf.

— CONCOURS D'AIDE D'ANATOMIE DES HÔPITAUX. — Jury : MM. Robineau, Rouvière, Launay, Gatellier, Richet.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — VERSAILLES. — Un concours pour la nomination de douze internes en médecine (six titulaires et six provisoires) sera ouvert le jeudi 9 juillet 1936, à 9 h. du matin.

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires au cabinet du directeur, à l'hôpital civil, de 9 à 11 h. et de 14 à 16 h.

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — *Section de chirurgie générale.* — Sont admis à la deuxième épreuve (leçon d'une heure) par ordre alphabétique :
Paris. — MM. Ameline, Fèvre, Funck, Huet, Ménégaux, Merle d'Aubigné, Patel.
Hanoï. — MM. Arnuff, Marion, Meyer-May.
Lyon. — MM. Bertrand, Clavel, Desjacques, Labry, Mallet (Guy).
Toulouse. — MM. Dambrin, Dieulafé, Fabre.
Bordeaux. — MM. Darget, Lafargue, Magendie, Massé, Villar.
Aix. — MM. Dor, Figarella, Luccioni.
Alger. — MM. Curtillet, Goinard, Sabadini.
Ordre de passage pour la leçon d'une heure :
MM. Marion, Desjacques, Clavel, Dor, Meyer-May, Darget, Labry, Dieulafé, Curtillet, Dambrin, Villar, Arnuff, Patel, Goinard, Magendie, Bertrand, Ménégaux, Ameline, Figarella, Funck, Mallet (Guy), Massé, Sabadini, Huet, Merle d'Aubigné, Lafargue, Luccioni, Fabre, Fèvre.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — M. le professeur Portmann, sénateur de la Gironde, vient d'être élu membre de l'Académie royale de médecine de Belgique.

L'AVORTEMENT LÉGAL EN U.R.S.S. — *Le Temps* annonce que, désormais en U.R.S.S., la mère ne sera plus libre, comme l'y autorisait implicitement le Code pénal, de décider l'avortement. Il appartiendra au médecin seul de se prononcer sur l'opportunité de cette intervention et sur la seule considération de la condition sociale de la femme et de son état de santé.

Des peines de prison sont prévues à l'endroit des médecins qui contreviendraient à la loi et des personnes qui contraindraient la mère à se soumettre à l'avortement.

NÉCROLOGIE. — Mme de Brancas, chef du service central d'électro-radiologie de l'hôpital Baudelocque, vient de succomber victime du devoir professionnel.

A ses obsèques le docteur Delherm, président du Syndicat des électro-radiologistes des hôpitaux, a rendu hommage aux travaux éminents de cette femme de bien.

CHRONIQUE

UNE CONFÉRENCE DES VOIX LATINES PAR M. LE PROFESSEUR JEAN FIOLLE (DE MARSEILLE)

La semaine dernière, à l'Institut océanographique, M. Jean Fiolle, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Marseille, a fait, sous les auspices de l'U.M.F.I.A., une conférence sur *l'Ordre latin dans les sciences, la biologie et la médecine.*

M. Georges Duhamel, de l'Académie française, présidait. A ses côtés, M. Dartigues, président de l'U.M.F.I.A., M. Georges Dumas, membre de l'Institut, MM. les professeurs Pierre Duval, Rouvière, Tixier (de Lyon), Chauvin et H. Roger (de Marseille) ; MM. Colombani, Noir, Legros, ancien député ; MM. Bandelac de Pariente, Vaccaro, Chauvois, Rivière, Bérillon, Pamart...

En quelques mots, Dartigues présente le conférencier : un grand chirurgien, un lettré délicat, un philosophe, mais aussi un biologiste qui eut l'honneur d'être appelé l'an dernier par le regretté Charles Nicolle à parler au Collège de France dans la chaire de Claude Bernard.

En débutant, M. Fiolle exprime son embarras d'être obligé de définir l'esprit latin. Il est des modes de pensée qui échappent à toute définition. Cependant, on peut dire que l'esprit latin est un rythme, qu'il est empreint de gravité et de retenue. Il est l'équilibre et aussi la puissance.

M. Fiolle n'a pas de peine à appuyer sa définition en rappelant d'une façon charmante des souvenirs de sa belle Provence.

Et voici qu'il nous parle de la science moderne. Il voit en elle, dès ses origines, une « spécialité » mettant en œuvre l'exercice unilatéral de certaines de nos facultés, et s'opposant ainsi à l'attitude mystique ou métaphysique. La disparition des modes spirituels du moyen âge a « appelé » le scientisme actuel, lié à ce que l'on a justement appelé *l'humanisme*, c'est-à-dire le culte de la puissance créatrice de l'homme dans le domaine de l'observation, de l'expérience et de la raison.

« La science, strictement objective et impassible en principe, s'est laissée peu à peu infiltrer de mystique (ou mieux de pseudo-mystique) et ainsi servit de nouveau « support » à ce besoin d'adoration qui est inhérent à la nature de l'homme.

Le moyen âge étant épuisé, la science a de la sorte assuré *une fonction de remplacement.*

Il y a en définitive dans la science moderne deux éléments essentiels, et en apparence inconciliables : d'une part, un réalisme de base, qui prétend régner seul ; et d'autre part, une mystique plus ou moins avouée.

L'ordre latin intervient pour équilibrer ces deux facteurs. Parce que l'esprit latin est peu enclin au mysticisme, il favorise plutôt le premier élément, l'élément réaliste. Mais il ne méconnaît pas le second, car il tient compte de toutes les réalités : il lui réserve par conséquent, une place, mais secondaire, de même que Rome acceptait de dresser un autel au « Dieu-Inconnu ».

C'est par ce joint que s'unissent l'esprit de la Renaissance (lequel centre son attention sur la force productrice de l'homme) et la science, qui n'est qu'une manifestation particulière de l'effort dirigé dans ce sens. De fait, l'intrication est, depuis quatre cents ans, dès le XVIe siècle, absolue, et c'est seulement l'excès des acquisitions qui a par la suite amené une séparation entre la science et ce qu'on nomme les « Humanités ». Mais l'Humanisme et la Science, aujourd'hui encore, sont unis par leur origine commune et par leur opposition simultanée à d'autres forces d'activité spirituelle.

L'ordre latin ainsi entraîné à suivre les progrès de la science, exerce un rôle de discrimination et de critique. Parce qu'il y a en lui plus de robustesse encore que de subtilité (ce qui le différencie de l'esprit grec), il exige que l'œuvre de science se présente avec un caractère de dépouillement, de nécessité évidente, qu'elle soit assise sur des bases inébranlables, comme le mur d'Orange, comme le Pont du Gard... »

En somme, l'esprit latin dirige son activité dans un sens qui est celui de la science pure ; comme elle il est objectif et général, va au-delà des particularismes locaux. M. Fiolle montre ici que le caractère d'universalité humaine ne s'oppose en aucune façon — bien au contraire — à l'individualisme. L'universalisme implique une volonté de compréhension vis-à-vis de tous les modes de pensée et d'existence ; au contraire, ce qu'on admire aujourd'hui sous le nom de *sens collectif*, n'est pas autre chose que l'exaltation d'un particularisme.

« Ainsi par son équilibre, par son réalisme robuste, l'ordre latin garde l'esprit scientifique moderne, (autant que la chose est possible) du faux mysticisme qui tend à l'adultérer, l'étaie de sa rigueur et de sa logique, et l'empêche de se perdre dans des domaines qui ne lui appartiennent point.

Science et ordre latin sont étroitement dépendants l'un de l'autre. Pour peu que l'activité humaine s'élève au-dessus de l'industrie primitive, il faut, si l'on veut qu'elle progresse ou seulement subsiste, qu'elle soit organisée ; et c'est là le rôle de l'ordre latin, qui ne représente pas exclusivement une tendance originale, mais au sens absolu du mot une *fonction.* Nul certes ne peut prévoir ce qu'il adviendra des groupes sociaux issus de Rome. Mais le génie de ces peuples est hors d'atteinte. Tant que les hommes auront à se transmettre en héritage une parcelle de savoir objectif, l'esprit latin ne périra pas. »

Une ovation salua cette belle conclusion.

M. Georges Duhamel félicite le conférencier et rappelle que c'est à Ressons-sur-Matz, dans l' « Autochir » de Pierre Duval, qu'il a eu la joie de rencontrer Jean Fiolle. Depuis, ces deux hommes si bien faits pour se comprendre ont conservé l'un pour l'autre une amitié sans cesse fortifiée, qui suggère à M. Duhamel ce trait charmant : « Il y a dix-neuf ans que je vous connais..., j'ai perdu trente ans de ma vie ! »

F. L. S.


DIARRHÉES DES NOURRISSONS
Paquets de 0gr25
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
Cachets de 0gr50
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
Cachets de 0gr50
GÉLOTANIN
TANNATE DE GÉLATINE
CHOAY
LABORATOIRE CHOAY_48 rue Théophile Gautier_PARIS (xvie)

LES DÉLIRES HALLUCINATOIRES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE LEURS RAPPORTS AVEC LA MALARIATHÉRAPIE

Par M. le professeur HENRI CLAUDE et M. F. COSTE.

Les délires hallucinatoires sont assez rares au cours de la période de début de la paralysie générale. Ils s'observent surtout dans les formes à évolution lente, chronique, de type paranoïde. Toutefois, il nous est arrivé de voir apparaître quelquefois un délire hallucinatoire très net de courte durée chez un paralytique général au début de la période d'excitation : le malade voyait des avions, décrivait leurs évolutions, prétendait entendre le bruit des moteurs, ou avait tendance à se garer d'un bombardement imaginaire. Mais encore une fois, ces délires hallucinatoires sont en général fugaces. Il est plus fréquent d'observer des délires revêtant un type paranoïde, dans les cas de paralysie générale traînante et ayant un caractère de chronicité, ou au cours surtout de périodes de rémission. Ces faits ont été déjà relatés par Magnan et Sérieux, par Joffroy, par Mlle Pascal et dans la thèse de Mlle Serin.

Magnan, d'autre part, a insisté sur les cas de paralysie générale en rémission au cours desquels on voit apparaître un délire de persécution qui rappellerait les psychoses de nature syphilitique. Celles-ci apparaissent en effet et évoluent sous des formes très analogues à la paralysie générale, bien qu'on ne rencontre pas les caractères physiques et étiologiques, ni même l'état mental habituel de la paralysie générale dans cette période.

Enfin, une troisième variété de ces délires hallucinatoires peut survenir chez des paralytiques généraux, atteints de tabès, et il est permis de se demander si les hallucinations ne sont pas la conséquence des phénomènes cénesthésiques ou douloureux qui accompagnent le syndrome radiculo-méningé du tabès. Ces faits sont à rapprocher de ceux étudiés déjà autrefois par Pierret, par Plaut, et dont l'un de nous a signalé l'importance dans plusieurs communications antérieures sur les hallucinations des tabétiques.

Plus récemment, il a semblé à divers auteurs que la survenue d'un syndrome hallucinatoire apparaissait avec une fréquence plus grande chez les paralytiques généraux qui avaient été impaludés. Cela résulte des travaux de Gerstmann (1921), de Vermeylen (1926) et enfin de Leroy et Medakovitch qui, dans un ouvrage récent, ont fait une étude de ces délires secondaires de la paralysie générale, au sujet desquels la discussion reste ouverte quant à la pathogénie et à l'étiologie.

Nous rappellerons seulement ici que pour ces derniers auteurs, on observerait jusqu'à 10 % de cas de délire hallucinatoire secondaire chez les paralytiques généraux impaludés. Ces délires se présenteraient sous la forme de délires hallucinatoires avec confusion mentale rappelant le type de certains délires infectieux et surviendraient à la fin de la période fébrile ou des derniers accès. Il en serait de même des délires systématisés hallucinatoires avec idées de préjudice, notamment idées d'influence, etc.

Une autre forme de délire surviendrait chez des sujets qui se présentent souvent avec les apparences de la stupeur, avec négativisme. Ce type évolue parfois sur le type catatonique ou stéréotypique.

Enfin, une autre catégorie concernerait des malades qui, après une période de rémission, apparaîtraient sous les apparences de déments précoces. L'un de nous (H. Claude), a eu l'occasion d'observer ainsi trois cas, qui après une impaludation, ou même au début d'une paralysie générale non impaludée, se révélaient sous la forme nettement schizophrénique.

Nous disions que la question reste ouverte en ce qui concerne les rapports de causalité entre la survenue de ces délires secondaires et le traitement malarique. Déjà, l'un de nous a eu l'occasion de faire des réserves sur le rôle de l'infection malarique comme cause déterminante de ces délires chez les paralytiques généraux. Tout d'abord, à notre point de vue, le nombre de ces délires secondaires survenant après des rémissions nous a paru singulièrement exagéré ; pour notre compte, nous n'en avons observé que de très rares cas, et encore le rôle de la malaria apparaît être douteux.

L'une de nos malades, par exemple, qui avait tiré un très réel bénéfice de l'impaludation, avait paru, pendant quelques mois, tout à fait guérie de sa paralysie générale, quand elle présenta peu à peu des manifestations délirantes sur le type d'un délire de persécution et de préjudice avec manifestations hallucinatoires au cours desquelles elle mettait en cause les médecins qui l'avaient soignée, prétendait les entendre lui adresser la parole, se moquer d'elle, l'injurier, et elle était devenue de ce fait singulièrement agressive. Or, cette malade avait déjà présenté antérieurement quelques indices d'une constitution paranoïaque et nous apprîmes que son frère était interné dans un asile pour un délire de persécution à base interprétative.

Un autre de nos malades qui, actuellement, paraît très notablement guéri de sa paralysie générale en tant que déficit intellectuel, et qui s'occupe activement de ses affaires, présente des idées de préjudice et de persécution qui vont très nettement en s'accentuant tous les jours, depuis 6 ans qu'il a été traité par la malaria. Mais au dire de son entourage, avant sa maladie, il était connu pour ses tendances paranoïaques et les réactions coléreuses qu'il manifestait sous cette influence.

Pour expliquer le rôle possible de la malaria dans la genèse de ces états délirants, on a cru pouvoir mettre en avant l'intoxication malarique ou les reliquats de cette intoxication, si le traitement par la quinine a été insuffisamment mis en œuvre, ou insuffisamment prolongé. Pour juger le rôle de la malaria dans ces délires secondaires dans le cours de la paralysie générale, il n'est donc pas inutile de rapporter le plus grand nombre d'observations ; c'est pourquoi nous fournissons le document suivant :

M. R... 57 ans, valet de chambre, entre à la clinique le 19 décembre 1934 pour une paralysie générale caractérisée par

des troubles mentaux typiques, confirmés par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Il présente en même temps des signes d'aortite et peut-être de tabès, car les réflexes tendineux sont très diminués ou presque abolis et les pupilles inégales réagissent mal à la lumière. En raison de ces lésions vasculaires, on préféra le traiter au début par des séances d'ondes courtes, mais à la deuxième, la tension artérielle ayant paru très augmentée et le sujet se plaignant d'étouffement, on suspendit le traitement et on eut recours à l'impaludation le 31 décembre 1934. Le malade eut une dizaine d'accès qu'il supporta bien ; il fut traité ensuite pendant 4 jours par la quinine à la dose d'1 gr. 50. La fièvre tomba complètement le 21 janvier 1935. Le malade quitta l'hôpital le 16 mars 1935, notablement amélioré et continua à venir se faire traiter dans le service par les injections d'arséno-benzol et de bismuth.

C'est dans le cours de ce traitement, vers le mois de juillet 1935 qu'il commença à se plaindre de douleurs gastriques survenant par crises, ainsi que de douleurs intestinales qui, peu à peu, prirent le caractère de crises gastriques tabétiques. Plus tard, en novembre 1935, des crises de douleurs fulgurantes dans les membres et dans le thorax apparurent. On décida d'interrompre le traitement chimique et l'on soumit le malade à 9 séances de pyrétothérapie par les ondes courtes. Le traitement fut, cette fois, bien supporté et même les douleurs disparurent. Le malade ne ressentit plus que quelques douleurs abdominales, et il paraissait aller bien quand, le 27 mars 1936, il revint dans le service en raison d'un délire hallucinatoire, cette fois, bien caractérisé et de date toute récente.

Ce délire se traduisait de la façon suivante : on l'empêche de manger, on lui crée des douleurs dans le ventre, on chante dans son ventre ; ces chants ont un caractère obscène. Il s'étonne que les autres personnes n'entendent pas ces chants. Il a des personnages dans l'estomac qui échangent des propos entre eux ; il y a surtout deux personnages, Riri et Marguerite, qui se répondent dans leurs chants. De plus, ils lui serrent le corps, ils montent dans sa colonne vertébrale, ils lui piquent les pieds, les orteils, ils font de lui un véritable martyr.

Il n'est pas douteux que ces phénomènes douloureux sont en rapport avec des manifestations radiculo-méningées, car ils coïncident avec une exagération de l'ataxie des membres inférieurs qui n'existait pas au début de la paralysie générale, avec de l'incoordination motrice des membres supérieurs et une abolition complète de tous les réflexes tendineux et cutanés et un signe d'Argyll bilatéral typique. Mais le délire hallucinatoire n'a apparu qu'après la pyrétothérapie par les ondes courtes.

Voici donc un malade qui se présente à notre observation avec une paralysie générale classique et avec des manifestations vasculaires nettement spécifiques et un syndrome paréto-tabétique à peine ébauché. La paralysie générale s'atténue notablement à la suite du traitement malarique. Le malade peut quitter l'hôpital en assez bon état aussi bien au point de vue de la paralysie générale que de l'ébauche de tabès, mais un an après la sortie de l'hôpital des manifestations tabétiques se produisent d'abord sous la forme douloureuse simple, puis peu à peu se développe un délire hallucinatoire tout à fait analogue à celui qu'on observe chez les syphilitiques ou chez les simples tabétiques. Mais l'apparition de ce délire hallucinatoire se déclare après la pyrétothérapie par les ondes courtes.

Il semble donc bien qu'ici la malaria puisse être mise hors de cause et qu'il s'agisse de manifestations psychiques dont on ne peut dire qu'une chose, c'est que dans le temps, elles apparaissent comme en rapport avec une reprise des phénomènes tabétiques et surtout sous la dépendance du traitement par les ondes courtes.

Ceci n'est évidemment qu'une simple hypothèse puisque, dans d'autres conditions, nous savons parfaitement que, chez les syphilitiques ou les tabétiques, en dehors de toute action thérapeutique, on peut voir se développer des phénomènes délirants. Peut-être faut-il tenir compte aussi de l'action pyrétothérapique sur un terrain syphilitique antérieur, quelle que soit la nature de l'agent pyrétogène, car c'est un fait assez curieux que, dans les cas où la malariathérapie a été mise en œuvre en dehors de la paralysie générale et de la syphilis nerveuse, on ne signale pas habituellement de phénomènes délirants.

Nous pensons donc que le rôle attribué à la malaria, que nous croyons être relativement restreint, ne doit intervenir en rien pour limiter l'emploi de ce mode thérapeutique. Dans ces conditions, il faut admettre que la genèse des délires secondaires dans la paralysie générale, — traitée ou non traitée par la malaria — doit être attribuée plutôt aux prédispositions personnelles ou héréditaires des sujets, comme cela se voit dans les simples tabès non traités. Tout au plus peut-on penser que le choc provoqué par l'action pyrétogène favorise davantage l'éclosion de troubles psychiques au même titre que toutes sortes de traumatismes, comme on en connaît d'assez nombreux exemples.

Henri VAQUEZ [1]

Vaquez vient de mourir dans sa 76e année. Servi jusqu'au bout et sans défaillance par sa magnifique intelligence, il n'admettait aucune diminution dans son activité. Il était le maître de la cardiologie française, et ce titre incontesté, il aurait pu s'en auréoler dans une retraite paisible. Mais il n'était ni dans ses habitudes, ni dans son caractère de jouer les rois fainéants. L'animateur qu'il fut toute sa vie, il le resta jusqu'à ses derniers moments.

Est-ce le fait d'avoir vécu à ses côtés pendant près de quarante ans, d'avoir vieilli avec lui dans une intimité qui entretient pour les êtres aimés l'illusion que le temps les épargne ? Est-ce qu'une affection sans cesse accrue entraîne naturellement dans le passé, la projection de la silhouette présente ? toujours est-il que le Vaquez de ma jeunesse, celui qui m'accueillit au début de ce siècle dans les baraquements de l'hôpital Saint-Antoine, se confond à mes yeux avec celui qui naguère m'initia au charme des conversations académiques. Même façon de porter haut et droit la taille qu'il avait plutôt petite ; mêmes yeux illuminant une tête solide et bien plantée, tantôt du pétillement d'une ironie malicieuse, tantôt de la flamme d'une pensée subitement sévère. La barbe seule portait la marque des ans, mais de ses fils argentés s'échappait toujours la même parole facile, enjouée, imagée. C'était la même conversation féconde et naturelle, pleine d'anecdotes et de souvenirs, et, au moment voulu, la même intervention éloquente à la tribune. C'était enfin la même curiosité ar-

(1) Nous remercions M. le professeur Charles Laubry d'avoir bien voulu nous autoriser à reproduire cet article émouvant, paru dans les *Archives des Maladies du cœur*, fondées et dirigées par Vaquez.

dente, à la fois critique et constructive, pour la spécialité dont il avait si puissamment affirmé l'autonomie.

Ce que fut l'œuvre de Vaquez, je l'exposerai un jour. Je ne possède pas aujourd'hui la sérénité nécessaire à une biographie méthodique et conventionnelle. Sous le coup de l'émotion que me laissent ces jours de lutte avec mes amis Donzelot et Yacoël pour arracher notre Maître à son destin, je ne puis qu'évoquer les sommets à l'ascension desquels j'assistai, et auxquels son nom est désormais attaché.

Frais émoulu de l'internat, il abordait les phlébites. Il en bouleversait la pathogénie avec Widal, son condisciple, son ami, son frère de toujours. S'attachant plus tard à leur étude complète, il écrivait le chapitre substantiel qui figure dans les cliniques de la Charité, et qui est digne de ces magistrales leçons de Potain, que sous l'œil du Maître, il avait en partie rédigées. Je demande aux jeunes de relire ces lignes où, dans un style sobre, sans apprêt, s'échafaude sur la critique des théories de Wirchow la doctrine de l'origine infectieuse des phlébites ; de suivre l'auteur dans le détail de ses descriptions cliniques ; de s'inspirer des multiples formes où Vaquez multiplie les détails d'évolution ; et je leur demande surtout, quand ils seront aux prises avec les caprices de cette maladie déconcertante, de reconnaître que Vaquez, dès le début, avait bien vu et tout vu. Pour tout autre, ces pages consciencieuses auraient épuisé le sujet, pour Vaquez, il n'était qu'ébauché. Toute sa vie il le remanie. Vingt ans après, il le complète encore en décrivant, avec Leconte, les septicémies veineuses subaiguës.

A côté de l'amitié déjà ancienne de Widal, que scellait la mainmise sur la pathologie veineuse au nom de l'infection, il y eut l'amitié naissante de Babinski. Elle se fit sentir dès cette époque dans un travail sur les aortites. Un syndrome connu réunit à juste titre leurs deux noms. Il affirmait la coexistence fréquente des lésions syphilitiques du système nerveux et de l'appareil circulatoire. Non seulement il soulignait l'importance de cette double série de stigmates, mais encore il amorçait le démembrement du tabès, à cette époque démesurément grossi, au profit de la lésion vasculaire.

De tels travaux, d'autres que j'oublie à dessein, notamment sur la prétendue hypertrophie de croissance, sur l'état du cœur dans la grossesse, sur l'hypertension dans l'éclampsie, en collaboration avec Nobécourt, consacrent la réputation de Vaquez en cardiologie, et le désignent comme le vrai successeur de Potain. Notre première rencontre me le montre tel, rempli d'ardeur à la vue d'orientations nouvelles, jaloux de se dégager de l'emprise d'un maître cependant admiré, et d'explorer hors du domaine qui lui était légué. Son rêve, il ne saurait désormais le réaliser, même avec les sens aiguisés et la parfaite éducation clinique qu'il avait reçue à la Charité, et dont il devait imprégner ses élèves. Un seul moyen s'offre à lui pour le satisfaire : posséder des techniques nouvelles. Ce sont celles-ci qu'il sera le premier en France à lancer et à remanier. Désormais, chacune de celles qu'il trouve, adopte ou perfectionne, lui apporte une moisson fructueuse.

Tout d'abord, il porte son effort sur la tension artérielle. Potain vient de disparaître laissant à la génération qui monte son ouvrage, véritable testament sur la pression sanguine dont Vaquez aime à vanter la perfection et les promesses, mais qui ne lui paraît pas le dernier mot. Certes, il sait, par son habileté, se mettre à l'abri des causes d'erreur dans l'usage du sphygmomanomètre de Potain. Il en donne maintes preuves. Il justifie ainsi l'opinion de Mardan, cet autre élève de Potain, qui lui restera longtemps fidèle. Il amasse avec son seul secours tous les documents dont est fait son rapport sur l'hypertension artérielle (1901). Curieux et mémorable exemple de ce que peut faire un bon ouvrier avec un outil insuffisant. Ce travail reste un chef-d'œuvre d'observation précise et de clarté. Les faits relevés deviennent intangibles ; la classification qui les groupe est définitive. Qu'on se reporte au résumé que Vaquez communique à la Société Médicale des Hôpitaux, et qu'on dise si les grandes lignes ainsi tracées n'ont pas fixé encore aujourd'hui la charte de l'hypertension. Les formes continue, oscillante, paroxystique, demeurent à jamais acquises. Le symptôme en lui-même est proclamé responsable d'une série de méfaits, en particulier de l'éclosion des crises vasculaires, dans le tabès, dans le saturnisme, dans l'éclampsie. La brèche est ouverte dans le dogme classique de la pathogénie rénale. Le rôle des glandes endocrines est entrevu, celui de la surrénale paraît prédominant, et une série de travaux ultérieurs viendront étayer cette affirmation, qui s'appuie sur les constatations anatomiques d'Aubertin, plus tard sur le cas remarquable de surrénalome naguère étudié avec Géraudel et Donzelot.

Malgré ces brillants résultats, des doutes grandissent pour Vaquez sur l'excellence de sa sphygmomanométrie. L'intervention du doigt de l'opérateur, pour étouffer dans l'écrasement de l'artère la récurrence radiale, lui paraît dangereuse et laisse trop de place au coefficient personnel. De plus, il n'obtient avec ce procédé qu'un seul chiffre, celui de la pression systolique. Dès lors, des conversations s'engagent avec le fidèle collaborateur de Potain, le constructeur Galante. On adopte le procédé de Riva-Rocci, et sortent du service : en premier lieu, le sphygmo signal ; en deuxième lieu, à la faveur de la méthode auscultatoire, le sphygmotensiophone, que les praticiens du monde entier connaissent et utilisent.

Est-ce à dire que Vaquez se déclare satisfait ? Longtemps méfiant envers la tension minima, il est depuis le début hanté par l'utilité en clinique de la tension efficace ou tension moyenne, celle qu'inscrit le manomètre compensateur de Marey en communication directe avec l'artère. Il soumet ses désirs à ses collaborateurs successifs. Mais ce n'est que dans ces dernières années que, reportant sur l'oscillométrie longtemps dédaignée une attention particulière, aidé de Gley, de Kisthinios, de Gomez, il pense trouver dans l'amplitude maxima des oscillations la notion désirée. D'où le point de départ d'une série ininterrompue de recherches sur la tension moyenne à l'état normal et dans les états physiologiques ; ses variations dans l'insuffisance aortique, et enfin ses relations avec l'insuffisance cardiaque. Il y a quelques mois, il tenait l'Académie attentive à sa dernière communication avec Giroux. Il projetait des tracés recueillis à l'aide du boulittographe, qui lui permettaient de conclure à la nécessité de chercher, non pas dans les pressions extrêmes, mais dans la pression moyenne, l'expression du régime qui règne dans les vaisseaux. Tout cet effort, il le condensa dans une dernière œuvre consacrée à la tension moyenne. La mort le surprit au moment où il achevait à peine d'en corriger les épreuves.

Tandis qu'il jetait les bases de ce monument élevé à l'hypertension, Vaquez, impressionné par les travaux de His, de Hering, par leurs nouvelles conceptions de la physiologie cardiaque, au courant des idées de Wenckebach et de Mackenzie, en relation étroite d'ailleurs avec ces cardiologues illustres, entrevoyait les ressources de la méthode graphique. Potain l'y avait initié, mais, malgré la prise d'excellents tracés, il l'utilisait surtout pour confirmer les perceptions objectives. La méthode, vivifiée par les idées nouvelles, par une instrumentation plus délicate, s'attachant surtout à la simultanéité des tracés qui assurait un repérage suffisant, donna une représentation fidèle de la succession des ondes de volume à chaque révolution cardiaque. Elle fournit sur la mécanique respective des cavités auriculaires et ventriculaires les renseignements voulus. Elle trouva donc une application naturelle à l'étude des arythmies. Dès 1910, le cycle entier de ces arythmies,

grâce à la collaboration d'internes comme Esmein, Leconte, Clarac, Donzelot, fut entièrement parcouru. La mise au point des recherches communes fut faite par Vaquez dans un cours libre professé à la Faculté, recueilli et publié dans une première édition par Esmein, dans une seconde par Donzelot. Ces leçons firent époque. Elles révélèrent au monde médical français un chapitre ignoré de pathologie cardiaque. Elles couronnèrent son auteur comme chef d'école, et je sais des cardiologues, qui sont aujourd'hui des maîtres, dont elles ont fixé la vocation. On a prétendu que Vaquez n'avait fait en l'espèce qu'ouvrir les frontières aux idées qui, depuis longtemps, fermentaient au dehors. Ainsi réduit, son rôle n'en serait pas moins grand et méritant. Mais ce serait mal connaître un esprit comme le sien que de le croire capable de recueillir une idée sans y marquer son empreinte et y laisser son cachet d'originalité. Ainsi en est-il pour les arythmies : aucune d'elles où l'étude objective ne soit l'objet d'une documentation personnelle, aucune d'elles sur laquelle ne souffle l'esprit clinique le plus traditionnel et le plus français.

Aux tracés mécaniques perfectionnés, cardiogramme, phlébogramme, inscription œsophagienne de l'oreillette pratiquée avec Esmein et Clerc, Vaquez joignit bientôt l'électrocardiogramme. Il est encore le premier en France à installer l'instrument nouveau d'Einthoven dans son service. Il le fait avec la ténacité qui témoigne de sa foi en la méthode inédite. Il le fait malgré l'indifférence, malgré l'inertie administrative, malgré l'exiguïté des locaux dont la complexité de l'appareil primitif accusait encore l'impropriété. Nous aimions tous deux à évoquer cette cabine obscure de quelques pieds carrés, faite de planches vermoulues, montées sur pilotis, qu'on dut à grand'peine renforcer pour éviter que la brise la plus légère ne l'ébranlât au moment décisif. Dans ce réduit obscur où Bordet régnait en maître, il fallut l'ingéniosité de ce précieux collaborateur pour tout installer, tout faire fonctionner. Il triompha de tous les obstacles, mais il ne put obtenir qu'entre lui et le malade il y eût place pour un troisième occupant. N'empêche qu'il y recueillit des tracés dignes de figurer à côté de ceux que nous fournit l'outillage moderne d'un maniement élémentaire. Ce furent eux qui permirent à Vaquez d'étudier à fond l'électrocardiogramme normal, ses variations physiologiques, d'apporter une nouvelle contribution à l'étude des arythmies, de calmer l'enthousiasme trop exclusif des novateurs qui prétendaient donner un état signalétique électrique de chaque lésion valvulaire. Toutes ses conclusions, Vaquez les défendit avec Bordet au Congrès de Lyon de 1914, puis il fit reprendre la question dans un sens plus large, et ce fut le sujet de la thèse de Yacoël. Bien qu'il gardât au fond de lui-même une certaine réserve, bien qu'il ne tolérât jamais qu'un jugement fût porté, sur la vue d'un tracé d'où qu'il vînt, et qu'ainsi la clinique fût mise en tutelle, il n'encouragea pas moins ses élèves à tourner leur activité vers les recherches électrocardiographiques. Clerc, Géraudel, Donzelot, Pezzi, ne m'en voudront pas de saluer ici leur Maître comme leur inspirateur.

Cette collaboration de Bordet, Vaquez qui l'avait exigée, qui en avait deviné l'importance et précisé l'objet, elle donnait depuis longtemps ses fruits dans le domaine radiologique, dans l'application systématique à la cardiologie de l'orthodiagraphie. Là encore, Bordet dut déployer des trésors d'endurance, s'adapter à l'étroitesse insolite de son cabinet, frère aîné du premier, où l'équipe de ses auditeurs et de ses élèves devait se fractionner au minimum, et risquer l'étouffement pour suivre ses examens. De cette géhenne n'en sortit pas moins, après un labeur de plusieurs années, le *Traité de Radiologie du Cœur*, qui connut plusieurs éditions successives. Que la radiologie cardiaque introduite avec assurance et maîtrise par Vaquez et Bordet, subisse dans la suite, elle aussi, son évolution, qu'on arrive à lui préférer d'autres méthodes telles que la téléradiographie, peu importe. Elle pesa d'une façon définitive, grâce à eux, sur toute la séméiologie cardiaque. Elle créa presque de toutes pièces un chapitre important de la pathologie vasculaire, celui des aortites. Elle compléta de façon indispensable l'étude des lésions valvulaires, et des maladies congénitales. Elle s'imposa dans l'étude des dilatations et des hypertrophies des cavités cardiaques, et notamment des insuffisances ventriculaires. Elle força l'attention sur la pathogénie de l'artère pulmonaire, et notamment sur son athérome, sur les dilatations du tronc et de l'orifice, qui inspirèrent les travaux de Vaquez et de ses élèves Giroux et Magniel.

Car tout en cueillant les floraisons nouvelles, Vaquez ne négligeait pas ses vieilles connaissances qu'étaient les lésions valvulaires et inflammatoires du cœur. Je viens de mentionner les complications inédites qu'il découvre au rétrécissement mitral. Mais cette curieuse affection, il en avait déjà enrichi ses signes fonctionnels du point de côté auriculaire ; il en avait entrevu l'évolution interminable et l'envisageait comme une véritable maladie de l'oreillette. Je pourrais ajouter ses travaux sur les endocardites, sur les souffles fonctionnels, non seulement sur le souffle de dilatation ventriculaire que n'admettait pas Potain, mais encore sur le souffle secondaire d'insuffisance pulmonaire. Je pourrais parler de la technique d'exploration rénale, admirable par sa simplicité, qu'il mit au point avec Cottet, pour fixer le rôle respectif du rein et du cœur dans les oliguries de ses cardiaques. Je pourrais dire ses soucis constants de pénétrer la capacité fonctionnelle du cœur, sa méfiance dans les ressources de l'anatomie pour l'y aider, et son inclination à voir la question du point de vue physiologique, tout en critiquant les méthodes directes qui voudraient se substituer automatiquement à une synthèse séméiologique. Je pourrais enfin rappeler son exposé au Congrès de Londres où, faisant le procès de l'ancienne asystolie, il en proclama le démembrement, et lui substitua le syndrome des insuffisances cavitaires, auriculaire, ventriculaire droite et ventriculaire gauche. Mais à quoi bon cette énumération quand il suffit de se reporter à son *Traité des Maladies du Cœur* paru et achevé en 1921 où toute la pensée, tous les efforts, tous les travaux du Maître sont condensés, et pour ainsi dire sublimés par lui ? Rien ne vieillit en médecine comme un Traité didactique. Les événements, les découvertes, les théories nouvelles, le dépassent d'année en année. Mais quand ce livre n'a sacrifié à la bibliographie que juste le nécessaire ; quand il est fait de votre expérience, de vos méditations ; quand il est votre chair même, il a droit à la pérennité. Ainsi en est-il du traité de Vaquez. Il est de ceux qu'on lit et qu'on relit avec fruit, car ce n'est pas seulement avec la matière qu'on a commerce, mais avec le grand aîné qui l'a maniée, et qui vous livre son esprit, sa méthode et ses secrets.

Vaquez n'était pas seulement l'élève de Potain. Il avait longtemps travaillé au Collège de France aux côtés de Malassez. Il était ainsi bien armé pour accueillir l'évolution imprimée à l'hématologie par Ehrlich au début du siècle, pour en profiter et pour y présider lui-même. Il n'y manqua pas. Je ne sais même si, dès l'abord, il n'accusa pas une certaine prédilection pour l'étude du sang. Quand je le connus, il avait déjà collaboré avec Ribierre et Quiserne, imposé au premier sa thèse sur la résistance globulaire, au second son mémoire sur les polyglobulies. Bientôt après, il devinait le futur maître en hématologie qui me succéda chez lui comme interne, mon cher ami Aubertin. Il ouvrait à ce virtuose patient du microscope la voie qui le conduisit aux conceptions nouvelles de l'anémie pernicieuse, et qui trouva son expression dans son travail sur les réactions sanguines dans les anémies graves et cryptogénétiques.

Moi-même je ne fus pas sans obéir un moment à ces deux entraîneurs, et le hasard me fournit l'occasion de

peser ce que peut être, pour l'observateur génial, la notion d'un fait qui, pour un autre, reste une constatation curieuse, mais stérile. Pierre Bazy m'avait, depuis 1904, confié son laboratoire. Comme la bactériologie et l'examen des tumeurs qui étaient le fort de mes occupations me laissaient quelques loisirs, j'en profitai pour suivre, hors du laboratoire, les examens hématologiques qu'avec Vaquez nous avions systématiquement entrepris sur les malades chirurgicaux. L'un d'entre eux m'étonna, qui présentait une polyglobulie insolite, avec une rate volumineuse. J'en rendis compte à Vaquez. Sur le vu de mes numérations, il me fit, sans plus ample informé, le portrait de mon malade, me décrivit ses troubles fonctionnels, son état général, souligna l'intégrité de son cœur. Comme je m'émerveillais, il me rappela sa première communication, que j'ignorais et il ne me cacha pas sa joie de connaître et d'observer ce sosie, cette comète que, nouveau Le Verrier, il avait prévue et attendue dans le ciel hématologique. On sait le reste : les mémoires qui en résultèrent, les détails, hématologiques et cliniques, qui vinrent successivement compléter la physionomie primitive d'un syndrome qu'on sut désormais dépister, et que mit au point la thèse de Lutembacher. Vaquez qui l'avait enfanté, qui avait alimenté sa croissance, le porta modestement sur les fonts baptismaux et lui donna le nom d'érythrémie. A l'étranger, on le désigne à plus juste titre, sous le nom de maladie de Vaquez. Vingt ans plus tard, la jeune Société d'hématologie appelait Vaquez à présider ses séances. Pouvait-elle choisir un plus digne ?

Dans cette double orientation, cardiologique et hématologique, j'ai négligé la thérapeutique parce que, à vrai dire, Vaquez en fit toute sa vie. De lui, je garde précieusement son petit livre sur l'hygiène des cardiaques, que Potain avait préfacé, qui est aujourd'hui introuvable. Il venait à peine de paraître que la destinée fit de son auteur un agrégé de thérapeutique, et le chargea d'enseigner cette matière aux étudiants. L'objet de ses cours ne l'enchanta qu'à moitié. Passer en revue la matière pharmacologique, étaler sur elle des opinions qui étaient rien moins que personnelles, faire ainsi œuvre didactique d'emprunt, voilà qui ne convenait pas à son esprit. Il se mit néanmoins à la besogne, et il ne le regretta pas. Parmi les drogues dont il étala les vertus, certaines lui restèrent à tout jamais indifférentes, d'autres lui furent sympathiques, d'autres enfin lui furent révélées. Certes, la digitale resta le centre de ses préoccupations. Il révisa à son égard les recherches expérimentales, cependant fameuses, de François Franck, les vérifia et les compléta à l'aide de la clinique et surtout de l'électrocardiographie. Mais d'autres médicaments cardiovasculaires lui furent bientôt adjoints. Il étudia lui-même l'action des nitrites dans les états hypertensifs, et ce fut l'objet de son mémoire inaugural, illustré de nombreux tracés, des *Archives des Maladies du Cœur* qu'il venait de créer. Plus tard, il leur adjoignit les extraits désinsulinés. Il fut le premier à introduire en France les injections intraveineuses de strophantine. Sans se laisser décourager par des accidents inévitables qui lui furent reprochés, il chercha à les éviter, modifia sa technique, trouva dans l'ouabaïne une préparation de composition plus fixe, de posologie moins dangereuse. Il grossit ainsi nos ressources contre l'insuffisance cardiaque d'une méthode et d'une médication efficace et uniformément adoptée. Plus récemment avec Mouquin, il étudiait l'apcoynum et ses dérivés. En hématologie, il donnait comme succédané de l'intervention radiothérapique, le benzol dans les leucémies, le chlorhydrate de phénilhydrasire dans les polyglobulies. Enfin il fut un des apôtres de la chirurgie cardiovasculaire et, le premier, fit pratiquer la surrénalectomie dans l'hypertension.

Son activité thérapeutique se déroule à la vérité, en deux phases : l'une où il s'initie, pour ainsi dire, tout en l'enseignant, à la science pharmacologique ; l'autre où il fait œuvre personnelle. Ces deux phases, on les trouve nettement exprimées dans ses deux livres d'allure différente. L'un est son *Manuel de Thérapeutique*, qui est un exposé consciencieux de chaque médicament, qui donne son état signalétique, qui expose les régimes, sans marquer pour l'un d'eux une particulière prédilection, qui les offre tels quels au choix du lecteur. L'autre est une œuvre de maturité : ses *Leçons* consacrées à la thérapeutique cardiologique. Chez elle, rien de froid ou d'emprunté, un sujet vécu, une opinion assise, pour ses médications familières, sur l'expérience de toute une vie, et des conseils décidés sur leurs indications et leur emploi.

Pour donner plus de poids à ses efforts, pour les coordonner, pour alimenter le chantier dans lequel il avait groupé ses bons ouvriers, pour leur éviter la perte de temps exigée par des recherches bibliographiques fastidieuses, les mettre incessamment au courant des techniques nouvelles, Vaquez avait senti depuis longtemps la nécessité d'un organe consacré exclusivement à sa spécialité favorite. Il appela auprès de lui les deux fidèles collaborateurs que nous étions, Aubertin et moi ; il leur adjoignit comme secrétaire de la rédaction Jean Heitz, et ainsi, prirent naissance ces *Archives des Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, dont le programme dès l'abord fut fixé, et qui depuis vingt-huit ans le remplissent au-delà de toutes les espérances. Peu à peu, tous ceux qui firent partie de l'Ecole vinrent se grouper autour de lui et autour de nous. Malgré tout, c'était lui qui en restait l'âme, lui qui lisait tous les articles, tous les mémoires, qui veillait à la diffusion de sa Revue, qui prenait soin de lui adjoindre tout ce que l'univers comptait de notoriétés en cardiologie ou en hématologie. Il ne nous appartient pas de faire l'éloge de notre Revue ; néanmoins, le moment est venu d'affirmer que la collection de ses numéros toujours égaux à eux-mêmes, grâce aux soins de notre ami Georges Baillière, son éditeur, représente un des plus magnifiques monuments qui aient été élevés à la cardiologie moderne. Par elle, par notre chère Revue, les spécialistes du monde entier sont tenus en haleine. Si un médecin instruit veut entrer en communion de pensée avec nous, se familiariser avec nos méthodes, se tenir au courant de nos recherches, et travailler dans la même voie, elle donne, comme Vaquez le disait dans sa préface, satisfaction à son désir de connaître, d'apprendre et de produire. Espérons que le coup qui nous frappe nous trouvera tous réunis et résolus à continuer la tâche de notre Directeur et de notre Maître.

Voici donc esquissée à grands traits l'œuvre que Vaquez délègue à la postérité, et que, dans son indifférence hautaine, sans souci de sa personnalité, elle ne saurait trouver indigne de lui être transmise. Pour moi qui fus, non seulement l'élève, mais encore l'ami, celui qu'il avait dès l'abord introduit dans sa famille, l'homme est inséparable du savant, s'il ne le domine pas. De cet amalgame nécessaire se fait d'ailleurs le véritable médecin. Qui ignore l'un perd quelques droits à juger l'autre. Or Vaquez était médecin jusqu'à la moelle. Il l'était avec son tempérament, sa vivacité de compréhension, sa faculté de réaliser en quelques minutes cette synthèse qui exige pour d'autres des heures d'hésitation et de doute, de formuler à la fois son diagnostic et sa décision thérapeutique. Que de fois, faisant ensemble notre traditionnelle partie de piquet, ne lui ai-je pas répété qu'il jetait son écart et abattait son jeu avec la même célérité qu'il prenait sa décision au chevet du malade ; « et je vous bats toujours », répondait-il. Joignez à cette promptitude de discernement, son imagination, son pouvoir d'évocation incomparables, sa facilité de parole, ce don de l'anecdote et du pittoresque, et vous comprendrez le charme de l'enseignement de Vaquez. Certes il savait autant que quiconque prendre le ton grave et mesuré qui convient à la leçon magistrale. J'ai souvent admiré ses interventions impromptues dans nos discussions scientifiques et profession-

nelles, soit à la Société Médicale, soit à l'Académie, où, en quelques phrases ramassées à la hauteur de son autorité, il présentait ses observations et ses conclusions et décidait des suffrages. Mais rien n'égalait Vaquez au chevet du malade. Tel il a voulu offrir sa vraie silhouette à son ami Vuillard, tel je ne cesse de le voir dans la salle aux cloisons fragiles et au plancher vermoulu qu'il avait réservée à Saint-Antoine à sa consultation cardiologique. L'interrogatoire, l'examen somatique pratiqué, avec quelle virtuosité ! la lecture des documents graphiques étaient prétextes à une série de visions, d'envolées, où la réalité et le rêve, un mélange de critiques et de vues nouvelles, de scepticisme et de foi, de souvenirs de sa clientèle et de sa vie hospitalière, reposaient et accrochaient l'auditeur, le tenaient en haleine et le laissaient ébloui.

Et derrière ces digressions d'apparence purement spéculatives, quelle pitié affectueuse pour le malade, quelles préoccupations secrètes, qui n'attendaient que l'occasion d'éclore sous une forme utile. Elle vint sous les espèces d'une généreuse Américaine, Mrs Dick, sa cliente, qui, en mourant, lui légua les premiers fonds de l'œuvre rêvée de l'Aide aux Cardiaques, objet de ses derniers soins. Grâce à Vaquez qui mit au service de cette œuvre son autorité, son éloquence et sa foi, le cardiaque n'a plus seulement droit au lit d'hôpital ou à l'ordonnance mal comprise et mal interprétée du médecin. Il est un malade social qu'il faut suivre dans son foyer ; il est soumis à la surveillance de l'assistante sociale, dont l'action serait souvent stérile, si elle ne trouvait au centre voulu et créé par Vaquez, tantôt les secours pécuniaires de première nécessité, tantôt les moyens de conduire sa vie et d'orienter sa profession. Initiative heureuse, dont Vaquez poursuivit la réalisation, non seulement à Paris, mais encore en province, à l'étranger, qui compte aujourd'hui ses filiales au Mexique, en Espagne, en Tchécoslovaquie, en Roumanie. Et chaque année, Vaquez était heureux d'en saluer cette expansion due en grande partie à ses efforts, à sa ténacité, à sa réputation mondiale.

Sa propagande satisfaisait d'ailleurs ses goûts de voyage. Les rares années où le wagon-lit et le paquebot ne l'emportaient pas au loin, il les marquait certainement d'une pierre noire. Qu'il séjournât à l'étranger, pour y propager la science française, pour son plaisir, pour satisfaire son âme d'artiste qui faisait de l'Italie, de la Grèce et de l'Egypte, ses terres de prédilection, et dont il rapportait une moisson de souvenirs et de sensations, il était, partout où il allait, le merveilleux ambassadeur de la médecine et de la pensée françaises. Comment ne l'aurait-il pas été ? Son esprit n'était pas seulement curieux de sa science favorite, mais de tout ce qui console et de tout ce qui embellit la vie. Nul de ses élèves ne l'ignorait, eux dont il ne se contentait pas de faire des médecins à son image, mais dont il éveillait, nourrissait, et fortifiait le goût et l'amour du beau. Son esprit était ouvert à toutes les tendances. Que ce fût en musique ou en peinture, il savait allier à l'admiration des maîtres anciens la compréhension des écoles nouvelles, avec leurs audaces, à condition qu'elles fussent sincères.

Il fut avec son frère Lucien un des premiers pèlerins de Bayreuth, mais il était un fidèle de Bach et de Beethoven. En même temps qu'il me faisait connaître Cézanne, Monet, Renoir, Toulouse-Lautrec, je l'accompagnais au Louvre auprès de nos grands Français. Je le suivis en Belgique, en Hollande. Je me souviens avoir feuilleté avec lui les cartons de Rubens, et l'avoir alors entendu, pièces en main, faire l'éloge de l'apprentissage long et patient, de la force du dessin et de l'éducation anatomique des vieux maîtres. Ce fut sa joie de me guider en Italie, sa terre préférée, dont les moindres cités lui étaient familières et de là gagner la Grèce pour aller faire nos dévotions au Parthénon et au Musée de l'Acropole.

Autant il était peu avare de sa science, de son enthousiasme, de son idéal, autant il était peu jaloux de ses amitiés. Quand il les goûtait, il fallait que ses amis en profitassent avec lui. J'ai admiré à sa table la verve de Léon Daudet, à qui le liait une affection de plus de quarante ans, et qui vient d'exhaler son chagrin dans une page émue. Grâce à Vaquez, j'ai soigné, j'ai connu Carrière, et j'ai goûté religieusement son doux parler philosophique. Par lui, par ce familier, cet enfant chéri de l'Académie Goncourt, j'ai noué avec Gustave Geffroy, une amitié qui devait, elle aussi, aboutir à un déchirement cruel. Parlerai-je enfin de ce cénacle dans lequel, jeune encore, il m'entraîna, et qui s'était formé, à l'aube de sa carrière médicale, avec des condisciples qui grandirent comme lui et qui devinrent ses fidèles ? Médecins ou non, quels charmants et agréables compagnons ! J'y trouvai le grand Babinski, son frère Henri, l'ingénieur (le célèbre Ali Bab), Suchard, notre bon Darier, mon cher Lucien Vaquez qui reste seul de cette famille tant aimée. On se réunissait à heures fixes dans une brasserie modeste, qui fut de la rive droite après avoir été de la rive gauche. La partie de piquet ou de dominos était le prétexte à une intimité, à une familiarité, à une débauche d'esprit exquises. La tradition était respectée depuis vingt ans, quand j'y fis mon entrée en 1908. La guerre l'interrompit, ou plutôt elle la transplanta dans le foyer familial de Vaquez où fidèlement chaque semaine nous nous retrouvions. Quelle émotion d'évoquer ces soirées, et quelle tristesse en même temps, car c'est toute la vie, tout le passé qui remonte au cerveau, qui ressuscite ces jours disparus que le temps, comme dit le poète, a réduits à l'insubstance des fantômes.

La mort qui frappait notre phalange ne laissait pas Vaquez insensible. Mais il faisait front, et se retournait vers la jeunesse, Donzelot était venu récemment ranimer la flamme. Bien qu'il se montrât sévère pour le régime, sans respect pour les mânes d'Ali-Bab, nous n'en commettions pas moins en sa présence, et avec son autorisation arrachée, quelques infractions qui furent pour notre Maître l'occasion de ses dernières joies.

Les titres et les honneurs n'ont pas manqué à Vaquez. Il avait conquis les uns de haute lutte. Les autres lui vinrent naturellement. L'Académie de Médecine l'accueillit en 1919 ; un an seulement auparavant, la Faculté lui avait ouvert ses portes. Ce retard dans une promotion attendue, promotion qu'il qualifia lui-même dans sa leçon inaugurale de consécration, il le devait à son indépendance ; à son libéralisme accueillant, qui lui faisait regarder d'un œil indulgent et favorable toute idée nouvelle ; à son souci d'adapter des institutions, si respectables fussent-elles, à la mobilité incessante des faits et des choses ; d'aérer souvent, comme il le répétait, des chambres trop hermétiquement closes. Son professorat ne fut pour lui que l'occasion de continuer ses travaux, d'agrandir et d'imposer davantage son enseignement. Il s'y donna tout entier, abandonnant sa riche et nombreuse clientèle. Puis vint l'heure de la retraite, qui ne fut pas l'heure du repos, mais qui lui fournit l'occasion de goûter quelques heures plus paisibles dans l'appartement modeste où il s'était retiré, et où l'avaient suivi ses toiles favorites, les célèbres panneaux de Vuillard, ses tapisseries et ses belles éditions. C'est là que la mort vint le frapper. Ayant vécu en sage, il mourut tel. Il ne voulut à ses obsèques ni pompe ni apparat, ni cérémonie d'aucune sorte, mais seulement des fleurs. Il eut à profusion celles qu'il avait aimées ; mais il en eut d'autres moins éphémères : les larmes de ses élèves, les regrets unanimes, et la gloire.

CHARLES LAUBRY.

Essai sur l'immunité, par J. BASSET, professeur à l'Ecole Nationale vétérinaire de Lyon. In-8° raisin 25 × 16,5, 88 pages, 1936. — Prix : 8 fr. — Paris, Vigot frères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 MARS 1936)

Résultat éloigné de l'intervention chirurgicale dans l'arachnoïdite spinale. — MM. J.-A. BARRÉ et O. METZGER rapportent 9 cas d'interventions pratiquées pour arachnoïdite, avec deux morts rapides par méningite purulente, deux morts tardives, et 5 améliorations, dont l'une équivaut à une guérison. L'amélioration est parfois lente à se manifester, mais il n'y a pas de récidives. Les cas les plus anciens remontent à quinze ans, les plus récents à cinq ans.

Etude clinique d'un cas de myoclonies vélo-pharyngo-laryngées. — M. J. DEREUX (de Lille) rapporte l'observation d'un malade qui présente une association intéressante de divers signes : hémiplégie alterne, pyramidale à gauche, cérébelleuse à droite ; hémianesthésie gauche de type syringomyélique, myoclonies du voile du palais, du pharynx et du larynx. L'ensemble symptomatique permet de diagnostiquer une lésion de la protubérance : la lésion qui provoque les myoclonies siégeait vraisemblablement dans le faisceau central de la calotte.

Conservation des couches cellulaires superficielles dans les ramollissements cérébraux. — MM. Th. ALAJOUANINE, HORNET et THUREL, par des projections de coupes histologiques, montrent que, dans les ramollissements cérébraux, les cellules les plus superficielles du cortex sont relativement épargnées.

Quelques remarques sur le « syndrome de radiculo-névrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire ». — MM. Georges GUILLAIN et J.-A. BARRÉ rappellent, à propos de quelques publications récentes, qu'ils ont les premiers attiré l'attention, en 1916, sur le syndrome de radiculo-névrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire. La constatation d'une très forte hyperalbuminose sans réaction cellulaire était à cette époque une donnée nouvelle. Ils précisaient aussi qu'il s'agissait d'une affection curable. Cette double notion, la dissociation albuminocytologique et la curabilité, a été reconnue par de nombreux auteurs en France et à l'étranger, qui ont désigné cette affection spéciale sous le nom de « syndrome Guillain-Barré ».

MM. Guillain et Barré font remarquer que la description récente des polyradiculo-névrites généralisées avec dissociation albumino-cytologique est semblable à celle qu'ils ont précisée. Ils se refusent à confondre leur syndrome avec les formes aiguës de la paralysie de Landry, avec les formes de paralysies bulbaires mortelles, avec les infections subaiguës du névraxe consécutives aux oreillons ou aux fièvres éruptives ; ils éliminent tous les cas de syphilis avec Wassermann positif dans le sang ou dans le liquide céphalo-rachidien, tous les cas où une hypercytose s'associe à l'hyperalbuminose.

Symptomatologie du lobe préfrontal. — MM. EGAS MONIZ et ALMEIDA LIMA (de Lisbonne) décrivent une symptomatologie caractérisée par une élévation de la tempéra-

ture centrale, des vomissements et de la somnolence, et qui traduirait la lésion du lobe préfrontal.

M. Cl. VINCENT n'a pas observé ces symptômes dans les tumeurs de cette région, non plus qu'après l'ablation des lobes frontaux.

Le cône de pression du lobe temporal. — M. Cl. VINCENT, à propos de la récente communication de M. Van Gehuchten, insiste sur les symptômes qui peuvent faire redouter l'apparition de ce grave accident : léger ptosis bilatéral, raideur non douloureuse de la nuque avec tendance à l'opisthotonos, élévation progressive de la température doivent toujours donner l'éveil chez un récent opéré, surtout s'il s'agit d'une tumeur du lobe temporal. En pareil cas, il faut s'abstenir de toute ponction lombaire.

Un cas de syndrome hémibulbaire associé à une paralysie croisée du pathétique. — MM. LÉVY-VALENSI, JUSTIN-BESANÇON et ILITCHEFF présentent un homme chez lequel on constate, à droite, la paralysie du voile, du pharynx et d'une corde vocale, avec syndrome de Claude Bernard-Horner, et, du côté gauche, une hémianesthésie alterne avec paralysie du pathétique. Il semble qu'il faille admettre l'existence d'une double lésion.

Co-existence de paralysie due au sérum antidiphtérique et de paralysies diphtériques. — MM. J.-A. CHAVANY, F. THIÉBAULT et S. THIEFFRY. A la suite d'une angine diphtérique tardivement identifiée et traitée par du sérum non purifié, on voit s'installer, au cours même des accidents sériques, une paralysie radiculaire droite qui intéresse C^3, C^4 et C^5 et qui porte surtout sur le trapèze, sur les muscles sus et sous-épineux et sur le grand dentelé. On assiste ensuite à l'évolution classique de la paralysie diphtérique, qui obéit au rythme connu de l'atteinte du voile du palais, de la fonction d'accommodation et des membres inférieurs. Les accidents dus à l'intoxication diphtérique sont guéris dans les délais normaux, mais, cinq mois après le début des accidents, la paralysie postsérothérapique, comme il est fréquent, persiste encore.

Rapprochant leur cas des observations antérieures de Pommé et de Sauvez, les auteurs le présentent comme une curiosité clinique.

Acroparesthésie, symptôme de début d'une syringomyélie. — MM. J. LHERMITTE et NEMOURS-AUGUSTE présentent une femme qui se plaignait seulement de crises nocturnes d'acroparesthésie de la main gauche. Un examen minutieux permit de constater l'existence d'une thermo-hypoesthésie de cette main. Un traitement rœntgenthérapique a déterminé une amélioration.

M. HAGUENAU remarque que, parmi les syringomyélies, certaines sont sensibles aux rayons X, d'autres non.

Syndrome infundibulo-tubérien avec sentiment de dépersonnalisation. — MM. J. LHERMITTE et J. ABEISSAR présentent un homme qui a été pris brusquement d'asthénie générale, de polydipsie, de boulimie, d'impuissance sexuelle. Le liquide céphalo-rachidien xanthochromique indiquait une hémorragie des centres. Ultérieurement, le malade accusa des sensations d'étrangeté, de déréalisation, de dépersonnalisation, qui semblent relever de la même lésion.

Un nouveau cas de polyradiculonévrite avec hyperalbuminose. — M. ALAJOUANINE relate une nouvelle observation de cette affection, dans laquelle, après huit mois d'évolution, l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien atteignait encore 5 gr. 50 p. 1000.

Transformation subite, à l'occasion d'un traumatisme, d'un parkinsonisme discret post-encéphalitique en un grand syndrome parkinsonien. — MM. TINEL et ROBERT présentent un homme de trente-sept ans, qui était atteint depuis seize ans, à la suite d'une encéphalite, d'un état de parkinsonisme assez discret pour ne pas entraver sérieusement son travail de mécanicien. Cet homme est victime, le 20 février 1936, d'un accident. Renversé de sa motocyclette et projeté à terre par l'accrochage d'une auto, il se relève immédiatement, contusionné, mais sans aucun signe de commotion cérébrale, sans obnubilation, sans plaie ni contusion craniennes. Mais il présente, immédiatement après, un grand syndrome parkinsonien, absolument typique, et qui ne s'est pas modifié depuis quinze jours, associé, d'ailleurs, à un état d'excitation hypomaniaque. Les auteurs émettent l'hypothèse de phénomènes angiospasmodiques d'origine traumatique, susceptibles d'exagérer des lésions anciennes discrètes, de nature inflammatoire ou scléreuse.

MM. Baudouin, Monnier-Vinard, Dufour discutent le rôle de la sinistrose dans des cas de ce genre.

Syndrome métastatique aigu médullaire dans le cancer (syndrome de section physiologique par myélomalacie et hématomyélie). — MM. G. ROUSSY, J. LHERMITTE et René HUGUENIN montrent que, au niveau des centres nerveux, comme dans le foie et dans le poumon, la survenue des métastases néoplasiques ne se manifeste pas constamment, comme on y est accoutumé, par des signes d'apparition sournoise et lentement progressifs : léger déficit unilatéral, perturbation d'un réflexe, paralysie évoluant par poussées successives et souvent incomplète. Elle peut s'extérioriser tout au contraire brutalement par un syndrome soudain de section physiologique de la moelle.

Les auteurs, qui ont déjà observé semblable syndrome au niveau du cerveau, rapportent une observation extrêmement intéressante de métastase aiguë médullaire. Dans ce cas, les lésions de la moelle ne sont pas dues à la métastase elle-même, mais aux troubles vasculaires surtout constitués par une hémorragie extradurale.

L'importance de la notion de syndrome métastatique aigu est donc double. D'une part, elle présente un intérêt nosographique, puisqu'il s'agit là d'une notion clinique nouvelle et inaccoutumée. On conçoit surtout que le diagnostic exact ne soit pas fait si la tumeur primitive est encore méconnue. La notion qu'un tel syndrome existe peut conduire le clinicien à rechercher s'il n'est pas dû à un cancer encore latent. Le second intérêt est que cette notion met en évidence l'importance des syndromes vasculaires dans la pathogénie de certaines métastases.

Examen anatomique d'un nerf auditif réséqué opératoirement dans un cas de vertige du type vestibulaire. — M. André THOMAS a pratiqué l'examen histologique d'un nerf de la VIIIe paire, réséqué par MM. Aubry et Ombrédanne. Il a pu constater l'épaississement des fibres nerveuses, et l'existence d'un petit ganglion aberrant, dont la structure était analogue à celle du ganglion de Scarpa. L'opération doit être, en pareil cas, une résection, non une section simple ; elle doit porter sur la partie centrale, juxtabulbaire du nerf.

Examen anatomique d'un cas de myasthénie à évolution intermittente portant sur vingt-huit années. — MM. ALAJOUANINE, HORNET, THUREL et ANDRÉ ont constaté, dans ce cas, des lésions musculaires, d'ordre dégénératif, infiltrant et hémorragique, d'importantes lésions des surrénales, et des infiltrations lymphocytaires des méninges avec petites hémorragies. Le thymus était normalement involué.

Myasthénie et tumeur du thymus. — MM. ALAJOUANINE, HORNET, THUREL et ANDRÉ ont examiné anatomiquement une tumeur du thymus, qui avait été décelée par l'examen radioscopique chez un myasthénique, mais qui ne déterminait aucun signe de compression médiastinale. Il s'agissait d'un thymocytome bénin.

NOTES POUR L'INTERNAT

TRAUMATISMES FERMÉS DU POIGNET

Nous étudierons sous ce nom les *fractures* et *luxations des os du carpe.* C'est grâce à la radiographie, qu'on a pu en étudier le mécanisme et en faire le diagnostic. Ce sont des lésions toujours sérieuses qui compromettent parfois gravement les fonctions du poignet.

Les lésions fermées des os du carpe coexistent assez souvent avec des lésions de l'extrémité inférieure du radius.

Non pas la fracture de Pouteau, fracture isolée le plus souvent, mais des fractures partielles, fractures articulaires, ce qui prouve que « l'enclume radiale peut porter la marque du coup reçu ». (Destot).

ETIOLOGIE

Les lésions du poignet se voient chez l'adulte de 15 à 50 ans, chez le travailleur manuel, le sportif, et sont le fait d'un traumatisme indirect assez violent le plus souvent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET MECANISME

Deux ordres de lésions sont vraiment très fréquents.

— La fracture du scaphoïde.

— La dislocation du carpe.

1° La fracture du scaphoïde. — Sur 250 cas de lésions carpiennes, on relève 150 fractures du scaphoïde.

Il est un certain nombre de raisons qui commandent à cette fréquence :

— Tout d'abord, la forme si spéciale du scaphoïde avec ses deux portions, la tête et le pied, coudées l'une sur l'autre et réunies par une sorte de col ; le scaphoïde forme une voûte qui peut le faire considérer comme appartenant tant à la première qu'à la deuxième rangée des os du carpe.

— Il est donc interposé entre le sol et le radius.

— Et à cause de la saillie de l'éminence thénar, la main, lors d'une chute, porte naturellement sur la colonne externe, dont le scaphoïde est l'élément principal.

— Il possède enfin, deux points d'ossification.

Deux mécanismes sont possibles :

1° Lors d'une chute *sur le talon de la main, en extension appuyée avec inclinaison sur le bord radial, le scaphoïde se brise par fermeture de l'angle*, par exagération de sa courbure.

Il repose sur le sol par son extrémité inférieure, la pression au sol fait basculer en arrière la tête (mouvement de sonnette), mais le bord radial s'oppose à cette bascule : l'osselet s'infléchit, se brise à sa partie moyenne.

Assez souvent, il peut marquer l'épiphyse radiale d'une fracture cunéenne externe ou marginale postérieure, bien plus rarement d'une fracture de Pouteau.

2° Lors d'une *chute sur les doigts*, la main étant *en hypertension libre*, le scaphoïde est soumis à des actions ligamentaires qui redressent sa courbure et le fracturent par arrachement.

Dans ces cas, la fracture du scaphoïde est une fois sur deux associée à une dislocation carpienne.

3° Accessoirement, on a décrit : des fractures par *écrasement* qui sont rares ; c'est le plus souvent la fragile épiphyse radiale qui cède.

— Des *fractures par torsion* exagérée en pronation qui sont exceptionnelles.

La fracture est complète : c'est la règle. Le trait siège à la partie moyenne. Il peut siéger au niveau de la tête, beaucoup plus rarement sur le pied. Nous verrons quels problèmes a soulevés l'existence de *fractures interstitielles.*

— Le fragment *supérieur* reste sous le radius.

— Le fragment *inférieur* se déplace en haut en *arrière*, en *dehors*, comblant donc la tabatière anatomique.

2° La dislocation du carpe. — Deux pathogénies sont en présence :

1° Le mécanisme de l'*hyperextension libre.*

— Quand l'extension de la main dépasse 90°, le ligament lunaro-grand os tendu au maximum se rompt et la médiocarpienne bâille en avant.

Le grand os baisse la tête, dégage sa nuque de la corne postérieure du lunaire.

Il n'est donc plus coiffé par lui et remonte ainsi en haut et en arrière, repoussant plus ou moins en avant le semi-lunaire.

Exceptionnellement, les lésions en restent là.

— Le plus souvent, le grand os revient en avant, le semi-lunaire ayant rompu ses attaches radiales postérieures, subit une translation en avant ; *il est énucléé vers le canal carpien.*

Le grand os prend alors contact avec la face inférieure du radius.

— Enfin, le *scaphoïde*, dont le pied est solidaire du grand os et la tête unie au semi-lunaire par le ligament interosseux, *peut se fracturer par arrachement* si ce dernier ligament n'est pas rompu.

2° Le mécanisme par *choc direct* défendu par Destot. La chute sur la main en extension à 90° avec inclinaison radiale exagère la dislocation physiologique du carpe.

— La luxation du lunaire en avant est le phénomène primaire : il est énucléé comme un noyau de cerise.

— Le scaphoïde peut se fracturer si son mouvement de sonnette ne peut se produire : il se fracture par fermeture de son angle.

L'élément important dans cet ensemble lésionnel reste le déplacement du lunaire.

Il peut être énucléé en masse, *face concave regardant* en bas, parce qu'ayant perdu toutes ses attaches radiales. Il peut également avoir conservé son frein radial postérieur et faire pivoter plus ou moins sa face concave autour des attaches postérieures, de telle sorte qu'elle regarde, soit en avant (rotation de 90°), soit en haut et même en arrière.

En tous les cas, les tendons fléchisseurs sont comprimés dans le canal carpien et le nerf médian est comme tendu sur le chevalet lunarien.

(*A suivre.*) ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le mystère de la vie (1), par le Dr H. Glaser.

Le mystère de la vie ! Ce n'est pas d'aujourd'hui que les hommes ont cherché à le percer à jour. Voici qu'après tant d'autres un illustre biologiste viennois, le Dr Glaser, l'a tenté.

Qu'est-ce que la vie ? Quel ordre préside à la reproduction des êtres ? Qu'est-ce qui meut l'instinct et régit les relations entre les sexes, depuis la promiscuité complète jusqu'à la fidélité conjugale absolue ? Comment définir cette hérédité qui, semblable à un fleuve du long de son cours, maintient, à travers l'indéfinie complexité des formes, le caractère originel de la source ? Comment les êtres arrivent-ils à satisfaire, soit par la force, soit par la ruse, leurs appétits ou leurs désirs ?

Ces questions et beaucoup d'autres, le Dr Glaser — excellemment traduit par M. H. Bloch — les étudie en mille exemples plus pittoresques ou plus merveilleux l'un que l'autre, et ces multiples comédies s'entremêlant à d'innombrables drames ne sont pas les moindres attraits de son livre. L. G.

(1) In-16. — Prix : broché, 12 fr. — Paris, librairie Hachette.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 46. — SAMEDI 6 JUIN 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux (nomination). — *Epreuve clinique.* — Séance du 29 mai. — MM. Wallich, Rouquès et Cattan, 20.

Classement des candidats : MM. Cattan, 40; Rouquès, 39,81; Wallich, 39,63.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux (admissibilité). — *Epreuve clinique double* (Maternité). — Séance du 28 mai. — MM. Suzor, 28; Lepage et Bidoire, 27.

Classement des candidats : MM. Suzor, 136; Lepage, 132; Bidoire, 128.

ÉTABLISSEMENTS NATIONAUX. — Par arrêté en date du 28 mai 1936, MM. les docteurs Rollin et Laignier, chefs de clinique adjoints à la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts, sont nommés, après concours, chefs de clinique en remplacement de MM. les docteurs Tillé et Bernard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Marseille. — La chaire de chimie médicale est déclarée vacante.

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — *Section de chirurgie générale.* — *Leçon d'une heure.* — Séance du 3 juin. — M. Marion : « Les contusions du rein. »

M. Desjacques : « Les calculs de l'uretère pelvien. »

M. Clavel : « Les cholécystites lithiasiques. »

Séance du 4 juin. — M. Dor : « Diagnostic et traitement des sténoses médico-gastriques. »

M. Meyer-May : » Les disfonctions de la gastro-entérostomie (ulcère peptique excepté). »

M. Darget : « Les invaginations intestinales chez l'adulte. »

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin en chef de 1re classe de réserve Le Coniac de la Longraye.

Travail. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Elie Moreau (Le Mans).

Pensions. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Besse (M. F. M.), siège au Tribunal des pensions.

Commerce. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Vignal (de Périgueux).

Promotion des expositions. — *A la dignité de grand officier.* — M. Jean Faure, président de l'Union intersyndicale des fabricants de produits pharmaceutiques.

Au grade d'officier. — M. le docteur Georges Baillière, éditeur à Paris.

M. Bertaut, vice-président de la Chambre syndicale des produits pharmaceutiques à Paris.

Au grade de chevalier. — M. Montagu, secrétaire général de l'Union intersyndicale des fabricants de produits pharmaceutiques.

— Nous adressons nos particulières félicitations à notre confrère le docteur Baillière, éditeur de *Paris médical*, ancien président du Cercle de la librairie. Depuis de longues années comme trésorier de l'Association de la Presse médicale française et de la Fédération de la Presse médicale latine il ne cesse d'apporter à ses confrères un concours amical dont nous avons tous eu l'occasion d'apprécier le dévouement.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. Bernard, Duvernoy, Maréchal, Thibault, à Besançon.

Médaille d'argent. — MM. Larue, au Russey; Lecoq, à Besançon; Bachy, à Saint-Quentin.

Médaille de bronze. — M. Tancelin, à Paris.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin général. — MM. les médecins colonels Péloquin, directeur du Service de santé de la 3e région (maintenu) et Worms, du centre des hautes études militaires (maintenu).

— Mutation :

M. le médecin général Botreau-Roussel, des troupes coloniales, est nommé membre du Comité consultatif de santé.

MINISTÈRE DES FINANCES. — Ont été nommés respectivement chef et chef adjoint du service médical du ministère des finances, M. le docteur Delbecque, médecin assermenté de l'administration centrale des finances, et M. le docteur Benoist, ancien interne des hôpitaux de Paris et ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUES. — *Voyages d'études aux stations thermales et climatiques.* — Le commissariat général au tourisme met à la disposition des étudiants français cinq à six bourses de voyages individuelles qui, cette année (été 1936) remplacent le petit V. E. M.

Le montant de chaque bourse ne sera pas inférieur à 500 fr. et ne dépassera pas 1.000 fr.

Conditions d'obtention des bourses de voyages. — 1° Les bourses sont réservées aux étudiants de 5e année ayant été reçus à l'examen de thérapeutique et d'hydro-climatologie thérapeutique. Il sera tenu compte dans leur choix de leurs titres hospitaliers et des notes qu'ils ont obtenu à l'examen de thérapeutique.

2° Les bénéficiaires des bourses feront connaître, avant la répartition, la région thermo-climatique où, de préférence, ils désirent faire leur voyage d'étude. On leur demande de séjourner cinq jours en moyenne dans chaque station et de remettre à leur retour un mémoire justificatif sur leurs observations relatives à chacune d'elles.

Inscriptions. — Les inscriptions des candidats sont reçues tous les jours, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1, de midi à 15 h.), jusqu'au 15 juin 1936.

Les candidats agréés seront convoqués à cette date par le professeur Maurice Villaret, au laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques, en vue de répartir leur destination et le montant de leur bourse, qui leur sera directement attribuée par le commissariat général au tourisme.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du docteur Telemaco Busini, professeur d'anatomie à l'Université de Buenos-Aires ; MM. Pierre Aninat (de Lodève) et L.-R. Roche (de Prades, Ardèche), étudiants à Montpellier.

L'Association des médecins du département de la Seine, fondée par Orfila en 1834, s'est réunie en Assemblée générale le mois dernier. Le Bureau est composé de la façon suivante : Président : M. Lesné ; vice-présidents : MM. Michon et Rathery ; secrétaire général : M. Louis Bazy ; secrétaire général adjoint : M. Pierre Fernet ; trésorier : M. Genouville ; trésorier adjoint : M. Fège ; archiviste : M. Paul Roy. Le Président, M. Lesné, a prononcé un discours, émouvant appel à tous les médecins du département de la Seine pour demander leur adhésion.

Après avoir rendu hommage aux membres de l'Association morts depuis la dernière assemblée, M. Lesné rappelle le but de la belle Association fondée par Orfila et cite les nombreux cas de détresse dont a eu à s'occuper l'Association. Veuves et enfants de médecins laissés dans la misère, confrères qui tombent victimes de leur dévouement sans avoir pu assurer leurs vieux jours.

« La vieillesse du médecin, dont la vie d'abnégation s'est passée en grande partie à soulager les petits et les humbles, se termine rarement dans l'opulence et souvent dans la misère ou au moins dans la gêne. Lorsque l'on parcourt les demandes de secours des confrères ou des membres de leurs familles, on ne conçoit pas qu'il n'y ait qu'un si petit nombre d'inscrits dans nos rangs, et que les autres restent sourds à ces cris de détresse ! Par négligence, par insouciance et par ignorance, ils se tiennent à l'écart, persuadés qu'ils n'auront besoin d'aide ni pour eux ni pour leur famille, mais avant tout ils ne savent pas quelles misères nous secourons et quelles angoisses nous apaisons. S'ils assistaient à quelques séances de la Commission générale, ils seraient émus et convaincus et voudraient être des nôtres pour nous permettre de faire plus de bien.

C'est à ceux qui m'entendent, et comme je désirerais que mes paroles fussent répétées à tous les confrères du département de la Seine, que je demande, puisqu'ils connaissent le but, les moyens et les résultats de notre œuvre, d'avoir confiance dans la réussite et de s'employer par une parole persuasive, par un enthousiasme généreux et une volonté agissante, à convaincre les maîtres, les praticiens d'adhérer à notre Association d'assistance et de bienfaisance. »

Rappelons enfin que la cotisation annuelle est de 50 fr. Tous les confrères de Paris devraient consentir ce sacrifice, en pensant que demain ils peuvent être frappés à leur tour et qu'ils seraient bien heureux de recevoir les 3 400 fr. par an dont l'Association peut disposer.

Le siège social de l'Association des médecins du département de la Seine est à la Faculté de médecine.

RENSEIGNEMENTS


EUPHORYL
DERMATOSES
PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES
CUTANEES
INTOXICATIONS
ASTHME
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS
INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
ANA
LABORATOIRES "ANA", 18, AVUE DAUMESNIL, PARIS

REVUE GENERALE

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LES OTITES ET LEURS COMPLICATIONS [1]

Par M. HENRI ABOULKER (d'Alger).

Hors ces cas d'*otite sèche* qui, nous le répétons, peuvent être *douloureuses*, nous nous trouvons en présence le plus souvent d'*otites moyennes suppurées*, et en raison de la structure de l'oreille moyenne, nous avons affaire en réalité à des temporalites partielles ou totales. *Qu'il s'agisse de temporalite simple ou compliquée*, localisée au squelette ou débordant dans la cavité cranienne en dehors de la dure-mère ou en dedans d'elle, il *existe encore ici un syndrome général commun au début de toutes ces complications et aux otites tympanales humides ou sèches :* c'est toujours la céphalée, les nausées ou vomissements, les sensations vertigineuses ou le déséquilibre avec ou sans élévation de la température Voilà pourquoi on sous-estime le début des formes compliquées ou bien l'on surestime la gravité des formes bénignes. Le diagnostic pourra le plus souvent être serré de près par l'étude des signes généraux : température, pouls, émission des urines, humidité de la langue, évolution du faciès par l'interprétation attentive de la couleur et de la densité des divers symptômes, par le groupement des symptômes et par la prééminence de l'un des symptômes. *La labyrinthite titube et vomit, la phlébite frissonne et transpire, l'abcès dural souffre mais parle, l'abcès du cerveau gémit mais se tait, la méningite crie et se convulse ; l'arachnoïdite ressemble à un abcès ou à une méningite aseptique et localisée ou aux deux à la fois.*

*
**

Le drainage de la caisse assuré, *la mastoïdite vraie* ou ostéïte mastoïdienne qu'il faut opérer se distingue à la fois du coryza tympano-mastoïdien et de l'empyème ou suppuration vraie qui se vide spontanément dans la caisse par la *continuité et l'intensité* de la céphalée, de la fièvre, du gonflement local, par l'altération du pouls, du faciès, des urines, de l'état général, par les signes d'extériorisation du pus sur la mastoïde, dans le conduit, dans le cou, à l'intérieur du crâne. L'observation clinique seule permet donc de fixer le moment où l'opération ne peut plus être différée. Quand les symptômes précédents ne sont pas constatés, on est parfaitement fondé à espérer la résolution des réactions mastoïdiennes. Que celle-ci se produise dans des cas innombrables, ceux-là seuls n'en sont pas témoins qui opèrent sans donner à la maladie le temps de guérir, 48 heures après la perforation du tympan. Il n'est pas vrai que la mastoïde réclame une opération d'urgence ; il n'est pas vrai que l'expectation dirigée expose à la méningite plus que l'opération immédiate (2) ; les statistiques affirment le contraire, d'accord avec le bon sens qui nous incite à rechercher l'opération à froid. Il n'existe pas de délai qu'on puisse fixer d'avance ; les empyèmes guérissent parfaitement après trois semaines ; l'opération précipitée n'est pas une opération précoce. Le Pr Michel écrit (1) : « L'ardeur du technicien n'est pas une indication opératoire. » Les opérations inutiles sont innombrables et la déflation chirurgicale est particulièrement désirable. La radiographie montre des mastoïdes et des rochers profondément remaniés chez des sujets attentifs au mal qui ne se souviennent pas du moindre épisode mastoïdien, ce qui prouve que même l'ostéite guérit spontanément (2). La présence de cavités signifie géode d'ostéite, c'est-à-dire commande l'opération; mais on voit des images de géodes, sans qu'il y ait ostéite par décalcification des travées, dans les cas les plus bénins (Pr Lemaître et Moulonguet). Enfin *le voile de l'os existe dans bien des cas de coryza de la caisse, de la mastoïde, du rocher ;* si on pouvait isoler radiographiquement la surface cortico-méningée, on la trouverait aussi voilée, car le coryza méningé est banal, c'est l'ancien méningisme, véritable rhume du cerveau ; il est spontanément curable comme les autres coryzas. Ainsi dans des cas tout récents on voit des remaniements sérieux de l'os chez des sujets qui guérissent paisiblement malgré un commentaire effrayant du radiologiste. Par contre, j'ai vu des mastoïdes absolument parfaites aussi bien du côté malade que du côté sain sur deux radios de laboratoires différents avec état général très bon ; en raison d'une légère soufflure de l'os j'ai réclamé et obtenu l'intervention ; les cavités étaient pleines de pus et j'ai ramassé tout le tissu osseux à la curette sans effort ; les piliers intercellulaires étaient ramollis sur place, tels ces édifices vermoulus qui s'effondrent à la moindre tentative de réparation, et qui, sur photographie, ont l'air irréprochables. Ainsi l'*examen clinique général domine la décision, toujours et partout.*

Les labyrinthites sont caractérisées par les sensations vertigineuses ou la titubation, par les nausées ou les vomissements, par le nystagmus, signes évoluant à froid ou à chaud, par la diminution de l'audition osseuse de la montre ou du diapason qui reste inférieure à l'audition aérienne (3), par la diminution ou l'exagération des réflexes labyrinthiques : thermique, rotatoire, galvanique. Dans la pratique, l'irrigation froide qui paralyse et l'irrigation chaude qui excite, exécutées successivement du côté malade et du côté sain, permettent de se rendre suffisamment compte de l'état des terminaisons vestibulaires par la durée du nystagmus provoqué, par les signes subjectifs, par la direction de l'inclinaison de la tête.

Les phlébites se traduisent par les grandes oscillations de la température avec frissons, chaleur, sueurs ou par les hautes températures en plateau, par la sensibilité que provoque la pression le long du sinus latéral derrière le rocher ou le long de la jugulaire dans

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 44, p. 799.
(2) Rapport Congrès d'oto-rhino-laryngol., Paris, oct. 1935, MM. Moulonguet, Piqué, Delobel.

(1) Congrès de Chirurgie (octobre 1935, Paris).
(2) Pr Collet (Société d'oto.-r.-l. de Lyon, 12 février 1934).
(3) Comme chez les sujets à audition normale, c'est ce qui distingue la surdité labyrinthique de perception de celle de l'oreille moyenne ou externe du type des transmissions; dans ces derniers cas, l'audition osseuse est au contraire meilleure que l'audition aérienne.

la gouttière carotidienne. On est exposé à confondre les phlébites avec le paludisme, la grippe, la granulie, les septicémies et les diverses fièvres continues. Cette erreur est malaisée à éviter lorsque les réactions caractéristiques de ces affections apparaissent tardivement, lorsqu'il y a coïncidence de la suppuration d'oreille qui dure toute la vie avec une de ces infections intercurrentes, qui exaspèrent volontiers des lésions locales et facilitent encore la confusion. Une formule de suppuration caractérisée est un signe différentiel précieux.

L'*abcès extra dural* se traduit uniquement par un mal de tête qui se perd dans celui de l'otite ou de la mastoïdite concomitantes. Quand celles-ci ont été drainées et ne paraissent plus en cause, la céphalée oriente vers cet abcès juxta-méningé externe si la suppuration ne fait pas issue de la profondeur de la cavité (temporalite pétreuse) du labyrinthe (symptomatologie spéciale), s'il n'y a pas de signes d'arachnoïdite séreuse, d'abcès méningé ou encéphalique. Au vrai *l'abcès extra-dural est très fréquemment une découverte imprévue de l'opération mastoïdienne*. Lorsque avant l'opération on est frappé par l'*intensité du mal de tête* et dans tous les cas où existe le moindre doute sur la pureté de l'oto-mastoïdite, il faut creuser le plafond jusqu'au lobe temporo-sphénoïdal ou la partie postérieure de l'os jusqu'au sinus et au cervelet pour voir largement la dure-mère et pour la décoller ; l'opération n'est prolongée que de vingt minutes au plus. C'est cette « *trépanation élargie jusqu'aux méninges en un temps sans étapes et sous anesthésie locale* » que je propose et pratique depuis longtemps avant la guerre, comme premier temps du traitement de toutes les temporalites qui semblent dépasser le stade oto-mastoïdien : temporalites labyrinthiques, pétreuses, péri-temporalites suppurées internes et arachnoïdo encéphaliques quelconques.

L'*abcès méningé* se traduit par des signes méningés et corticaux isolés ou enchevêtrés.

L'*abcès encéphalique* présente une 1re forme localisée fermée et enchaînée par un tissu périphérique épaissi de défense qui fait office de capsule d'enkystement isolante ; le pus est gelé, l'abcès est figé et refroidi. *Cette évolution à froid abaisse la température, le pouls et le psychisme.* Il existe une seconde forme clinique qui fait suite à la précédente ou se manifeste *d'emblée en apparence : l'abcès est chaud, ouvert, déchaîné en cellulite congestive ou encéphalite diffuse.* Dans la première, le malade circule et va à son travail pendant des mois, *c'est l'abcès déambulant, debout, de la rue, de la consultation.* Le malade vient au cabinet du médecin montrer sa vieille otorrhée ; il se plaint de son mal de tête sans insistance particulière et surtout si on l'interroge; il a l'air singulier, lointain, étranger et étrange ; mais au cours de cette visite, il s'est mis involontairement ou inconsciemment en état d'éréthisme psychique ; il n'est plus lui-même, il fait effort pour se réveiller, car *il dort tout le temps. Il faudrait pouvoir l'observer à son insu.* On percevrait mieux son affaissement, on comprendrait son visage marqué d'accablement, on apprécierait alors un début de ralentissement du pouls vers 60. Parfois une ébauche de papillite éclairerait le diagnostic. Pendant de longs mois, pendant un an, l'abcès s'offre en vain au diagnostic ; *on laisse passer l'heure chirurgicale* par excellence, *parce qu'on ne sait pas entendre cet appel cérébral silencieux. Quand l'abcès sort de sa retraite,* il se manifeste par de la congestion passagère et bénigne ou par de l'encéphalite destructive qui se traduisent *toutes deux également* par le réchauffement des symptômes, le pouls plus rapide, la température plus élevée, par les vomissements, par une symptomatologie beaucoup moins discrète, par des signes de résorption septique, des signes de localisation sur les zones actives, des convulsions, l'aphasie, les parésies des membres, les paralysies, l'obnubilation. *Mais l'évolution fixe rapidement sur la gravité réelle de cet épisode encéphalique même quand il est recouvert et dénaturé par une flambée méningée.* Une fois sur deux environ, me semble-t-il, il se produit de la stase papillaire. *L'abcès du cervelet* se reconnaît par le même tableau symptomatique au milieu duquel se détachent la *titubation*, le *nystagmus persistant malgré la réfrigération de l'oreille* (1), la céphalée occipitale, les divers signes cérébelleux (2).

Les méningites généralisées septiques ne présentent rien de particulier à signaler. Le pronostic dépend de la nature de l'agent pathogène : lorsqu'il s'agit de streptocoques, de staphylocoques, de bacilles de Koch, de pneumocoques, la guérison est exceptionnelle; dans les autres cas, la guérison est possible ; mais ils sont eux-mêmes très rares (3).

Les méningites aiguës aseptiques d'origine auriculaire ou nasale comme les méningites septiques peuvent se traduire par des formules cytologiques ou chimiques quelconques du liquide, avec ou sans dissociation, avec polynucléaires altérés ou non. C'est pourquoi *elles sont aisément prises pour des méningites tuberculeuses ou syphilitiques* quand elles en ont le type liquidien habituel, ce qui n'est pas rare. Le pronostic est toujours bien plus solidement construit sur les constatations de la clinique générale que sur celles de l'examen du liquide céphalo-rachidien. Les méningites aiguës aseptiques guérissent assez souvent par suppression ou drainage de l'infection causale.

Sous la dénomination récente d'*arachnoïdite* on désigne les syndromes décrits depuis Quincke sous le nom de méningite séreuse. Comme toutes les méningites celles-ci sont toujours à des degrés divers des arachnoïdo-encéphalites et comme toutes les sérites elles s'extériorisent par les réactions habituelles de la séreuse et du viscère sous-jacent. Ce sont : la congestion, l'œdème, l'hypersécrétion, les adhérences limitant un liquide en quantité considérable ou minime et aboutissant à la formation soit de poches pseudo-kystiques, soit de cicatrices légères ou de véri-

(1) Le nystagmus spontané labyrinthique est exagéré par l'irrigation chaude et diminué ou supprimé par l'irrigation froide. Lermoyez a signalé l'amaigrissement dans les abcès encéphaliques.

(2) Diagnostic des abcès intracraniens silencieux. Henri Aboulker in Clinique et Iconographie médico-chirurgicale de la Face et du Cou, 583 p., Maloine, édit., 2e édit. 1924, page 95 et in Presse médicale, n° 44, 1922.

(3) Clinique et laboratoire dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des méningites. H. Aboulker, in *Clinique et Iconographie*, p. 167.

tables chéloïdes corticales. *L'altération de l'écorce sous-jacente et des nerfs craniens n'exprime rien d'autre à priori, ici comme ailleurs, qu'une action topographique de pathogénie multiple bénigne ou grave, qui ne peut être interprétée que par les signes généraux et locaux concomitants. Les phénomènes psychiques :* retard de la compréhension, somnolence, obnubilation fugitive ou permanente, résultent de l'œdème et surtout de la compression cortico-parenchymateuse. Les *oscillations des symptômes* sont dues à la brusquerie des modifications anatomiques, au déséquilibre aigu ou chronique des centres nerveux, à leur protestation convulsivante ou à la lenteur des accidents, à leur insidiosité et à l'accommodation progressive et résignée de l'encéphale aux accidents, à la résorption variable des toxines, à leur évolution à froid ou à chaud, à l'abaissement discordant ou parallèle du psychisme, du pouls et de la température. Telles sont les bases anatomo-cliniques des arachnoïdites comme des autres méningites quelconques. On y observe des formes cérébrales externes, ventriculaires, cérébelleuses, cérébro-cérébelleuses, opto-chiasmatiques. En dehors des formes *basilaires postéro-inférieures ou cérébello-otitiques postérieures,* on peut isoler des formes *basilaires moyennes ou temporo-otitiques antérieures en dehors* et *oto-rhino-orbito-cavaires* (1) en dedans, et des formes *basilaires antérieures ou fronto-rhino-orbitaires.* Les symptômes nous semblent pouvoir être condensés en *signes subjectifs :* céphalée, sensations nauséeuses et vertigineuses toujours attribuées à l'otite seule et jamais reconnues ; en *signes objectifs :* vomissements, vertiges, titubations ; *en signes topographiques :* névrites, corticalites ; en *signes de certitude* d'hypertension ou d'adhérences cicatricielles : ils correspondent respectivement aux périodes de gestation, d'adolescence, de maturité et de sénilité de la maladie où les lésions sont tellement anciennes qu'elles sont incurables.

Si les types inflammatoires des arachnoïdites risquent d'être pris pour des méningites septiques, les types chroniques sont pris pour des abcès à évolution froide ou pour des tumeurs quand on méconnaît l'otite ou la sinusite. Une durée d'évolution supérieure à quelques mois ou à un an permet d'éliminer la possibilité d'abcès presque à coup sûr sauf le cas de projectile inclus que nous n'envisageons pas ici. Dans les cas d'*hypertension considérable avec somnolence, obnubilation sévère, aphasie et hémiplégie qui existent également dans les compressions hydrique ou purulente comme elles existent dans les tumeurs,* on peut arriver quand même à *distinguer l'hypertension de l'eau de celle du pus par le caractère moins accablant des signes au cours de l'évolution.* Quant à *l'évolution par bonds ou par étapes successives, elle ne caractérise en aucune manière les tumeurs* (2).

Il existe, de l'arachnoïdite comme de toutes les affections quelconques, des *formes typiques grosses de symptômes et des formes avortées : à symptomatologie squelettique,* sans symptômes ou monosymptomatiques. Nous avons vu : 1° au cours d'un pansement d'abcès extra-dural se vider brutalement une énorme arachnoïdite insoupçonnée qui a inondé pendant des heures le pansement compressif et l'oreiller. 2° Nous avons vu des formes *céphalalgiques, psychiques, névritiques, pures et solitaires,* c'est-à-dire sans modification du fond de l'œil et du liquide céphalo-rachidien, sans modification de la sensibilité et de la motilité générale, et sans signes quelconques. Les névrites ont évolué souvent avec la maladie, de la même manière que la stase papillaire, comme si elles étaient des *névrites de stase substitutives et de remplacement représentant la stase papillaire défaillante. Il existe à coup sûr des stases des nerfs principaux de l'oreille : stases labyrinthique* (VII), *strabique* (VI), *gassérienne* (V), *faciale* (III) ; il existe aussi des stases *glosso-pharyngée* (IX) avec tic douloureux de l'oreille (nerf de Jacobson), *d'origine indéterminée, guéries par décompressive* ; il existe enfin vraisemblablement des stases de tous les autres nerfs craniens Cette conception paraît simple et naturelle quand on se rappelle que le processus compressif de pathogénie très complexe : mécanique, toxinien, toxique, n'est qu'un des aspects anatomo-cliniques du processus inflammatoire général auquel ne peuvent échapper aucune des parties de l'encéphale, les nerfs craniens et toutes les zones de la surface cérébrale et ventriculaire bien que leur résistance soit sans doute variable. *Dans les suppurations d'oreille, les névrites simples ou les névrites de stase les plus fréquentes sont non pas celles du nerf optique mais celles des nerfs vestibulaire, trijumeau, moteur oculaire externe et facial.* C'est pourquoi, dans les formes monosymptomatiques solitaires céphalalgiques, il y a des *céphalées de stase* qui sont la *forme névralgique cranio-encéphalique d'une névrite de stade trigémino-sympathique et parasympathique dont nous avons envisagé par ailleurs une forme névralgique faciale indiscutable.*

En dehors des *modifications biologiques et chimiques* qui, *dans les arachnoïdites,* sont *très minimes,* l'altération de la séreuse détermine *principalement* des *modifications physiques par accroissement de la masse du liquide qui conditionne les variations de l'équilibre des centres.* Quand ces modifications physiques sont constatées à l'état isolé sans modification des cellules, de l'albumine, du glucose, *on change,* on se demande pourquoi, *le nom de la maladie qui devient l'hydrocéphalie. Rien ne justifie cette distinction.* Les caractères du liquide varient avec les caractères que nous ignorons de l'élément causal toxique, toxinien, microbien visible ou invisible. Ce qu'il importerait de connaître ce serait la *valeur toxinienne du liquide ;* cette mesure n'est pas entrée dans la pratique. Si les mécanismes étiologiques et pathogéniques profonds nous échappent, la pathogénie générale est la même dans tous les cas et *la maladie des méninges est une.*

En présence d'un fait pathologique, il n'y a qu'un seul problème à résoudre. Y a-t-il arachnoïdite (ou méningite) ou non ? Car il n'existe pas plus d'hydro-

(1) Ce sont les formes méningées des syndromes de la fosse temporale interne décrits plus haut.

(2) « Hypertension intracranienne et hypotension d'origine otitique. » In Clinique et Iconographie, pages 177, 180, 540 et in Annales d'oto.-r.-l., 1936 : « Arachnoïdites » ; in Algérie médicale (mars 1936), Henri Aboulker.

céphalie en tant qu'affection autonome, distincte de la méningite, qu'il n'existe d'états méningés, d'épisodes méningés ou de méningisme. Ces compartimentages, sans valeur doctrinale, n'ont par ailleurs que des inconvénients pratiques. Ce qui est vrai c'est qu'il y a d'innombrables variétés de méningites, depuis les formes bénignes, fugitives, transitoires, guérissant spontanément comme des maladies cycliques, jusqu'aux formes sévères ou incurables bien connues, et tous les degrés de gravité existent. Ce qui nous importe, c'est d'essayer de reconnaître le siège de l'élément causal pour appliquer le traitement approprié, et c'est en même temps de guetter les complications, telle l'hypertension, pour y porter remède ; c'est enfin de mesurer la signification exacte des signes malgré la violence de l'orage méningé. En effet, il faut se rappeler que *le coryza de la cavité tympanique, fils du coryza nasal, est père des coryzas des cavités mastoïdiennes, labyrinthiques, pétreuses, temporales et au même titre du coryza arachnoïdien et arachnoïdo-encéphalique* (*ancien méningisme*) *et véritable rhume de cerveau.* On connaît les premiers, on reconnaît rarement les derniers, on méconnaît quelques-uns des types intermédiaires de même qu'on méconnaît les *coryzas névritiques, ceux du facial, de l'auditif,* du *moteur oculaire externe* et du *trijumeau;* les *coryzas phlébitiques* sont de véritables micro-phlébites catarrhales ou suppurées, à localisations tympanales mastoïdiennes ou labyrinthiques, *ou des macrophlébites des sinus et de la jugulaire. Le coryza auriculaire est une fluxion massive de l'oreille* développée autour du petit abcès tympanal, identique en tout point à la vaste fluxion dentaire qui, née d'une petite infection, gonfle la joue, tuméfie le cou, boursoufle la paupière et se volatilise par drainage ; telle est en particulier l'hydrocéphalie ou fluxion méningée.

Envisager la céphalalgie, les névrites quelconques, les corticalites avec ou sans crises épileptiformes comme des phénomènes de stase ou des phénomènes topographiques de signification et de gravité très variables, c'est éviter des erreurs de pronostic ; c'est se préparer à rechercher les signes possibles d'hypertension. Par contre, cette étude nous conduira à reconnaître que l'*abaissement du pouls, de la température, du psychisme, même isolés et solitaires, ne semblent explicables que par l'hypertension intra-cranienne, c'est-à-dire, dans les cas d'otite ou de sinusite, par une accumulation d'eau, de pus ou des deux à la fois.*

Les *formes suraiguës, aiguës et subaiguës de l'arachnoïdite peuvent guérir spontanément quand on leur en donne le temps, comme les formes homologues de temporalite partielle ou totale par simple suppression de la cause, c'est-à-dire de la rétention tympanique, mastoïdienne, etc.*, les opérations qui ouvrent la dure-mère doivent donc d'autant moins être hâtives dans ces cas que, dans les types septiques généralisés cette ouverture ne donne guère de résultat. La *transformation de la temporalite muco-purulente* en empyème temporal, c'est-à-dire en suppuration franche qui se draine ou en ostéite vraie, *n'empêche pas l'évolution de l'arachnoïdite de rester aseptique.* On observe celle-ci autour de toutes les névrites bénignes ou graves et autour de toutes les temporalites simples ou compliquées. *Lorsque l'arachnoïdite est constatée, avant le drainage des cavités* où existe la rétention purulente *ou bien lorsqu'elle apparaît après le drainage, il faut d'urgence mettre à nu, mais sans l'ouvrir, la dure-mère cérébrale et cérébelleuse* qui devient ainsi largement accessible au doigt et à l'œil, au plafond ou en arrière des cavités de l'oreille, ou au fond de la cavité du sinus frontal. *Après cet « évidement pétro-mastoïdien élargi »* que nous préconisons depuis longtemps comme *opération d'urgence « sans étape et sans anesthésie locale », on enregistre généralement un temps d'euphorie post-opératoire. Il faut s'en réjouir et s'en méfier.* La mise à nu de la dure-mère sur une surface d'un centimètre carré suffit parfois pour réveiller un malade somnolent et faire remonter le pouls de 50 à 60 même quand il y a un état voisin du coma, même quand il y a abcès encéphalique intra-cranien important. *Tout opéré a droit à une part d'euphorie post-opératoire ; si elle n'apparaît pas c'est qu'il y a autre chose.* Dans un cas où le diagnostic semblait celui d'arachnoïdite cérébelleuse sans abcès et où l'infection des téguments craniens nous a empêché de faire l'exploration intra-dure-mérienne la *résorption du syndrome cérébelleux ne s'est produite qu'au bout de plusieurs semaines* ; il s'agissait non de la *forme aiguë fluxionnaire,* mais de la *forme aiguë prolongée.* L'examen général permet seul de dire combien de jours on peut attendre pour ouvrir les méninges ; *qu'il s'agisse de la mastoïde ou des méninges l'évolution* du pouls et de la température, de l'état général, du psychisme est le signe le plus utile à observer dans ces cas, comme dans tous les autres.

Lorsqu'on croit dangereux d'attendre, lorsqu'on pense surtout qu'il peut s'agir d'abcès, chaque heure qui passe faisant perdre une chance de survie, on doit franchir la dure-mère. La voie classique qui conduit à travers les méninges passe par les cavités infectées de l'oreille ou du sinus ; nous la proscrivons, car bien qu'elle ait à son actif beaucoup de succès, elle comporte le risque d'infecter une cavité peu septique. Nous avons proposé « une *trépanation de sécurité à distance* » du foyer infecté, dans la fosse temporale, occipitale ou frontale. C'est pour nous la méthode générale de diagnostic et de traitement applicables à toutes les complications intra-durales, que le diagnostic en paraisse sûr ou reste incertain et sauf le cas d'abcès dural fistulisé où il n'y a qu'à suivre la fistule méningée. Il est acquis à la vérité que la voie classique a fourni de nombreuses guérisons, soit qu'elle passe à travers des adhérences, soit que le cerveau fasse bouchon imperméable ; mais il est certain aussi qu'il y a des cas d'infection de l'encéphale par les ponctions. Quand le malade succombe qui peut dire quelle est la part de l'évolution spontanée et celle de ce traumatisme opératoire septique ? Notre première opération à distance pratiquée en 1902 a été publiée en janvier 1908 dans le « Bulletin trimestriel de Castex avec une 2e observation d'arachnoïdite ventriculaire guérie. Au Congrès de Chirurgie de Paris (1919), le Professeur Girard citant un fait d'arachnoïdite n'en trouvait que deux autres dans toute la littérature et incorporait à son travail nos deux observations. Enfin notre première trépanation à distance de

sécurité de 1908 a été reproduite dans la thèse de Passot sur les « états méningés » en 1908. Notre travail général sur cette méthode a été publié en 1919 dans le numéro 6 de la Revue du Professeur Moure. Dans le même travail nous avons mis en évidence le *type cérébelleux chronique du vertige de Ménière*. De la technique opératoire nous avons toujours cru qu'il était inutile de parler puisqu'elle est connue depuis l'aurore de la civilisation et même avant. Les sorciers de l'âge des cavernes incisaient déjà les parties molles et ruginaient l'os pour donner passage aux esprits mauvais. Il est surprenant que ceux qui ont fait et décrit récemment notre trépanation à distance lui aient vu donner leur nom.

Nous pouvons en définitive résumer notre méthode de traitement de toutes les temporalites localisées, généralisées ou compliquées en une formule simple. 1er temps : trépanation élargie jusqu'aux méninges ; 2e temps : trépanation de sécurité à distance de l'oreille (ou du nez).

Après le 2e temps, comme après le 1er, l'évolution des divers symptômes guide le traitement. En particulier, les ponctions manométriques lombaires et sous-occipitales, la mesure de la pression rétinienne, la stase papillaire renseignent sur l'état de la pression intra-cranienne, mais *elles ne constituent que des traductions lointaines et indirectes de cette pression.* Il y a quelques années nous avions essayé sans résultat de mesurer cette pression distante au moyen du manomètre de Schiötz. Depuis quinze mois, témoin de l'utilisation du tonomètre de Bailliart dans les affections oculaires par notre confrère M. Schousboë, *nous avons entrepris avec lui de mesurer la pression directe de la dure-mère au moyen de cet appareil modifié.* Nous avons fait les constatations suivantes : la pression normale semble constamment osciller autour de 15. Nous avons enregistré 50 dans un cas de méningite aiguë, 115 dans un cas d'abcès et 20 après drainage, 45 dans une importante arachnoïdite et 20 après évacuation, le drainage continuant dans les deux derniers cas à l'intérieur du pansement. La pression *mesurée après la première trépanation et dans l'oreille pourra sans doute dans l'avenir préciser les indications de la seconde opération et faire gagner un temps précieux* dans les formes cliniques à symptomatologie déficiente. Quoi qu'il en soit, ces premiers résultats et quelques autres nous ont paru mériter d'être signalés à titre documentaire et sous bénéfice de contrôle que nous poursuivons (1).

***

Au terme de cette Revue générale des affections de l'oreille il convient de remarquer que nous n'avons invoqué aucun procédé de technique spéciale en dehors des rares circonstances où a pu être nécessaire un simple examen otoscopique. L'otologie vit de l'application presque exclusive des notions médicales et chirurgicales les plus générales. Elle peut et doit être, dans l'intérêt des malades, incorporée largement dans l'activité des praticiens généraux.

Par ailleurs, il n'est pas superflu de redire que, comme la rhinologie et la laryngologie mais beaucoup plus qu'elles encore, elle est en relation de tous les instants avec l'ophtalmologie et la neurologie ; à toutes deux elle prête et elle emprunte ; à l'une et à l'autre elle tend la main pour recevoir et pour donner.

(1) Société de Médecine d'Alger : Essai de mesure directe de la pression intradurale (Tonométrie directe intradurale).

Ve CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

Paris, 18-24 mai 1936 (1).

Le Ve Congrès français de gynécologie s'est ouvert à Paris le 18 mai, sous la présidence de M. Dartigues (Paris) et la présidence d'honneur de M. le professeur Alfieri (Milan).

Ils étaient assistés de M. le professeur Pierre Mocquot, de M. Félix Jayle, de M. Maurice Fabre, secrétaire général, et de M. Turpault, secrétaire de la Société de Gynécologie.

Dans la très nombreuse assistance, on remarquait MM. les professeurs Daniel (Bucarest) ; Douglas-Muller (Edimbourg) ; Schockaert (Louvain) ; Gayfami (Rome) ; Ercole Cova (Turin) ; Opocher (Trévise) ; Mlle L. Quadras-Borde (Barcelone) ; MM. Dauwe (Anvers) ; Krafft (Lausanne) ; de Blasi (Gênes) ; MM. les professeurs Guyot et Jeanneney (Bordeaux) ; Vanverts et Favereau (Lille) ; André Binet (Nancy) ; André Chalier (Lyon) ; MM. Pierra (Luxeuil) ; Violet et Cotte (Lyon) ; Sappey (Grenoble) ; Mazeran (Châtel-Guyon) ; Mme Sosnowska (Paris) ; Mme Francillon-Lobre (Paris) ; M. Sénéchal (Paris).

Les discours d'ouverture furent prononcés par MM. Alfieri, Dartigues et Maurice Fabre.

1er RAPPORT. — M. le professeur agrégé André BINET (Nancy). — **Considérations générales sur la stérilité chez la femme.** — L'auteur examine la question au triple point de vue historique, social et philosophique. Cette très remarquable étude l'amène à évoquer la mission du médecin :

« Dans tous ses actes professionnels, le médecin devra se garder de décourager, sans raisons péremptoires, les volontaires de la maternité. Trop de ménages se targuent, souvent à tort d'ailleurs, de recommandations ou de prescriptions médicales pour esquiver leurs devoirs.

Le rôle du médecin sera, au contraire, de combattre les préjugés égoïstes, les calculs à courte vue. Il montrera que, contrairement à l'illusion courante, la famille, loin d'être pour l'individu une faiblesse, est au contraire une force, en le multipliant, en l'élargissant, en l'élevant au-dessus de lui-même et au-dessus des autres.

Et puis, les enfants sont la gaieté du foyer, la raison d'être de l'existence, la consolation et la sécurité de la vieillesse.

Le conseiller familial démontrera aussi, sans peine, que, pour obtenir de beaux produits, il n'est pas indispensable de se comporter toujours en fidèles disciples de cette science moderne à dénomination prétentieuse : l' « Eugénique » ; car celle-ci en est, de nos jours, à la période des balbutiements.

Le médecin soulignera encore le rôle bienfaisant dans la vie de la femme, de la maternité. N'est-elle pas le meilleur antidote des caprices et des dérèglements mentaux si fréquents dans les classes stériles ?

Le médecin réveillera donc les énergies assoupies et cultivera de son mieux la petite fleur vivace qui persiste au cœur de la plupart des femmes et même de la plupart des hommes : l'amour de l'enfant.

Toutefois, il devra parfois faire comprendre les inconvénients d'une sensibilité maternelle trop aiguë. Car, si paradoxal que cela paraisse, la fièvre même de la maternité

(1) *Association de la Presse médicale française.*

peut stériliser certaines femmes. Elles ont un bébé, un seul, qui absorbe à tel point leur affection, leurs soins, leur temps, qu'elles se refusent à en avoir d'autres, par crainte de subir les mêmes épreuves.

On peut d'ailleurs délivrer ces mères, à tendresses féroces, des inquiétudes perpétuelles auxquelles les condamne leur enfant unique, en leur laissant entendre l'adage bien connu :

« Ayez un enfant, vous en serez esclave, ayez-en six, vous en serez maître. »

Enfin, un dernier devoir incombe au médecin, celui-ci intimement lié à la pratique de son art et, par conséquent, aux yeux de tous indiscutable : il doit mettre au service de la femme qui se confie à lui toute sa science et toute sa conscience pour lever les obstacles à la procréation. C'est pour dresser un plan de bataille contre cette stérilité d'ordre pathologique que se réunit ce Congrès. »

Dans un 2e RAPPORT, M. le professeur Ch. CHAMPY (Paris) étudie la **physiologie de la fécondation et de la nidation.**

« Ce qui intéresse le gynécologue, c'est de savoir quelles causes peuvent empêcher la fécondation de se produire.

Je ne parlerai que pour mémoire de l'imperméabilité tubaire, cause fréquente, facile à saisir et qui peut être curable. Mais ce que nous venons de dire, nous en indique déjà de plus obscures et de moins radicales.

Les spermatozoïdes peuvent-ils être altérés ? Cela paraît rare. La spermatogénèse dans le tube séminifère des mammifères est si fragile que la moindre perturbation l'arrête avant qu'on arrive au stade spermatozoïde et crée une aspermatogénèse complète. Quand le spermatozoïde est achevé, il est en règle générale normal.

Les anomalies, les lésions pathologiques des glandes annexes mâles peuvent jouer un rôle qui n'est pas facile à définir, mais qui peut être important. Les lésions du col utérin ne sont pas elles-mêmes sans rendre difficile la fécondation, non seulement par sténose, mais peut-être aussi par lésions inflammatoires, altérant les ferments normaux, ce qui explique le succès observé parfois de la fécondation artificielle, quand les fécondations naturelles ne réussissent pas.

Les lésions utéro-tubaires jouent un rôle non seulement en gênant la fixation de l'œuf, mais en rendant difficile la longue ascension des spermatozoïdes. On comprend que la destruction inflammatoire des cils tubaires, qui par leur mouvement orientaient la progression des spermatozoïdes, peut y mettre obstacle. Les exsudations inflammatoires un peu abondantes formeront, d'autre part, une sorte de flot difficile à remonter. Il y a donc toute une série de causes de stérilité indépendantes des phénomènes de fécondation proprement dits, qui peuvent tenir aux inflammations ou altérations du tractus génital de l'un ou de l'autre sexe. Elles ne paraissent ni permanentes, ni absolues, mais peuvent diminuer considérablement les chances de fécondation.

Mais il semble bien qu'une cause plus importante réside dans les difficultés de fixation de l'œuf.

Normalement l'œuf fécondé se segmente dans la trompe et arrive dans l'utérus déjà sous forme de jeune embryon.

Lors de son expulsion, le follicule se transforme rapidement en un corps jaune. Cet organe joue un rôle essentiel sur la fixation de l'œuf. Frünkel en a fait la démonstration sans explication. Ancel et Bouin ont montré qu'il déterminait chez la lapine une transformation de la muqueuse utérine qui est d'ailleurs propre à cet animal. Champy et Gley, puis Champy et Keller ont les premiers dissocié nettement l'action du follicule et celle du corps jaune sur le tractus génital et montré que celui-ci détermine par voie endocrine la formation d'une caduque. Ceci est actuellement universellement confirmé.

Or, la caduque, ainsi que l'a montré Zymanovicz, débute dès le 18-19e jour des règles chez la femme, croît jusqu'au 28e jour et avorte aux règles suivantes s'il n'y a pas fécondation.

Il ne semble pas que l'œuf puisse se fixer, l'expérimentation chez l'animal le montre, dans un utérus où la caduque n'a pas au moins débuté. L'irritation locale, dont Loeb ferait la cause principale, ne joue qu'un rôle accessoire, c'est le corps jaune qui joue le rôle principal.

Il est probable que les anomalies du rythme de maturité des follicules, dont les causes sont nombreuses, entraînent des anomalies de la formation de la caduque préjudiciables à une fixation normale de l'œuf. Mais ces phénomènes sont encore mal connus.

Il est enfin à supposer qu'il y a des *incompatibilités humorales* qui rendent la fécondation impossible. Les faits biologiques le suggèrent. La clinique montre parfois qu'une femme stérile dans un premier mariage devient féconde dans un second...

Existe-t-il chez l'homme des incompatibilités de cette sorte ? Je ne crois pas que ce soit très étudié, mais c'est très vraisemblable... »

3e RAPPORT. — **Etude étiologique et clinique de la stérilité.** — M. Jean SÉGUY (Paris). La stérilité involontaire est chose relativement fréquente, puisqu'elle frappe environ 15 % des ménages.

On peut dire qu'il y a stérilité lorsqu'un couple ayant des rapports sexuels réguliers est resté 3 ans sans avoir d'enfant.

Le rapport de M. Séguy passe en revue toutes les causes de la stérilité conjugale.

Pour qu'il y ait fécondation, il faut d'abord des spermatozoïdes et des ovules de bonne qualité. Les causes qui peuvent léser testicule et ovaire et donner les gamètes déficients font l'objet du premier chapitre du rapport.

Un spermatozoïde normal ne peut aller à la rencontre d'un ovule sain que si le long canal vecteur, mi-partie masculin, mi-partie féminin, qui, de l'épididyme va jusqu'au pavillon de la trompe, est perméable. Les lésions du canal vecteur entre testicule et ovaire font l'objet d'un deuxième chapitre.

Mais l'intégrité anatomique ne suffit pas ; il faut, pour que le spermatozoïde et l'ovule se rencontrent, un certain nombre de conditions physiologiques. La stérilité par trouble du mécanisme biologique normal fait l'objet d'un troisième chapitre.

Enfin, dans un quatrième chapitre, l'auteur étudie les stérilités dues à l'impossibilité de nidation de l'œuf fécondé.

C'est avec raison que l'auteur, en terminant, souligne les difficultés matérielles auxquelles se heurte en France tout progrès dans la solution de ce problème de la stérilité auquel il s'intéresse particulièrement depuis plus de dix ans.

Les problèmes gynécologiques, dont la stérilité n'est qu'un cas particulier, sont devenus trop complexes pour être abordés par un chercheur isolé. Il faut pour progresser que plusieurs compétences : biologiste, chimiste, anatomo-pathologiste, travaillent en symbiose étroite avec le clinicien.

Souhaitons que l'on comprenne cela en haut lieu et que l'on organise des centres de diagnostic et de traitement de la stérilité bien outillés, comprenant :

Des urologues et des gynécologues, car il est illogique de dissocier la stérilité masculine de la stérilité féminine ;

Des chimistes spécialisés dans les recherches hormonales comme il s'en forme en Allemagne et en Angleterre à l'école de Buttenandt et de Marrian ;

Des physiologistes, qui ne manquent pas en France ni par le nombre ni par la qualité, mais qui trouveraient avan-

tage pour leurs recherches de laboratoire à être en rapport plus étroit avec le clinicien et à profiter de ses observations quotidiennes.

Si par bonheur une telle organisation voyait le jour, le rapporteur pense que ce serait un moyen non négligeable de lutter contre la dénatalité.

4° RAPPORT. — **Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine.** — M. André CHALIER (Lyon). Après quelques considérations générales sur la stérilité masculine et la stérilité conjugale, le rapporteur montre que la stérilité féminine ne doit être traitée qu'après deux ou trois ans de « cohabitation, non restrictive » et d'infécondité avérée, et après avoir éliminé toutes les contre-indications d'ordre général (celles de la grossesse) et d'ordre local (infections génitales, âge trop avancé).

Le rapport proprement dit comprend trois parties.

La *première partie* est consacrée à l'étude des *petits moyens*, c'est-à-dire des conseils gynécologiques qu'il est d'usage de donner aux femmes stériles (choix du moment, manière la plus favorable de coïter, précautions après le coït). Etudiant très complètement la *fécondation artificielle*, M. A. Chalier précise les indications, assez restreintes, masculines et féminines, de cette petite intervention qui, pour réussir, nécessite deux conditions primordiales : la perméabilité tubaire d'une part, la validité du sperme injecté d'autre part. A ce sujet, est discutée l'utilisation du sperme d'un donneur. La technique de l'insémination est des plus simples, mais demande beaucoup de minutie. Les résultats peuvent être bons, mais seulement dans les cas rarissimes où la fécondation artificielle est réellement indiquée.

La *deuxième partie* étudie le traitement des stérilités par lésions ou par troubles fonctionnels du tractus génital, c'est-à-dire :

1° *Les stérilités d'origine vulvo-vagino-périnéale ;* ici intervient une notion assez nouvelle, celle de l'*hyperacidité des sécrétions vaginales.*

2° *Les stérilités d'origine utérine :* malformations utérines, hypoplasies utérines, sténoses cervicales, déviations utérines, fibro-myomes utérins, cervicites chroniques, obstacles à la nidation. Les développements les plus intéressants de ce chapitre concernent le *tubage utérin*, qu'il soit pratiqué avec un tube rigide (Iribarne) ou avec un tube élastique (Douay), et qu'il soit on non associé à une discision du col sténosé.

3° *Les stérilités d'origine tubaire.* Après avoir montré l'importance, pour la prophylaxie de la stérilité, des opé-

rations conservatrices dans les annexites, Chalier étudie successivement la désobstruction des trompes oblitérées par l'insufflation et par l'injection intra-tubaire de lipiodol (de nombreuses statistiques en établissent les bons effets), puis la chirurgie plastique et réparatrice des trompes, au moyen des nombreuses opérations qui ont nom salpingolysis, salpingostomie, salpingo-ovaro-syndèse, salpingectomie partielle avec adaptation tubo-utérine, salpingectomie totale avec greffe ovarienne libre ou avec implantation ovaro-utérine. Chacune de ces opérations a été étudiée avec sa technique, ses indications, ses résultats.

La *troisième partie* est réservée aux *stérilités d'origine ovarienne* (stérilités de causes endocriniennes, stérilités d'ordre général). Vient d'abord le traitement général, où sont étudiés notamment les rapports pathogéniques, donc thérapeutiques, entre l'obésité et la stérilité, entre la syphilis et la stérilité. Vient ensuite le traitement endocrinien avec le mode d'action et d'application de la folliculine et de la lutéine. Enfin le traitement chirurgical comprend la chirurgie conservatrice de l'ovaire, en particulier dans l'ovarite scléro-kystique, si fréquemment rencontrée dans la chirurgie plastique de l'ovaire (ovariolysis, ovariopexie), et enfin la chirurgie trophique de l'ovaire (greffe ovarienne hémoplastique, énervation de l'ovaire).

De l'ensemble de ce rapport, remarquable par sa documentation et sa clarté, se dégage une notion optimiste : s'il reste encore des stérilités dont la cause nous échappe et dont la nature dépasse nos moyens d'action, il en est beaucoup de curables, 50 p. 100 environ. Mais à côté des stérilités « bénignes », aisément curables, il en est de complexes qui exigent de la ténacité et de la volonté de part et d'autre et qui nécessitent souvent un traitement multiple : local, général et endocrinien.

Assemblée générale de la Société française de Gynécologie. — Cette Assemblée générale eut lieu le dernier jour du Congrès, sous la présidence de M. F. Jayle.

Différentes résolutions furent votées :

1° Les membres de la Société qui auront rempli les fonctions de président du Congrès feront partie de droit et en surnombre du *Conseil d'administration* de la Société.

2° Mme Meurs-Blatter, MM. Jeanneney, Papillon, Turpault, Villard et Violet furent élus *membres du Conseil d'administration.*

3° Sur la proposition de M. Sappey (de Grenoble), un vœu est adopté demandant que les *cures thermales* gynécologiques ne soient pas limitées à 21 jours, suivant la formule habituelle. Ces cures devront pouvoir être prolongées suivant les indications du médecin traitant.

4° *Congrès de* 1937. — Le Congrès aura lieu le 14 mai 1937, à Toulouse, sous la présidence d'honneur de M. le professeur Daniel (de Bucarest) et sous la présidence effective de M. le professeur Mériel (de Toulouse). La question à l'ordre du jour sera : *le cancer du col utérin.*

Réceptions. — Un certain nombre de réceptions très agréables accompagnèrent le congrès. M. Dartigues reçut les invités le premier soir, avant la représentation théâtrale du Théâtre Michel, offerte aux congressistes.

Le banquet du Congrès, qui eut lieu le lendemain, réunit près de 400 convives au Pavillon Dauphine. Des toasts chaleureux furent portés par le président Dartigues, le professeur Daniel (de Bucarest) et le professeur Alfieri (de Milan).

Enfin le dernier jour, avant le départ pour la visite des hôpitaux de Londres, eut lieu une soirée au cours de laquelle M. Jayle reçut la médaille offerte par ses élèves et amis.

Remise de la médaille du docteur F. Jayle. — Ce fut une bien belle soirée que celle donnée le 20 mai au Centre Marcelin-Berthelot, pour la remise de la Médaille de M. F. Jayle. Cette fête comprenait deux parties : la première était présidée par M. le professeur Hartmann, président de l'Académie de Médecine. Tour à tour, les représentants des organisations scientifiques ou professionnelles auxquelles M. F. Jayle apporte le tribut de son inlassable activité vinrent lui offrir leurs remerciements et lui témoigner leur reconnaissance.

M. Dartigues parla au nom des amis et anciens collaborateurs de M. Jayle. Il retraça rapidement sa carrière scientifique consacrée au service de la gynécologie.

Le professeur agrégé André Binet, de Nancy, au nom de la Société Française de Gynécologie, félicita Jayle d'avoir fondé cette grande Société scientifique qui réunit maintenant les gynécologues les plus en vue de France ou de l'étranger, ainsi que l'annuel Congrès français de gynécologie, de plus en plus attendu et de plus en plus suivi.

M. Desfossés rappela la part importante prise par son ami à la création de *La Presse Médicale.*

M. Cibrie, Secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux, vint dire la reconnaissance des syndiqués à Jayle pour son œuvre syndicale et la création de l'Hôtel Chambon.

M. Tissier-Guy, Président du Syndicat des Médecins de la Seine, rappela que Jayle fut le premier interne des hôpitaux inscrit au Syndicat des Médecins de la Seine, et il dit les services qu'il y a rendus comme secrétaire général et comme président.

Puis ce fut le tour des délégués des nations étrangères, qui apportèrent les hommages des Sociétés de Gynécologie de leurs pays : le professeur Schockaert pour la Belgique, Mlle le docteur Quadras-Bordes pour l'Espagne, MM. le docteur Jarvis au nom des Etats-Unis, le professeur Alfieri pour l'Italie, le professeur Daniel pour la Roumanie et le docteur Krafft pour la Suisse.

Enfin le professeur Hartmann félicita M. Jayle et rappela quelques souvenirs marquants de sa carrière.

A tous ces témoignages d'amitié et de reconnaissance, M. F. Jayle répondit par un de ces spirituels discours dont il a le secret, retraçant l'histoire de sa vie, il fit l'éloge des maîtres qui l'ont fait ce qu'il est : Pozzi, Letulle, Charles Monod, Richelot et remercia ceux qui avaient contribué au succès de cette fête, le comité de patronage, le comité d'organisation, en particulier son secrétaire général M. Maurice Fabre, enfin son ami le sculpteur de Hérain, auteur de la magnifique médaille.

La deuxième partie de la soirée consista en une jolie manifestation artistique, à laquelle prirent part Mme Mary Marquet, de la Comédie-Française, accompagnée à la harpe par Mlle Lily Laskine ; M. Franz, de l'Opéra, et les danseuses de Mlle Chasles, tous ces artistes présentés par le metteur en scène Paul Castan.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 JUIN 1936)

De la force aspiratrice du cœur et de son importance au point de vue de la pharmacodynamie et de la clinique. — M. le prof. Akil MOUKHTAR (d'Istamboul), note présentée par M. Emile SERGENT. Dans cette intéressante communication, le prof. Akil Moukhtar expose la substance essentielle des expériences qu'il a poursuivies pour vérifier le bien-fondé de la conception d'après laquelle le cœur doit être considéré comme une pompe à la fois aspirante et foulante.

Le cœur agit, non seulement pour refouler le sang dans le système artériel, mais encore pour l'attirer des veines caves. Cette dernière fonction, souvent trop négligée par la pharmacodynamie et la clinique, est cependant indiscutable ; l'influence de plusieurs substances chimiques sur

l'énergie respiratoire du cœur trouve une nouvelle démonstration dans les expériences de l'auteur.

L'épidémie de grippe de 1934-1935. — M. E. Joltrain, après avoir constaté les erreurs qui ont été colportées sur l'épidémie de grippe de 1934-1935, apporte des documents précis sur son évolution et ses analogies avec les épidémies antérieures.

Ce qui rend difficile l'historique, c'est qu'on désigne communément sous le nom de grippe toute une série d'affections saisonnières d'origine pneumococcique, qui n'ont aucun rapport avec elle ; les statistiques ne peuvent donc donner que des renseignements incomplets en raison de cet autre fait, que sa déclaration n'est pas obligatoire.

La grippe, maladie épidémique et contagieuse, confère l'immunité, et l'auteur, par des faits cliniques, en apporte des preuves.

Tout ce qui débilite l'organisme, choc émotif, surmenage, restriction alimentaire, favorise les complications secondaires. Le virus grippal agent causal de la grippe met l'organisme en état de réceptivité et rend pathogènes les microbes comme le pneumocoque le streptocoque, le staphylocoque et le bacille de Pfeiffer qui augmentent de virulence par passages successifs d'individu à individu.

L'épidémie de 1934-1935 a bien existé, comme le prouvent les contagions, l'atteinte en masse des agglomérations, mais elle n'a pas été très meurtrière, au moins en France, comme celle de 1889 ou 1918. La forme simple fut la plus fréquente, les complications comme la broncho-pneumonie, pleurésies purulentes, atteinte du système nerveux, myocardites et otites furent relativement rares et ne s'observèrent guère qu'au décours de l'épidémie.

Leur nombre d'ailleurs ne diffère pas sensiblement pour les trois années dernières et pour les six premiers mois de 1936.

Les décès par grippe, si nombreux en 1918, furent rares en 1935-1936.

Toute une série de médicaments préventifs, parmi lesquels la quinine et l'alcool, des mesures d'hygiène, isolement, repos à la chambre et au chaud, s'imposent. On ne connaît toujours pas, étant donné l'insuffisance de renseignements actuels sur la nature de ce virus, de médication spécifique, sérum ou vaccin. On vaccine seulement contre les complications.

La sérothérapie antistreptococcique et l'anatoxine staphylococcique peuvent rendre service dans les complications.

Toutes les méthodes anti-choc ont pu donner de bons résultats et chaque médecin qui en a observé préconise la sienne. Il faut enfin prendre garde à ne pas donner au malade trop des médications diverses et intempestives conseillées par son entourage.

Manifestations asthmatiques chez les fourreurs dues à une sensibilisation à la para-phénylédiamine. — M. Pasteur Vallery-Radot. On connaît de longue date les manifestations dues à une sensibilisation aux poils de différents animaux dans la pelleterie. Ces cas sont l'analogue des sensibilisations aux crins de cheval, aux poils de chien, de chat ou de cobaye.

Mais il y a aussi des accidents dus à des corps chimiques employés dans la teinture des fourrures. Des accidents cutanés ou des manifestations respiratoires du type asthmatique avec éosinophilie dans les crachats et cristaux de Leyden ont été observés.

M. Pasteur Vallery-Radot en apporte un nouvel exemple qui démontre que les manifestations du type asthmatique présentées par les fourreurs peuvent être dues non à une sensibilisation aux protéines des poils, mais à une sensibilisation aux produits chimiques qui servent à la préparation des fourrures.

De tels faits montrent que de plus en plus, à côté des maladies professionnelles par intoxication, il faut tenir compte des maladies professionnelles par sensibilisation. Il en découle la nécessité de mesures d'hygiène (nettoyages, lavages des mains) et de protection (usage de masques).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LISTE DES MALADIES CONTAGIEUSES SOUMISES A LA DÉCLARATION

Un décret en date du 16 mai fixe ainsi la liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la loi du 15 février 1902 et du décret- loi du 30 octobre 1935.

Première partie. — Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires :

1° La fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes. — 2° Le typhus exanthématique. — 3° La variole. — 4° La scarlatine. — 5° La rougeole. — 6° La diphtérie. — 7° La suette miliaire. — 8° Le choléra. — 9° La peste. — 10° La fièvre jaune. — 11° Les dysenteries amibienne et bacillaire. — 12° Les infections puerpérales. — 13° La méningite cérébro-spinale. — 14° La poliomyélite aiguë. — 15° Le trachôme. — 16° Les fièvres ondulantes. — 17° La lèpre. — 18° La spirochétose ictéro-hémorragique.

Deuxième partie. — Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative :

A. Tuberculose pulmonaire. — B. Coqueluche. — C. Grippe. — D. Pneumonie et broncho-pneumonie. — E. Erysipèle. — F. Oreillons. — G. Teigne.

Les maladies à déclaration obligatoire (première partie) doivent donner lieu :

1° A la désinfection, dite continue, pendant leur cours.
2° A la désinfection, dite totale, après transport, guérison ou décès.

Toutefois, à moins que le médecin ne le recommande expressément, la désinfection totale ou terminale n'est pas requise pour la rougeole, la méningite cérébro-spinale, la poliomyélite, le trachôme, la lèpre et la spirochétose hémorragique.

La lettre C ou la lettre T inscrite sur le carnet de déclaration, à la suite du nom de chaque maladie, indique le mode de désinfection exigé (C pour la désinfection en cours, assurée par la famille sous la direction du médecin, T pour la désinfection terminale effectuée par les services publics).

Pour les maladies à déclaration facultative (deuxième partie), il est procédé à la désinfection après entente avec les intéressés, soit sur les déclarations visées à l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935, soit à la demande des familles, des chefs de collectivités publiques ou privées, des administrations hospitalières ou des bureaux d'assistance, sans préjudice de toutes autres mesures prophylactiques prévues par le règlement sanitaire départemental.

(*J. O.*, 30 mai 1936.)

Endocrinologie, par Noël Fiessinger, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. Un volume de 152 pages, avec 19 figures. (Collection des Initiations médicales.) — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 47. — MERCREDI 10 JUIN 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — **1 an : 45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — Lundi 29 juin 1936, à 9 h. :

Clinicat des maladies nerveuses : titulaires, sans indemnité, 2; — Clinicat des maladies mentales et de l'encéphale : titulaires, avec indemnité, 2; sans indemnité, 2; — Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 2.

Mercredi 1er juillet, à 9 h. :

Clinicat ophtalmologique : titulaire, avec indemnité, 1; adjoint, 1.

Vendredi 3 juillet, à 8 h. 30 :

Clinicat des maladies des enfants : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 1; — Clinicat de la première enfance : titulaire, sans indemnité, 1; — Clinicat des maladies infectieuses : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 1; adjoints, 2.

Mercredi 8 juillet, à 9 h. :

Clinicat médical : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 7; — Clinicat médical propédeutique : titulaires, sans indemnité, 3; — Clinicat thérapeutique médical : titulaires, sans indemnité, 3; — Clinicat de la tuberculose : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 3.

Vendredi 10 juillet, à 9 h. :

Clinicat chirurgical : titulaires, avec indemnité, 2; sans indemnité, 6; — Clinicat thérapeutique chirurgical : titulaire, sans indemnité, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 h., jusqu'au jeudi 25 juin inclus. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— ALGER. — M. Courrier, professeur sans chaire, est nommé professeur d'histologie et embryologie.

— MARSEILLE. — M. Beltrami, chargé de cours, est nommé professeur sans chaire.

— NANCY. — M. le professeur agrégé André Binet est nommé professeur sans chaire.

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — *Section de chirurgie générale. — Leçon d'une heure.* — Séance du 5 juin. — M. Labry : « Les troubles urinaires dus aux fibromes de l'utérus et leur traitement chirurgical. »

M. Dieulafé : « La tuberculose salpingo-ovarienne. »

M. Curtillet : « Le chorio-épithéliome de l'utérus. »

Séance du 8 juin. — M. Dambrin : « Les kystes et les adamantinomes de la mâchoire inférieure. »

M. Villar : « Diagnostic et traitement des tumeurs du médiastin. »

M. Arnuff : « Les indications et les accidents de la ligature des carodites primitive et interne. »

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Bres (de Cannes), Delrat (d'Orsay).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Carette (de Saint-Pol-sur-Ternoise), Roland (de Besançon).

PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Bernard, membre de l'Association générale des mutilés de guerre.

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — M. Durupt, ancien médecin lieutenant, a été blessé et cité.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en argent a été décernée à M. le docteur Louet, médecin à Beauvais (Oise), pour affection contractée dans l'exercice de sa profession.

CONSEIL SUPÉRIEUR ET COMMISSION PERMANENTE DE PROPHYLAXIE CRIMINELLE. — Sont nommés vice-présidents : MM. les docteurs Gadaud et Toulouse.

Sont désignés comme membres : M. Achard, Mlle Badonnat, MM. Brousseau, Ceillier, Fié, Heuyer, Latarjet, Logre, Piéron, Rivet, Rogues de Fursac, Schiff, docteurs en médecine.

MÉDECINS PSYCHIATRES DES PRISONS DE PARIS ET DE LA SEINE. — Sont nommés : MM. Ceillier, à la Santé; Schiff, à la Petite Roquette ; Mlle Badonnat, à Fresnes.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Paul Monsseaux, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Vittel ; du docteur André Petit, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 84 ans. Nous adressons à son gendre, le docteur Henri Grenet, médecin de l'hôpital Bretonneau, et à son petit-fils, M. Pierre Grenet, interne des hôpitaux, l'expression de notre bien affectueuse sympathie.

— On annonce la mort de M. Piatt Andrew, député au Congrès de Washington, ancien sous-secrétaire d'Etat, décédé à l'âge de 63 ans. Piatt Andrew avait organisé en 1914 le corps des ambulances américaines avec 2.000 volontaires. Ceux qui l'ont vu à l'œuvre gardent un souvenir ému de cet ami des mauvais jours et de ses jeunes camarades dont le dévouement et le courage firent si souvent notre admiration.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PUBLICITÉ MÉDICALE

Il est réconfortant, lorsque tous les groupements médicaux et même certains organes de la grande presse s'inquiètent à juste titre de l'envahissement d'une publicité de mauvais aloi, de voir qu'un ministre avisé s'efforce de mettre un frein à des pratiques aussi éminemment condamnables, et cela tant au point de vue médical qu'à celui de la Santé publique. Ce ministre de l'Education nationale a donc adressé aux recteurs une circulaire ainsi conçue :

« Mon attention a été attirée sur la facilité avec laquelle des professeurs des Facultés de médecine, cédant aux sollicitations des maisons intéressées leur délivrent, pour être publiées dans la Presse, des attestations en faveur de leurs produits et spécialités pharmaceutiques, en ajoutant même parfois à leur signature leurs titres universitaires.

Je ne puis pas tolérer que des professeurs de l'Université couvrent de l'autorité attachée à leur nom et à leur qualité une publicité à but purement commercial. Je prie donc Messieurs les Recteurs de bien vouloir inviter les professeurs des Facultés de médecine à s'abstenir absolument de donner de telles attestations ; ils sont libres, s'ils croient que certains produits méritent de retenir leur attention, d'en faire part dans les Sociétés scientifiques, en prenant la responsabilité de leurs déclarations.

Rome, 15 janvier 1936, XIV, n. 323.

Le Ministre :

DE VECCHI DI VAL CISMON. »

Malheureusement, comme on voit, ce ministre avisé est un ministre italien, et nous ne pouvons que souhaiter que sa voie soit suivie chez nous et que son collègue français prenne l'initiative de mesures législatives qui suppriment toute publicité charlatanesque.

A. HERPIN.

LE SERVICE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Un décret en date du 29 mai (*J. O.*, 5 juin 1936) adapte le statut militaire à la période dite des années creuses (1936-1940). Voici l'article 8 concernant les étudiants en médecine :

Art. 8. — Bénéficiaires de l'article 37 de la loi de recrutement. — Les jeunes gens visés à l'article 37 de la loi de recrutement (étudiants en médecine, en pharmacie et en chirurgie dentaire) accompliront leur service dans les conditions indiquées ci-après :

Les candidats premiers classés de la catégorie *a*) sont nommés dans l'ordre du classement et jusqu'à concurrence du nombre de places fixé annuellement par le ministre, médecins, pharmaciens ou dentistes auxiliaires ; après avoir servi six mois en cette qualité, ils sont nommés médecins, pharmaciens ou dentistes sous-lieutenants de réserve.

Les candidats de la catégorie *a*) immédiatement classés après les précédents, et les candidats de la catégorie *b*) qui ont obtenu une moyenne égale ou supérieure à celle fixée, sont nommés médecins, pharmaciens ou dentistes auxiliaires.

Enfin, un certain nombre de médecins, pharmaciens ou dentistes auxiliaires provenant de la catégorie *a*) pourront, après dix-sept mois de services, être nommés, dans la proportion fixée par le ministre de la Guerre, médecins, pharmaciens ou dentistes sous-lieutenants de réserve, afin d'achever en cette qualité leurs obligations d'activité.

Les E. O. R. du service de santé des catégories *a*) et *b*) qui n'auraient pas obtenu, à l'examen de sortie du peloton d'instruction, la moyenne des points fixée par le ministre dans les conditions indiquées ci-dessus, achèveront leur service actif, comme infirmiers, dans un corps de troupe ou dans un hôpital militaire, où ils recevront, sous la surveillance directe du médecin-chef de service ou du médecin-chef, une instruction pratique sur les diverses obligations d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un dentiste militaire.

LES CUTIRÉACTIONS A LA TUBERCULINE
CHEZ LES ENFANTS DE LA NAISSANCE A 6 ANS
soignés à la « Clinique médicale des Enfants » [1]

Par le professeur P. NOBÉCOURT,
Membre de l'Académie de médecine.

Dans ma leçon du 14 mars, j'ai étudié les *cutiréactions à la tuberculine chez les enfants de* 6 *à* 15 *ans*, soignés à la *Clinique médicale des enfants* (2). Dans *La Presse médicale* du 15 avril, j'ai, avec M. Briskas, précisé les modalités des *cutiréactions à la tuberculine chez les enfants de* 10 *à* 15 *ans*.

Aujourd'hui, je vais m'occuper des *enfants de la naissance à* 6 *ans*.

La statistique que j'ai établie avec M. Briskas porte sur les enfants entrés dans les salles de médecine générale du 1er janvier 1921 au 31 décembre 1935, c'est-à-dire pendant quinze années. Elle ne comprend pas les enfants âgés de 6 ans révolus, qui sont dans la statistique précédente.

Le nombre des enfants soumis à la cutiréaction est de 9.409.

***

Pour donner un aperçu général de la *progression des C.R. positives de la naissance à* 6 *ans*, voici, pour les *garçons* et les *filles réunis*, les constatations faites pendant la première, la deuxième et la sixième années.

Pour la première et la deuxième années, je déduis du nombre d'enfants et du nombre des C.R. positives, les enfants qui ont des C.R. positives après avoir reçu du B.C.G. ; il y en a 22 dans la première année, 4 dans la deuxième.

Après cette déduction, nous trouvons les données suivantes que je présente sous forme de tableau. On y lit le nombre d'enfants soumis à l'épreuve de la C.R., le nombre des C.R. positives total et pour 100.

	Nombre d'enfants.	Nombre des CR + Total.	%
1re année	5.330	229	4,2
2e année	1.247	146	11,7
6e année	542	189	34,8

Somme toute :

Dans la première année, sur 100 enfants, 4,2 ont des C.R. positives ;

Dans la deuxième année, sur 100 enfants, 11,7 ont des C.R. positives ;

Dans la sixième année, sur 100 enfants, 34,8 ont des C.R. positives.

Suivons la progression des C.R. positives, chez les garçons et les filles réunis, par *mois d'âge* pendant la première année, par *semestre d'âge* pendant la deuxième, par *année d'âge* de 2 à 6 ans.

Je donne le nombre des C.R. positives pour 100 enfants de chaque âge.

Pour la *première* année, on peut distinguer quatre phases :

1re phase, de la naissance à 3 mois :

1er mois	1 pour 100
2e mois	0,3 —
3e mois	0,5 —

La moyenne, pour les trois mois, est 0,4.

2e phase, de 3 à 7 mois :

4e mois	3,5 pour 100
5e mois	4,7 —
6e mois	5,0 —
7e mois	4,2 —

La moyenne, pour les quatre mois, est 4,2 %.

3e phase, de 7 à 11 mois :

8e mois	7,4 pour 100
9e mois	5,4 —
10e mois	7,7 —
11e mois	7,2 —

La moyenne, pour les quatre mois, est de 7,3 %.

4e phase :

12e mois	9,9 pour 100

Pendant la *deuxième année*, on trouve :

12 à 17 mois	10,3 pour 100
18 à 24 mois	13,6 —

A *partir de 2 ans*, on relève :

Troisième année	22,9 pour 100
Quatrième année	30,2 —
Cinquième année	34,7 —
Sixième année	34,8 —

Les statistiques précédentes établissent que, pour 100 enfants d'un âge donné, le nombre de ceux qui ont des C.R. positives :

1° Est très faible de la naissance à 3 mois ;

2° Après 3 mois, augmente graduellement, mais d'une façon irrégulière.

L'augmentation des pourcentages est de :

9,5 du premier trimestre au douzième mois;
3,7 du douzième mois au deuxième semestre de la deuxième année;
9,3 du deuxième semestre de la deuxième année à la troisième année.

Elle est, au total, de 22,5 du premier trimestre de la première année à la troisième année.

Ensuite, elle est de :

7,3 de la troisième à la quatrième année;
4,5 de la quatrième à la cinquième année;
0,1 de la cinquième à la sixième année.

Au total, elle est de 11,9, de la troisième à la sixième année.

Somme toute, pendant la sixième année :

Sur 100 enfants, garçons et filles, 34 ont des C.R. positives ;

Sur ces 34 C.R. positives, 22 ont été acquises avant 3 ans, 12 après 3 ans.

L'apparition d'une C.R. positive témoigne de l'installation d'un état d'allergie due à la colonisation des bacilles tuberculeux en un point de l'organisme.

Cet état d'allergie s'installe approximativement six à huit semaines après la pénétration des bacilles de Koch dans l'organisme.

(1) *Clinique médicale des Enfants*, leçon du 2 mai 1936.
(2) *Gaz. des hôpit*, n° 37, 6 mai 1936.

En tenant compte de tous ces faits, on peut admettre les conclusions suivantes :

1° Très peu d'enfants sont tuberculeux avant 3 mois, ce qui témoigne de la rareté de la tuberculose congénitale ; toutefois 1 pour 100 des enfants de moins d'un mois a des C.R. positives.

2° La tuberculose s'installe surtout avant 3 ans, moins fréquemment de 3 à 6 ans.

Pour expliquer ces faits, on peut avancer deux hypothèses.

D'après la première, les enfants sont exposés à des sources plus nombreuses et plus dangereuses de contagion avant qu'après 3 ans ; on sait l'importance de la contagion familiale.

D'après la seconde, les enfants sont plus aptes à contracter l'infection par le bacille de Koch avant qu'après 3 ans ; le bacille pénètre et colonise plus facilement dans l'organisme avant qu'après 3 ans.

Il est probable que les deux facteurs interviennent. Mais je ne veux pas étudier ce problème aujourd'hui.

Je vais maintenant étudier les C.R. positives séparément chez les GARÇONS et les FILLES.

Pour 100 *garçons* et *pour* 100 *filles de chaque âge, le nombre des cutiréactions positives* est :

	Garçons.	Filles.
Première année	4,1	4,5
Deuxième année	9,7	14,8
Troisième année	20,1	26,5
Quatrième année	31,1	29,1
Cinquième année	33,8	35,8
Sixième année	32,3	38,8

Pendant la quatrième année seulement, le pourcentage des C.R. positives est un peu plus faible chez les filles que chez les garçons ; la différence est de 2.

Pendant les autres années, au contraire, le pourcentage est plus fort chez les filles que chez les garçons. Dans la première année, l'écart (0,4) est insignifiant. Dans les autres années, il est notable ; il est, en faveur des filles, de :

5,1 dans la deuxième année,
6 4 dans la troisième année,
2 dans la cinquième année,
6,5 dans la sixième année.

D'autre part, *pour l'ensemble des enfants soumis à la C.R.*, le nombre des C.R. positives est le suivant :

	Nombre d'enfants.	Nombre des CR positives Total.	%
Première année :			
Garçons et filles	5.330	229	4,2
Garçons	2.966	122	4,1
Filles	2.364	107	4,5
De 1 à 6 ans :			
Garçons et filles	4.049	979	24,1
Garçons	2.359	529	22,4
Filles	1.690	450	26,6

Ce tableau, comme le précédent, établit que le *pourcentage des C.R. positives, avant* 1 *an*, est le même dans les deux sexes ; *après* 1 *an*, est plus élevé chez les filles que chez les garçons. L'écart en faveur des filles est de 4,2.

***

Il nous faut maintenant interpréter les CUTIRÉACTIONS POSITIVES.

Elles témoignent de l'existence de *lésions tuberculeuses*. Celles-ci peuvent être soit *en activité*, soit *inactives*. J'ai défini ces deux modalités dans ma leçon précédente.

Envisageons les TUBERCULOSES EN ACTIVITÉ.

Quand celles-ci existent, les C.R. sont généralement positives. Dans un certain nombre de cas, les C.R. sont négatives, du fait d'un état d'anergie.

L'anergie chez les enfants tuberculeux n'est pas rare. Nous trouvons, sur 100 tuberculeux d'un âge donné :

Première année	8,0 CR négatives
Deuxième année	18,8 —
De 2 à 6 ans	11,2 —

Dans les statistiques suivantes, je réunis tous les enfants, *garçons et filles*, atteints de *tuberculose en activité*, que leurs C.R. soient positives ou négatives.

De même, je rapporte le nombre des tuberculeux en activité au nombre total des enfants, soit 9.409, ayant reçu ou non du B.C.G.

Voici, pour 100 enfants de chaque âge soumis à l'épreuve de la C.R., le nombre des tuberculoses actives :

Première année	4,6
Deuxième année	8,8
Troisième année	10,7
Quatrième année	8,6
Cinquième année	10,9
Sixième année	11,2

Il convient de préciser les pourcentages *pendant le cours des deux premières années*.

Pour 100 enfants de chaque âge, on trouve les nombres suivants :

1er au 3e mois	0,8
4e au 6e mois	4,4
7e au 11e mois	6,6
12e mois	10,3
13e au 18e mois	9,1
19e au 24e mois	8,4

Les deux statistiques précédentes établissent que, *pour* 100 *enfants du même âge, le nombre des tuberculeux en activité :*

Est très faible (0,8) dans les trois premiers mois ;

Augmente notablement du quatrième mois au sixième mois (4,4) et au douzième mois (10,3) ;

Augmente peu du douzième mois jusqu'à la sixième année (11,2), et, pendant cette période, présente un fléchissement dans la deuxième (8,8) et la quatrième (8,6) années.

Envisageons maintenant séparément les *garçons* et les *filles*.

Pour 100 garçons et pour 100 filles de même âge, les nombres des tuberculoses actives sont respectivement :

	Garçons.	Filles.
Première année	4,3	4,9
Deuxième année	6,6	12,2
Troisième année	9,9	11,6
Quatrième année	9,2	7,9
Cinquième année	10,1	12,5
Sixième année	11,0	11,6

Dans la quatrième année, le pourcentage des tuberculoses actives est un peu plus faible chez les filles que chez les garçons ; la différence est de 1,3.

Dans toutes les autres années, le pourcentage est, au contraire, plus fort chez les filles que chez les garçons. L'écart est très faible (0,6) dans la première année ; il est peu marqué dans la troisième (1,7) et la cinquième (2,4) années ; il atteint son maximum (5,6) dans la deuxième année.

D'autre part, de 1 à 6 ans, on compte, pour la *totalité des garçons et des filles :*

	Nombre d'enfants.	Nombre de tuberculoses actives. Total.	%
Garçons	2.360	215	9,1
Filles	1.693	190	11,2

Pendant cette période de l'existence, les filles présentent des tuberculoses actives un peu plus souvent que les garçons ; l'excès est de 2 % ; il est faible, mais notable.

De 1 à 6 ans, les *filles présentent une prédisposition à contracter l'infection tuberculeuse,* comme en témoigne le pourcentage plus élevé des C.R. positives, et à *avoir des tuberculoses en activité.*

La différence entre les sexes se poursuit de 6 à 15 ans, comme je l'ai montré dans ma précédente leçon.

Les C.R. positives donnent, pendant la septième année, un pourcentage plus fort chez les filles que chez les garçons et l'écart est de 5,4 ; pendant les années suivantes, les écarts varient ; finalement, pendant la quinzième année, les pourcentages sont à peu près semblables, 72,4 pour les garçons, 73,4 pour les filles.

Les tuberculoses en activité donnent un pourcentage plus élevé chez les filles que chez les garçons ; pendant la quinzième année, il est de 16,6 pour les garçons, de 25,6 pour les filles.

***

Passons aux TUBERCULOSES INACTIVES.

On obtient leur nombre en soustrayant du nombre des enfants à C.R. positives le nombre des tuberculeux actifs à C.R. positives. Pour les deux premières années, il faut tenir compte des réductions apportées par les C.R. positives attribuables au B.C.G.

Voici, pour 100 enfants, *garçons* et *filles réunis,* de *chaque âge, le nombre des C.R. positives liées à des tuberculoses inactives :*

Première année	0,0
Deuxième année	3,7
Troisième année	13,4
Quatrième année	22,5
Cinquième année	24,4
Sixième année	24,7

Ce tableau établit les faits suivants :

Dans la première année, il n'y a pas de tuberculose inactive.

Dans la deuxième année, le pourcentage des tuberculoses inactives est très faible (3,7).

Dans la troisième (13,4) et la quatrième (22,5) années, les pourcentages des tuberculoses inactives augmentent rapidement.

Dans la cinquième année, le pourcentage (24,4) augmente peu ; dans la sixième (24,7), il n'augmente pas.

De la deuxième à la sixième année, le pourcentage des tuberculoses inactives augmente de 21. Du douzième mois, où il est de 10,3, à la sixième année, où il est de 11,2, le pourcentage des tuberculoses actives augmente seulement de 0,9.

Le rapport du pourcentage des tuberculoses actives au pourcentage des C.R. positives liées aux tuberculoses inactives est :

Deuxième année	2,3
Troisième année	0,7
Quatrième année	0,3
Cinquième année	0,4
Sixième année	0,4

Ces rapports établissent que :

Dans la deuxième année, les tuberculoses actives sont plus nombreuses que les tuberculoses inactives ;

A partir de la troisième année, les tuberculoses inactives sont plus nombreuses que les tuberculoses actives ;

A partir de la quatrième année, les rapports des tuberculoses actives aux tuberculoses inactives restent constants.

Envisageons maintenant les tuberculoses inactives chez les *garçons* et les *filles* séparément.

Voici, *pour* 100 *garçons* et *pour* 100 *filles* de chaque âge, le *nombre de tuberculoses inactives :*

	Garçons.	Filles.
Première année	0	0
Deuxième année	3,4	4,3
Troisième année	12,1	15,1
Quatrième année	22,5	22,4
Cinquième année	24,0	25,0
Sixième année	22,9	27,2

Dans la quatrième année, le pourcentage des tuberculoses inactives est le même pour les deux sexes.

Dans les autres années, il est plus fort chez les filles que chez les garçons. L'écart est faible dans la deuxième (0,9) et la cinquième (1) années, plus important dans la troisième (3,0) et la sixième (4,3) années.

Les *rapports du pourcentage* des *tuberculoses actives* et *du pourcentage* des *tuberculoses inactives* sont les suivants :

	Garçons.	Filles.
Deuxième année	1,9	2,8
Troisième année	0,8	0,7
Quatrième année	0,4	0,3
Cinquième année	0,4	0,5
Sixième année	0,4	0,4

Dans la deuxième année, le rapport est un peu plus fort chez les filles que chez les garçons ; il y a donc une tendance plus marquée chez les premières que chez les secondes à la prédominance des tuberculoses actives.

Dans les autres années, il n'y a pas de différence appréciable.

Les statistiques relatives aux C.R. à la tuberculine chez les enfants de la naissance à 6 ans conduisent à plusieurs CONCLUSIONS.

1° Les *C.R. positives* sont très rares avant 3 mois ; à partir du quatrième mois, elles augmentent de fréquence ; dans la sixième année, elles se rencontrent chez 34 pour 100 des enfants soignés à l'hôpital ; leur

nombre augmente davantage avant 3 ans qu'après 3 ans ; dans la troisième année, elles existent déjà chez 22 pour 100 des enfants.

Ces faits enseignent que l'infection tuberculeuse est très rarement congénitale ; que, dans la très grande majorité des cas, elle est acquise après la naissance ; qu'elle est réalisée plus souvent chez les enfants de moins de 3 ans que chez les enfants de 3 à 6 ans.

2° Les *tuberculoses en activité* ne s'accompagnent pas toutes de C.R. positives, car l'anergie tuberculinique est assez fréquente. Elles sont très rares avant 3 mois ; à partir du quatrième mois, elles augmentent rapidement de fréquence jusqu'au douzième mois (10,3 pour 100 enfants), puis augmentent peu jusqu'à la sixième année (11,2 pour 100 enfants).

Les *tuberculoses inactives*, que révèlent des C.R. positives, n'existent pas dans la première année, sont rares dans la deuxième, puis augmentent rapidement de fréquence dans la troisième et la quatrième années (22,5 pour 100 enfants) ; elles augmentent peu pendant la cinquième année (24,4 pour 100 enfants) et n'augmentent pas pendant la sixième.

Tandis que, à partir de la troisième année, le nombre des tuberculoses inactives s'accroît beaucoup, celui des tuberculoses en activité augmente peu. Avant 2 ans, il y a plus de tuberculeux en activité que de tuberculeux inactifs. A partir de 2 ans, le rapport devient inverse ; à partir de la quatrième année, la proportion des tuberculeux en activité et des tuberculeux inactifs se stabilise.

Ces faits enseignent qu'avant 2 ans les enfants sont très sensibles au bacille de Koch ; qu'après 2 ans, ils deviennent plus résistants ; qu'à partir de la quatrième année leur résistance n'augmente pas.

3° D'une façon générale, pour 100 enfants de chaque sexe, les nombres des C.R. positives, des tuberculoses actives et des tuberculoses inactives sont *plus forts pour les filles que pour les garçons.*

Les filles donc contractent l'infection tuberculeuse plus souvent que les garçons et ont plus souvent qu'eux des tuberculoses en activité. Toutefois, le rapport des tuberculoses en activité aux tuberculoses inactives est, sauf dans la deuxième année, où il est plus élevé chez les filles que chez les garçons, sensiblement le même pour les deux sexes.

Je signale ces faits sans en donner l'explication.

Pour terminer cette étude des C.R. chez les enfants de la naissance à 6 ans, il serait intéressant de comparer les faits avec ceux observés chez les enfants de 6 à 15 ans. Je ne puis entreprendre aujourd'hui cette comparaison.

Voici seulement, sous forme de tableau, les *constatations faites*, pour les *garçons et les filles réunis*, dans *la sixième* et la *quinzième années.*

	6e année.	15e année.
CR positives	34,8 %	72,9 %
Tuberculoses actives	11,2 %	21,1 %
— inactives	24,7 %	52 %
Rapport des tuberculoses actives aux tuberculoses inactives	0,4	0,4

Ce tableau établit que, dans la quinzième année, les pourcentages des C.R. positives, des tuberculoses actives et des tuberculoses inactives sont approximativement le double de ceux de la sixième année.

A partir de 6 ans, l'infection tuberculeuse continue de s'effectuer, les tuberculoses en activité deviennent plus nombreuses. Mais, constatation qui me paraît présenter un intérêt particulier, le rapport des tuberculoses en activité aux tuberculoses inactives est le même dans la quinzième année que dans la cinquième et la sixième années. Il semble que, quel que soit l'âge, chez les enfants infectés par le bacille de Koch, la proportion des enfants atteints de tuberculoses en activité reste constante.

Je m'excuse de vous avoir entretenu d'un sujet aussi aride que cette étude statistique. Mais je pense que les enseignements que comporte cette étude méritaient de retenir votre attention.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 MAI 1936)

Le rôle de l'acide ascorbique. — M. André BADINAND expose ses recherches sur les modifications du rôle de l'acide ascorbique comme activateur de la catepsine hépatique, sous l'influence des métaux ajoutés, soit sous forme ionisable, soit faisant partie de complexes dérivés de la vitamine C.

Pluralité des zones de floculation et de gélification sérique. — Mlle Irène KOPACZEWSKA et M. W. KOPACZEWSKI. L'action de l'acide chlorhydrique et de la soude caustique sur du sérum humain, présumé normal, se traduit par l'apparition de cinq zones de floculation entre lesquelles s'intercalent cinq zones de gélification.

Pleurésie sérofibrineuse expérimentale par inoculation intra-péritonéale de bacilles tuberculeux bovins du type dysgonique lisse. — MM. Alfred BOQUET et Roger LAPORTE.

Sur la signification du rapport : albumine/globuline, dans le sérum humain normal et pathologique. — Mme André ROCHE et MM. Marcel DORIER et Louis SAMUEL.

(SÉANCE DU 25 MAI 1936)

Tuberculose et stéarate d'éthyle. — MM. NÈGRE, BERTHELOT et BRETEY signalent l'action frénatrice qu'exercent sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye des injections sous-cutanées de stéarate d'éthyle. Ce produit semble favoriser un processus de sclérose.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre de la section de médecine et de chirurgie en remplacement de Charles Richet. Au premier tour de scrutin, M. P. Portier est élu par 31 voix contre 15 à M. C. Regaud, 6 à M. A. Mayer et 1 à M. Piéron.

M. Portier, professeur de physiologie comparée à la Faculté des Sciences, fut le collaborateur de Charles Richet dans la découverte du phénomène de l'anaphylaxie. Il est membre de l'Académie de médecine depuis 1929.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1936)

Pouvoir dynamique spécifique des protéines dans des types d'obésité. — M. Et. MAY. Exposé des recherches faites sur le pouvoir dynamique, spécifique des protéines. L'auteur a trouvé dans l'obésité d'origine alimentaire un pouvoir dynamique spécifique voisin de la normale, tandis que dans les obésités liées à des modifications de la sphère génitale ce pouvoir est abaissé, mais il y a de nombreuses discordances. Il en résulte qu'on ne peut s'appuyer sur les résultats pour nier ou affirmer l'origine hypophysaire d'une obésité.

Eréthisme cardiaque des adolescents. Expression clinique d'une sténose congénitale de l'artère pulmonaire. — M. R. BÉNARD. Recherches longtemps poursuivies de l'éréthisme cardiaque des adolescents. Syndrome clinique. Energie des battements, souffle systolique pulmonaire, vagotonie, association fréquente avec malformations congénitales. Formes cliniques. Forme fruste, demeurant une découverte d'auscultation ; forme inadaptée comprenant le type palpitant et le type dyspnéique ; forme décompensée, exceptionnelle. Tous les signes appartiennent aussi bien au tableau de la sténose de l'artère pulmonaire qu'à celui de l'éréthisme. L'auteur étudiant la portée médico-sociale de ces faits, estime que des médecins influencés par le souffle cardiaque, ont pu entraver des carrières choisies par des sujets qui y eussent été parfaitement aptes.

Syndrome voisin de la maladie familiale de Laurence Moon Bardet. — MM. Ludo VAN BOGAERT et DELHAYE. Garçon de 12 ans, porteur d'un syndrome complexe caractérisé par un colobome bilatéral, une obésité hypophysaire avec aplasie génitale, développement anormal de la taille et cyphose, bradydactylie symétrique du pouce, de l'index et du petit doigt, arriération psychique grave, troubles de la régulation de l'eau, des hydrates de carbone et des lipides. Ce syndrome familial se rapproche de la maladie de Laurence Moon Bardet.

Acromicrie : obésité et insuffisance génitale. — MM. CARNOT et COCHERAT. Nanisme sans infantilisme avec troubles remarquables du développement des extrémités des membres constituant une véritable acromicrie contrastant avec le volume normal de la tête et du tronc. A ces troubles se sont ajoutés des troubles génitaux caractérisés par une aménorrhée et une obésité hypophysaire. Ce cas est un bel exemple de dissociation physiopathologique avec atteinte échelonnée de fonctions ante-hypophysaires. Métabolisme de base, glycémie, tension artérielle abaissés. Traitement par injections d'extrait de lobe antérieur d'hypophyse et retour rapide des menstruations normales ; ni l'obésité ni la croissance n'ont été modifiées.

Le Dr DECOURT a observé un cas semblable avec, à l'origine, une lésion ovarienne.

Enchondromes multiples des membres inférieurs. — MM. SÉZARY et FACQUET. Une observation d'enchondromes multiples localisés aux membres inférieurs et respectant le reste du squelette. Tumeurs presque toutes décelées par la radio qui montre soit des taches foncées arrondies, soit des plages. La biopsie a établi le diagnostic avec certitude, et n'a déterminé aucune poussée évolutive.

Intolérance au rubiazol. — MM. SÉZARY et FRIEDMANN. Chez un malade traité par des comprimés de rubiazol, apparition de crises nitritoïdes typiques très intenses, survenant une demi-heure après l'ingestion du produit, et s'accompagnant de malaises, de céphalée, de picotements cutanés et suivies d'une élévation thermique. Les auteurs ont constaté par les tests cutanés, que la peau n'avait aucune intolérance, que le système lymphatique avait des réactions normales et qu'il n'y avait aucun anticorps allergique.

Faibles doses dans le traitement radiothérapique de certaines algies. — MM. COSTE, RONNEAUX, DESGREZ et FAUVET, dans la radiothérapie des névralgies, ont recours à de faibles irradiations. Résultats satisfaisants dans plus de la moitié des cas sans empêcher de recourir à des doses plus fortes, s'il y a indication.

M. HAGUENAU demeure partisan des grosses doses, car, chez nombre de malades, les petites doses ne suffisent pas.

Injections intradermiques d'histamine dans le traitement de la douleur et de la contracture au cours des rhumatismes. — MM. WEISSENBACH et PERLES. Bons résultats de cette méthode au cours des variétés de rhumatismes chroniques : coxarthries, lombarthries, sciatiques, péri-arthrites, lumbagos, torticolis.

M. COSTE, qui vante également cette méthode, l'a employée sous forme d'ionisation. Mais il convient au cours du traitement de surveiller la tension artérielle.

Abcès putride du poumon avec bacilles de Koch. Guérison rapide par drainage simple. — MM. BARBIER et VIALLIER (Lyon). Observation d'un gros abcès putride du poumon droit qui présentait par ponction une quantité énorme de bacilles de Koch. Opéré *in extremis* par simple cortotomie et mise d'un drain, il guérit avec disparition des bacilles. C'est donc un cas où le bacille de Koch ne produit aucune de ses manifestations habituelles.

Sclérose en plaques de caractère familial. — M. LEDOUX. Observation de 3 frères et sœurs porteurs d'une affection identique du système nerveux ayant évolué par poussées successives, caractérisées par céphalée avec vertiges, diplopie par paralysie de la musculature externe oculaire et par des troubles de la motilité ayant abouti dans deux cas à une paraplégie spasmodique avec Babinski bilatéral. Dans deux cas, on note du nystagmus et une abolition du réflexe cutané abdominal.

(SÉANCE DU 1er MAI 1936)

Hépato-néphrite aiguë post-abortive terminée par guérison. — MM. PARAF, CHATRONET et DUPERRAT. Jeune femme : fausse couche par manœuvres abortives. Apparition d'un ictère fugace, puis d'une néphrite aiguë hyperazotémique avec anémie intense, hypochlorémie et baisse de la réserve alcaline. La guérison fut obtenue à la suite d'injections et d'ingestion de chlorure de sodium, de bicarbonate de soude et de transfusion de sang. L'hémoculture demeura négative ; l'examen urinaire démontra plusieurs fois l'existence du B. coli.

Splénomégalie myéloïde mégacaryocitaire diagnostiquée cliniquement par la ponction splénique. — MM. E. WEIL, ISCH-WALL, PERLÈS et SCEMANEC. Malade atteint de splénomégalie depuis 3 ans. La ponction splénique permit de constater essentiellement une érythroblastose intense avec présence de nombreux mégacamocytes. Le traitement par les rayons X fit cesser la réaction myéloïde, mais non l'érythroblastose. La splénectomie fut pratiquée au bout d'un an. La rate pesait 2 kgr. Elle apparut formée de plages érythroblastiques et de zones mégacaryocytaires. Des ponctions sternales mirent en évidence l'absence de toute participation médullaire. C'est la première fois qu'une splénomégalie de cette variété est cliniquement diagnostiquée. C'est un type clinique assez fréquent, dont l'auteur a rencontré deux autres cas.

Modifications électrocardiographiques chez un enfant atteint de maladie de Friedrich et chez son père. — MM. DEBRÉ, MARIE, SOULIÉ et DE FONT-RÉAULX. Electrocardiogrammes d'un enfant atteint de maladie de Friedrich et du père de cet enfant. Les deux tracés sont intéressants ; celui de l'enfant réalisant le tracé coronarien, celui du père se rapprochant du même type. Le père est atteint de forme fruste de la maladie de Friedrich (pied creux et cyphose).

Pour le professeur Laubry, il n'y a pas d'électrocardiogramme pathognomonique de la coronarite. Il est probable que les modifications de l'électrocardiogramme de ces sujets sont de nature nerveuse.

Le docteur LIAN estime également que les altérations de l'électrocardiogramme données comme caractéristiques de la coronarite, ne sont pas pathognomoniques.

M. MOLLARET pense que dans la maladie de Friedrich, il existe d'abord des accidents cardiaques avec troubles du rythme et modification de l'électrocardiogramme qui font partie du syndrome bulbaire et sont de pronostic grave ; et des altérations isolées, sans troubles de la circulation coronarienne, sans doute de nature nerveuse végétative.

Remarques sur quelques cas d'atériographie pulmonaire chez l'homme vivant. — MM. AMEUILLE, RONNEAUX, HINAULT, DESGREZ et LEMOINE. Etude de l'artériographie pulmonaire dans les maladies du poumon, dans l'exploration du médiastin et de la circulation pulmonaire.

La technique consiste à introduire une sonde urétérale opaque sous contrôle radioscopique, par une veine du pli du coude, jusqu'à l'oreillette droite, à injecter 8 à 10 cc. d'une solution d'iodure de sodium à 120 p. 100 et à prendre une radiographie. On obtient un dessin de tout le tracé artériel pulmonaire. Or, dans les régions pulmonaires atteintes de tuberculose, les vaisseaux sont peu visibles et parfois la circulation y paraît nulle. (C'est le cas des abcès pulmonaires.) Si bronchiectasies, images toujours floues. Dans le poumon comprimé par le pneumothorax, la circulation pulmonaire est diminuée et ralentie. Il faut signaler que l'angiopneumographie n'a jamais occasionné d'accidents. Ce sont ces accidents toujours imprévisibles qui ont fait hésiter MM. Laubry, Justin-Besançon à pratiquer la méthode sur le vivant.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1936)

Greffes ovariennes. — M. FEREY (Saint-Malo) a fait 400 hystérectomies avec conservation d'un ou des deux ovaires ; il a eu à réintervenir une seule fois, mais insiste sur la nécessité de conserver scrupuleusement le pédicule ovarien.

Avantages de la voie sous-scapulaire dans les thoracectomies paravertébrales. — M. FRUCHAUD (Angers), après avoir partiellement coupé le trapèze et mis en place un écarteur autostatique de sa conception, obtient une très grande facilité opératoire.

Invagination intestinale. — M. FRUCHAUD, sur huit cas, en a guéri deux par le seul lavement et les six autres par lavement et intervention. Il insiste sur la nécessité d'intervenir sans attendre l'apparition de l'hémorragie intestinale.

Tumeur bénigne du poumon. — M. ROUX-BERGER a enlevé une volumineuse tumeur du lobe inférieur du poumon droit révélée par radio et adhérente au diaphragme et au péricarde. Les suites opératoires furent seulement compliquées par l'apparition d'un petit hémothorax et d'une fistule broncho-pleurale passagère. Histologiquement, il s'agissait d'un mélange de tissu collagène et de tissu épithélial ; la pathogénie est inconnue.

Résection abdominale du cancer recto-sigmoïdien par l'opération d'Hartmann. — M. PICOT rapporte un travail de M. Hedjuk (Brno), qui montre les avantages de cette technique ; l'auteur préfère le rétablissement secondaire de la continuité ; il insiste sur l'allongement secondaire du côlon et précise qu'il fait une anastomose latéro-latérale.

Greffes ovariennes. — MM. MOURE et BARRAYA ont réalisé 46 greffes d'ovaire dans la grande lèvre ; 4 seulement ont été résorbées. Parmi les autres, 9 ont présenté les poussées congestives classiquement décrites ; la plupart des opérées ont été plus ou moins régulièrement réglées, mais toutes ont bénéficié de la greffe. Il est à noter que 22 malades ont présenté des troubles jusqu'à la mise en route du greffon. La durée d'activité des greffons ne paraît pas excéder 30 mois ; les plus mauvais résultats sont donnés par les ovaires sains de fibromateuses et, toutes choses égales d'ailleurs, les ovaires de femmes jeunes sont les meilleurs.

M. MOURE estime que la greffe est utile, sans qu'il faille d'ailleurs se faire trop d'illusion sur ses effets.

M. ROUX-BERGER préfère enlever toujours trompes et ovaires.

MM. BAUMGARTNER et FREDET, au contraire, les laissent dans les hystérectomies pour fibrome.

Spina bifida cervical chez l'adulte sans signes nerveux. — M. PETIT-DUTAILLIS rapporte une observation de M. Funck-Brentano. Il s'agissait d'une petite tumeur cervicale congénitale, durcissant à l'effort, et située à la nuque, sur la ligne médiane. A la radio, on constate une fusion des 5e et 6e vertèbres cervicales, sans le moindre rachisschisis. L'intervention permet l'ablation très simple d'un kyste dont le pédicule disparaît entre deux lames. Histologiquement, il s'agit d'un kyste de type épendymaire, et le rapporteur estime qu'il s'agit d'une myélocystocèle et non d'un méningocèle ; la guérison est parfaite.

M. LEVEUF regrette qu'on n'ait pu faire un lipiodol intrakystique et que la dure-mère n'ait pas été ouverte.

Tératome exogastrique. — M. BASSET rapporte une observation de M. Polony (Belfort), qui a pratiqué l'ablation d'une volumineuse tumeur inflammatoire refoulant l'estomac et implantée sur lui par un mince pédicule. Guérison parfaite.

(SÉANCE DU 6 MAI 1936)

M. GOSSET présente un travail de M. Léon BINET sur la physiologie chirurgicale.

A propos de la conservation des ovaires. — M. FREDET n'a obtenu que des avantages de la conservation des ovaires dans les kystes de l'ovaire et les fibromes, il estime que les échecs proviennent soit de ligatures mal placées, soit d'anomalies vasculaires ; il donne à l'appui de fort beaux schémas.

A propos de la lobectomie. — M. R. MONOD, après avoir déploré qu'on ne voit encore en France que des malades trop longtemps traités par des moyens médicaux, et se trouvant, de ce fait, dans des conditions opératoires déplorables, étudie les avantages respectifs de la lobectomie en un et en deux temps.

L'intervention en un temps présente le grave danger d'infection pleurale, celle-ci se faisant par les bronches, au niveau des adhérences, à la chute de l'escarre due au tourniquet.

Le gros reproche que l'on fait à l'intervention en deux temps, plus sûre, est d'obliger à réintervenir au milieu d'adhérences et de rendre ainsi souvent l'intervention moins complète.

Il faut en somme considérer l'opération en deux temps comme une intervention de sécurité réservée aux malades vieux, fatigués, ou infectés.

M. MONOD termine par la présentation de belles radiographies et d'une pièce de lobectomie.

M. MAURER confirme la communication de M. Monod.

Résultats éloignés de l'arthrodèse de la hanche chez l'enfant. — MM. RICHARD et GRAFFIN ont opéré et suivi 62 enfants greffés soit par greffe tibiale, soit par greffe en pont-levis. Ils ont obtenu :

70 % d'ankyloses par une seule opération ;
18 % après une retouche ;
12 % de déchet, dont trois échecs complets.
14 pseudarthroses du greffon et une seule action défavorable sur la coxalgie. L'opération vise à hâter l'évolution, et l'ankylose, et à maintenir la bonne position. A ce propos, l'auteur insiste sur la tendance invincible à l'adduction, et fait maintenant la neurotomie complémentaire du nerf obturateur.

Il répond à M. Roux-Berger, en précisant les indications opératoires.

Asystolie basedowienne traitée par thyroïdectomie extra-capsulaire en deux temps. — M. PETIT-DUTAILLIS rapporte une belle observation de MM. Mallet, Guy, Croizat et Veil (Lyon). Il s'agissait d'une asystolie grave avec œdèmes, hydrothorax et sans goitre clinique ; l'état du malade rendit impossible le métabolisme. La thyroïdectomie totale amena une amélioration considérable.

(SÉANCE DU 13 MAI 1936)

A propos des greffes ovariennes. — M. MAUCLAIRE signale que dans le but de favoriser la survie de l'ovaire, il pratique, avant et après l'intervention, des injections de folliculine. Ses résultats sont moins beaux que ceux de M. Moure.

Fractures de l'extrémité supérieure du tibia. — M. J.-Ch. BLOCH répond à une intervention de M. Leriche, qui craint l'arthrotomie.

Interventions cérébrales. — M. DOGLIOTTI montre les avantages du drainage continu du liquide céphalo-rachidien pendant l'intervention, et insiste sur la ponction des ventricules à l'aide d'un trocart contenant une aiguille.

Sympathectomie lombaire. — MM. BAZY et TALHEIMER ont eu un résultat tardif favorable dans une gangrène par artérite. La cicatrisation et la disparition des douleurs se maintiennent encore deux ans après.

Eléphantiasis tropical. — M. DESPLAS rapporte un travail important de M. Delom (armée) qui a pu opérer 246 cas avec seulement 3 morts. L'éléphantiasis porte le plus souvent sur les organes génitaux et apparaît après une phase éryzipélateuse, pendant laquelle on trouve dans la lymphe des cocci en chaînette : il ne semble pas s'agir de filariose.

Le testicule et le cordon sont sains et entourés d'une coque gélatineuse qui permet leur isolement ; l'auteur insiste sur la nécessité de ne pas opérer trop tôt.

M. DESPLAS rapporte un autre travail du même auteur sur deux ans de pratique chirurgicale de brousse dans le Haut Oubangui. M. Delom n'a rencontré aucun cas d'ap-

pendicite ni de cancer, et n'a eu à déplorer qu'une très faible mortalité, malgré des conditions matérielles déplorables.

M. GUDIN (Rio de Janeiro) présente un appareil destiné à stériliser l'air des salles d'opérations.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DE LA MALADIE ULCÉREUSE PAR LA LARISTINE (1)

Par M. N. QUÉNÉE.

Comme l'a dit très justement M. Mollard, dans le « Journal de Lucas Championnière », le traitement de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale par l'histidine a ouvert des horizons insoupçonnés ; c'est aussi l'avis de Stolz et Weiss à la Société de Médecine du Bas-Rhin ; Quénée apporte à cette question une contribution personnelle excessivement pratique. On sait que les auteurs, qui ont utilisé la solution d'histidine à 4 p. 100 (laristine), à la suite de Weiss et Aron, de Strasbourg, ont vu que cette médication enraye rapidement les poussées ulcéreuses. La plupart même, avec Stolz et Weiss, admettent que l'histidine possède vis-à-vis de la muqueuse gastrique une action quasi spécifique qui favorise la cicatrisation des lésions ulcéreuses et accroît la résistance de cette tunique à l'égard des effets corrosifs du suc acido-peptique. La laristine présente donc la valeur d'un véritable médicament de base vis-à-vis de l'ulcère gastro-duodénal et modifie heureusement le terrain sur lequel il évolue. Elle agit sur la muqueuse digestive comme un véritable hormone.

On sait que Weiss et Aron préconisent l'emploi de la solution d'histidine à 4 p. 100 (laristine) à la dose d'une ampoule de 5 cc. par jour, par voie intramusculaire. Ce qui importe surtout, d'après Quénée, c'est le rythme des séries successives du traitement, par exemple tous les trois ou quatre mois, mais pendant une vingtaine de jours à raison d'une ampoule par jour. En procédant de cette manière, on obtient toujours d'excellents résultats.

LIVRES NOUVEAUX

Tendances de la médecine contemporaine, la médecine à la croisée des chemins (1), par P. DELORE.

« La médecine scientifique est appelée à subir des crises de croissance, écrit l'auteur dans son introduction. » Comment s'en étonner, elle n'a pas un siècle d'âge, elle est en évolution permanente, de plus, elle subit les mêmes aléas que la science ; comme cette dernière, la médecine peut être menacée par les bouleversements sociaux ou mondiaux, mais dès maintenant, elle porte en elle-même des éléments de trouble. Ce sont les tendances médicales du siècle dernier et celles qui se font jour actuellement. Ces tendances s'affrontent et se contredisent, il est bon d'y mettre un peu d'ordre. C'est la tâche, tâche difficile, qu'aborde notre éminent confrère de Lyon.

Les tendances du siècle dernier sont marquées par la prédominance de l'esprit d'*analyse*, le compartimentage de l'étude de l'homme, la négligence du rôle du terrain en pathologie, la prédominance des sciences morphologiques, l'abus de la spécialisation au détriment de la culture générale et clinique, un matérialisme exclusif.

(1) *Concours méd.*, Paris, n° 36, sept. 1935.
(2) In-8. — Prix : 27 fr. — Paris, Masson et Cie.

Ainsi que l'écrit très justement l'auteur, l'énoncé de ces caractères ne doit en aucune façon mener à sous-estimer la magnifique moisson du siècle précédent. Sans renier aucune des acquisitions du passé, peut-on revenir à un équilibre plus harmonieux des tendances ?

Car voici que se manifestent maintenant un renouveau de l'esprit de synthèse, un souci de culture générale, un retour à la grande tradition hippocratique et pythagoricienne, une affirmation de la suprématie de la clinique sur le laboratoire, une réaction contre la spécialisation excessive et prématurée.

Des conclusions en découlent : au point de vue de l'enseignement, il apparaît que le travail de l'esprit doit précéder et suivre celui du laboratoire. La pensée doit reprendre ses droits sur la technique ; au point de vue professionnel, le praticien de médecine générale et le médecin de famille doivent retrouver leur place devant le spécialiste.

La médecine orientée vers un *humanisme* sera amenée à devenir vraiment la science de l'homme. La méthode anatomo-clinique gardera certes la première place, mais devra être complétée.

La médecine sera encore la science de la santé, ainsi deviendra-t-elle de plus en plus préventive.

Enfin le retour à la médecine du terrain est un appel à la physiologie pathologique. On en devine les conséquences pour la pathologie générale et la thérapeutique.

Le schéma que nous venons de tracer donne une très faible idée du magnifique ouvrage bourré d'idées et de faits que vient d'écrire M. Delore. C'est un livre qu'il faut lire et méditer.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 8 *juin*. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Grégoire, Ombrédanne, de Gaudart d'Allaines. — M. LEGROS. Signe de la contraction permanente de l'utérus comme diagnostic précoce de l'appendicite au cours de la gestation. — M. CORLAY. Etude des hernies diaphragmatiques droites congénitales. — M. HERAUD IZMURLIAN. Remarques sur la thérapeutique de la gestation éctopique jeune. — M. SILBERMANN. Principales voies d'abord des suppurations pelviennes chez la femme. — M. HOROVITZ. Fragilité osseuse congénitale.

Jury : MM. Lemierre, président ; Loeper, Cathala, Sézary. — M. KASVOIN. Etude des médicaments camphrés. — M. ECK. Les paralysies diphtériques. — M. FRIEDMANN. Le rôle du système neuro-végétatif dans les réactions d'hypersensibilité.

Mardi 9 *juin*. — Jury : MM. Pierre Duval, président ; Jeannin, Lemaître, Lantuéjoul. — M. AVRAMOFF. Etude des ostéites tuberculeuses du calcanéum chez l'adulte. — M. MABIN. Traitement de l'épithélioma lingual au centre anticancéreux de Rennes. — M. BERTIN. Etude de l'inondation péritonéale dans les chorio-épithéliomes. — Mlle STANCULESCU. Etude des résultats éloignés de la césarienne suprasymphysaire. — M. LUSZTIG. Etude de la chimiothérapie des méningites otogènes à streptocoques.

Jury : MM. Balthazard, président ; Carnot, Lereboullet, Hazard. — Mlle KOHAN. Elargissement de la responsabilité médicale depuis l'emploi des agents physiques dans l'art de guérir. — M. MOREL. Les localisations méningées du Breumo-Bacille de Friedlander. — M. SUFRIN. Traitement de la syphilis congénitale chez l'enfant par le bismuth.

Mercredi 10 *juin*. — Jury : MM. Robert Debré, président ; Fiessinger, Tanon, Gastinel. — M. ZAHLER. Techni-


OVULES "ROCHE" AU THIGÉNOL
Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie PARIS
10, Rue Crillon. PARIS
THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, Soluble eau, alcool, glycérine.
Thigénol Roche
EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS, F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon. Paris


NESTLÉ
FAIT UN LAIT
EN POUDRE
"Nestogène"
LAIT SEC, DEMI-GRAS
SUCRÉ (SUCRES DIVERS)
NON DÉVITAMINÉ
DE BONNE CONSERVATION
LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS :
SOCIÉTÉ NESTLÉ (FRANCE) 6. Av. Portalis. PARIS

que du tubage duodénal insipide. — Mme SCHRAMECK. La maladie hémolytique. — M. DANIEL. L'intoxication par le phosphore. — M. EPIFANIÉ. Etude de la conservation des cadavres. — M. MOSCOVICI. La désinfection des appareils téléphoniques.

Samedi 13 juin. — Jury : MM. Bezançon, président ; Claude, Gougerot, Chevallier. — M. GARELLY. Etude de la créosote dans les affections broncho-pulmonaires aiguës. — Mme MONCORGÉ. L'asthme chez l'enfant. — M. SEIGLER. Etude du rhumatisme chronique post-scarlatineux. — M. CHUWEY. Etude de l'exhibitionnisme. — M PELLETIER. Etude de l'acrodermatite continue de Hallopeau. Importance des lésions osseuses. — M. RUNES MONTZ. Manifestations gastriques de l'urticaire.

NOTES POUR L'INTERNAT

TRAUMATISMES FERMÉS DU POIGNET[1]

Il reste à étudier rapidement les lésions des *autres os du carpe et celles de l'épiphyse radiale :*

— On a décrit deux sortes de *fractures du grand os :*

Fractures par décapitation sur le lunaire ou le bord du radius ;

Fractures par arrachement de la base, secondaire, à une flexion forcée du 3e métacarpien.

— La fracture isolée du *lunaire*, soit par tassement, soit par arrachement d'une corne.

— La fracture du *pyramidal*, de l'apophyse uniforme du crochu. Les fractures isolées du trapèze sont très rares.

— Quant à la *luxation médiocarpienne*, elle est le plus souvent antérieure. — La luxation *radiocarpienne* est exceptionnelle en avant. — Elle est moins rare en arrière, s'accompagnant d'une fracture marginale postérieure du radius.

— Les *fractures articulaires du radius :*

La fracture *marginale postérieure*, ou fracture de Rhea Barton, qui peut respecter la styloïde radiale ;

La *fracture marginale antérieure*, bien plus rare ;

La fracture *cunéenne externe*, libérant la styloïde radiale ;

La fracture *cunéenne interne*, qui intéresse la radiocubitale inférieure ;

Enfin les *fractures étoilées*, véritable éclatement plus ou moins marqué de l'épiphyse, qui se rencontrent surtout chez les sujets âgés.

ETUDE CLINIQUE

1° Dans la FRACTURE DU SCAPHOÏDE ;

La douleur, lors de l'accident, est vive, mais s'atténue souvent ; souvent son peu d'importance permet au blessé de continuer son travail.

Seul le pouce est *impotent* et cela de *façon relative*. On palpe d'abord un *style radial en situation normale* et non douloureux. — Pas de douleur exquise sur toute autre partie de l'extrémité inférieure du radius.

Tout se passe au niveau de la *tabatière anatomique :*

— Elle est le siège du gonflement.

— On y détermine une douleur exquise par pression.

— Quelquefois on sent la saillie du fragment inférieur... il est rare de déceler de la captation osseuse.

La *prona-supination* est normale.

Flexion et extension sont légèrement diminuées et douloureuses.

Seul le *mouvement d'abduction* est très douloureux.

Enfin, signe essentiel : la *rétropulsion du pouce* détermine une douleur vive que le blessé localise au niveau de la tabatière.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 45, p. 826.

On radiographie toujours les deux poignets de face et de profil (bord radial sur plaque).

C'est le *cliché de face* le plus important ; le trait de fracture et le déplacement s'y lisent facilement.

Evolution. — Le cal de consolidation est souvent fibreux.

La fracture reste de pronostic sérieux ; des phénomènes d'arthrite traumatique laissant pendant un temps assez long de la limitation douloureuse aux mouvements.

Formes cliniques. — Il est des fractures du scaphoïde si peu douloureuses que le blessé ne vient consulter que tardivement pour un poignet enraidi et gonflé par l'arthrite traumatique. — Nous verrons quels problèmes ont soulevés ces formes frustes.

Les *fractures du scaphoïde associées à des lésions radiales* sont toujours très sérieuses. — La radiographie permet seule dans bien des cas de préciser les traits.

Le pronostic fonctionnel est grave et l'ankylose du poignet est très fréquente.

2° DANS LA DISLOCATION DU CARPE :

La douleur lors de l'accident a été très vive, l'impotence est complète.

Très souvent le blessé accuse des fourmillements dans le domaine de l'index et du médius.

Le blessé présente à l'examen une main étendue *enclouée*, les *doigts demi-fléchis*, et le poignet semble épaissi et raccourci.

Là encore, les styloïdes sont indemnes, indolentes, l'obliquité bistyloïdienne est normale.

Mais on constate :

— Une *saillie anormale du grand os à la face postérieure*. Repérant en suivant de bas en haut le 3e métacarpien, on sent à la place de la dépression habituelle sus-jacente à sa base, la tête du grand os qui épaissit le poignet d'avant en arrière ;

— La *saillie* plus ou moins prononcée du *lunaire en avant.*

On la recherche au-dessus du pli de flexion inférieur du poignet.

Parfois c'est une sensation de soulèvement profond des tendons fléchisseurs.

Plus souvent l'osselet a filé entre les tendons, il est superficiel.

— Une fois sur deux la *tabatière anatomique* est douloureuse ; elle est le siège des signes d'une fracture du scaphoïde associée.

Il est nécessaire de rechercher encore des signes possibles de contusion grave du nerf médian, en explorant la sensibilité du domaine digital de ce nerf.

Il est certain que très rapidement les signes de la dislocation du carpe perdent de la précision schématique décrite. Le poignet est très tuméfié et la radiographie devient encore plus nécessaire.

Sur le *cliché de profil*, on jugera :

Des déplacements du *lunaire*, de sa rotation plus ou moins marquée qui oriente différemment sa face concave ;

De la situation du grand os, situé derrière le lunaire et soit derrière, soit sous le radius.

Sur le *cliché de face*, on constatera :

Le chevauchement des osselets par l'anarchie des espaces clairs articulaires ;

L'existence ou non d'une *fracture du scaphoïde*. (Voir plus haut.)

(A suivre.) ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


FIXATION OPOTHÉRAPIQUE DU CALCIUM
CROISSANCE
ASTHÉNIE
MAIGREUR
CHAUX
PHYTOSPLÉNOL

N° 48. — SAMEDI 13 JUIN 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Classement des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité :

M Dollfus, 48; Mme Vallon, 46; MM. Joseph, 45; Hudelo, 43.

M. Dollfus et Mme Vallon sont déclarés admissibles.

Epreuve de médecine opératoire. — Séance du 10 juin. — Mme Vallon, 17; M. Dollfus, 19.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX (nomination). — *Epreuve d'électro-radiologie.* — Séance du 6 juin. — MM. Foubert, 15; Busy, 13; Sthul, 15; Codet, 14.

Radio-diagnostic. — Séance du 10 juin. — MM. Busy, Foubert, Sthul et Codet, 14.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BOURGES — L'Hôtel-Dieu de Bourges demande étudiant célibataire, nationalité française, 13 à 14 inscriptions, pour fonctions d'interne (poste unique).

Conditions : traitement, 5.000 fr., nourri, logé, chauffé, éclairé. — Pressé. — S'adresser à l'Econome des hospices de Bourges.

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — *Section de chirurgie générale. — Leçon d'une heure.* — Séance du 9 juin. — M. Patel : « Les tumeurs malignes secondaires. »

M. Goinard : « La formation du cal osseux et des pseudarthroses. »

M. Magendie : « Les mutilations acquises du pouce et leurs traitements. »

Séance du 10 juin. — M. Bertrand : « Les entorses graves du genou. »

M. Ménégaux : « Les diverticules de l'œsophage. »

M. Ameline : « L'envahissement lympho-ganglionnaire dans les cancers du sein, et les indications thérapeutiques qui en découlent. »

Séance du 11 juin. — M. Figarella : « Les dilatations idiopathiques de l'œsophage. »

M. Funck : « L'ostéomyélite aiguë de la hanche. »

M. Mallet (Guy) : « Les traitements prophylactiques et curatifs du tétanos. »

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le cabinet de M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique et de l'Education physique, a été composé comme suit :

Directeur du cabinet : M. Bovier-Lapierre, ancien ministre.

Chef du cabinet administratif : M. Marcel Lachaze, auditeur au Conseil d'Etat.

Chef du cabinet technique : M. le docteur Hazemann, médecin inspecteur de l'office public d'hygiène sociale de la Seine.

Chef du secrétariat particulier : M. Alfred Rosier.

Attachés chargés du service parlementaire : M. Emile Boyer, contrôleur des assurances sociales (Sénat); M. Louis Nermond (Chambre).

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. — Par décret, un service d'examen et d'observation psychiatriques est créé à la pri-

son de la Santé et à la prison de la Petite Roquette, à Paris, et aux prisons de Fresnes (Seine).

Le personnel médical est fixé comme suit :

1° Paris : 2 médecins, 3 médecins psychiatres, 1 pharmacien, 1 chirurgien dentiste.

2° Fresnes : 2 médecins, 1 chirurgien, 1 pharmacien, 5 internes.

Les indemnités des médecins psychiatres sont ainsi fixées : Santé, 6.000 fr. ; Petite Roquette, 6.000 fr. ; Fresnes, 6.000 fr. (*J. O.*, 3 juin 1936.)

MÉDECINS DU FRONT. — La Société mutuelle de retraite des médecins du front, au cours de son assemblée générale du 23 mars 1936, a décidé d'offrir une médaille en bronze au docteur A. Landrin pour les éminents services rendus à la Société. La remise de la médaille — œuvre du sculpteur Morlon — aura lieu le 8 juillet, au cours d'un banquet au pavillon Dauphine, sous la présidence du professeur Balthazard.

Le prix de souscription à la médaille est de 50 fr.

Le prix du banquet est de 50 fr.

Pour renseignements et souscriptions, s'adresser au docteur Hufnagel, trésorier de la Société, 10, rue Freycinet, Paris (XVIe). Tél. : Passy 28-20.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Gernez (de Mont-Saint-Eloi, Pas-de-Calais), décédé à l'âge de 78 ans ; Emmanuel Bonnescuelle de Lespinois, médecin commandant des troupes coloniales en retraite à Toulon ; Adrien Milliès-Lacroix, à Nice ; Albert Marçais (de Saint-Sulpice, Oise) ; Raymond Triger (de Bourbon-l'Archambault).

Société internationale des Médecins des Universités françaises. — La réunion générale de constitution de la Société Internationale des Médecins des Universités françaises, fondée l'année dernière sur l'initiative du docteur E. G. Minopoulos, de la Faculté de Paris, et qui a pour but de grouper les médecins, de tous les pays du monde, diplômés des Universités françaises ou ayant fait partiellement des études médicales en France, suivi des cours de perfectionnement, etc... et établis dans les cinq continents, a eu lieu aux Sociétés savantes, le 26 mars, avec la participation des confrères de 25 nations (Argentine, Belgique, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Cuba, Dominicaine (Rép.), Espagne, Etats-Unis, Grèce, Haïti, Hongrie, Japon, Pérou, Perse, Philippines, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, Turquie, Uruguay, Yougoslavie, Venezuela).

La présidence de cette séance avait été offerte à l'éminent phtisiologue, le docteur M. Milochevitch, chef du service de la Tuberculose à l'Hôpital général d'Etat de Belgrade, qui, de passage à Paris, a tenu à honorer de sa présence la séance de constitution.

Après le vote des statuts, le Bureau de la Société, placé sous la présidence d'honneur des diplômés des Universités françaises nommés professeurs dans les pays adhérents, a été ainsi constitué :

Président-fondateur : E. G. Minopoulos ; Vice-Présidents : J. G. Calderon, A. Saenz, M. Yelissiyévitch (fondateur) ; Secrétaire général : D. Gomez ; Secrétaire adjoint : S. Kakou ; Trésorier-fondateur : J. del Regato ; Trésorier adjoint : E. Wyrobek.

La Société tiendra régulièrement des séances scientifiques à Paris et des congrès en France et dans les pays adhérents. Ainsi les confrères de 40 pays environ trouveront, en venant à Paris, un foyer appelé à rendre de grands services.

Adresse provisoire : docteur E. G. Minopoulos, avenue de Fontainebleau, Avon-Fontainebleau.

Congrès de l'enfant à la mer et à la montagne. — Le premier Congrès de l'Association pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques et de leurs effets biologiques et pathologiques, a été tenu à La Malou, du 15 au 17 juillet 1935, sous le titre de « L'Enfant à la mer et à la montagne ».

Un volume illustré est consacré à ce Congrès : il contient le compte rendu des séances et des excursions, le texte des rapports, des communications, des vœux et des conférences, ainsi qu'une liste des maisons d'enfants (pensions, collèges, cliniques, sanatoria). Tous ceux que ce volume intéresse sont priés de le demander sans retard au Secrétariat, en indiquant exactement leur nom et leur adresse. Ce volume étant édité par la Revue de Cosmobiologie, les abonnés de la Revue le recevront dans leur service normal.

La session suivante du même Congrès est prévue à Nice et à Cannes pendant les vacances du Carnaval 1937 (du 7 au 9 février). Elle sera organisée par le Comité permanent du Congrès, avec le concours de la Société médicale du littoral méditerranéen et de l'Association pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques. Prière d'adresser les demandes d'inscriptions pour cette deuxième session, ainsi que les propositions de sujets à mettre à l'étude, au Secrétariat de l'Association pour l'étude des radiations (24, rue Verdi, à Nice).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 15 *juin*. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Loeper, Portes, Turpin. — M. Cerf. Dystocie dans les utérus doubles par l'hémi-utérus non gravide « Praevia ». — Mlle Brugère. Fonctionnement de la maternité de l'hôpital Saint-Antoine en 1935. — M. Blajoko. Etude sur le vanillisme professionnel. — M. Bercu. A propos d'un cas de calcul solitaire du cholédoque. — M. Pascaril. A propos de la conduite du traitement chez les syphilitiques anciens.

Mardi 16 *juin*. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Tanon, Maurice Villaret, Justin Besançon. — M. El Ayari. La thérapeutique par le travail chez les psychopathes. — M. Albrecht. Etude sur la consanguinité et le mariage. — M. Olkovoski. Etude du sodoku en Pologne. — Mlle Sautel. Régimes de fantaisies gastronomiques dans les stations thermales à travers les âges.

LIVRES NOUVEAUX

Scientisme et Science (1), par M. Jean FIOLLE.

M. le professeur Jean Fiolle (de Marseille), a bien voulu m'envoyer son livre sur *Science et Scientisme*. Il est dédié au maître regretté Charles Nicolle. Ce grand nom est la garantie de la probité d'une étude dans laquelle l'auteur aborde, avec le grand talent que tout le monde lui reconnaît, une question très grave et d'une brûlante actualité, au moment où la jeunesse cherche sa voie, s'inquiète de l'avenir angoissant.

Avant de rechercher les buts de la science et du scientisme, il faut d'abord les définir :

Dans l'acception ancienne, la *Science* comprenait, outre les connaissances objectives, la poésie, l'art, la philosophie. C'est le sens très élargi, le sens humaniste qu'adopte Renan dans l'*Avenir de la science*. Aujourd'hui, nous restreignons le sens du mot science à ce qui relève de l'observation, de l'expérience et de la raison.

Le *scientisme* est la foi en la perfection de la science et son pouvoir d'expliquer à elle seule l'univers, sans le secours des religions ou de doctrines métaphysiques.

Après avoir étudié l'esprit des sciences contemporaines et parlé du machinisme qui peut menacer cet esprit, l'auteur se demande quel est l'avenir de l'esprit scientifique et du scientisme, dont il étudie et discute les buts suprêmes.

« Le sort des sciences, écrit M. Fiolle, dépendra en partie de la forme des sociétés futures. Les démocraties s'efforceront vraisemblablement de favoriser les progrès de la recherche, qu'elles comprennent assez facilement, et qui leur inspire plus de respect que l'art, les lettres, la philosophie, surtout en raison des applications pratiques qu'elle comporte. Mais cette exigence de résultats tangibles risquera de faire perdre de vue la connaissance désintéressée, sans laquelle les applications elles-mêmes ne peuvent se renouveler. L'esprit démocratique s'accorde en somme assez bien à l'esprit des sciences, mais surtout en intention. De plus, les prolétariats ne manquent pas d'établir une distinction entre les sciences *utiles* et celles qui ne le sont pas, et de traiter les premières infiniment mieux que les secondes.

Malgré tout, la recherche désintéressée ne peut arriver à disparaître... »

Il est certes difficile d'affirmer que la science apparaît toujours aux masses comme quelque chose de respectable. L'exemple de Lavoisier en est une preuve. Mais on peut, en effet, admettre que depuis Pasteur, la science pure n'apparaît plus à ces mêmes masses comme quelque chose d'inutile. Du moins on voudrait le croire dans les circonstances actuelles. Si l'esprit scientifique est assuré d'échapper, comme le pense M. Fiolle, à la destruction, il faut encore souhaiter qu'il échappe aux déviations et qu'il trouvera dans l'avenir à s'exercer sans entrave.

C'est un souhait qu'on peut former avec une pleine confiance lorsqu'on a lu les fortes pages inspirées à l'auteur par son amour de la science et de la vérité F. L. S.

Formulaire endocrinologique du praticien (2), par G. JEANNENEY, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux, et G. HIRTZ.

« Bien que les notions de sécrétion interne et d'organothérapie aient depuis longtemps acquis droit de cité en médecine, il est cependant peu de médecins qui possèdent « le penser endocrinologique » que demandait Léopold Lévi, entendant par là que l'examen des glandes endocrines doit faire partie de tout examen sérieux. »

(1) In-8 au *Mercure de France*, Paris 1936.
(2) In-8 de 160 pages avec 22 figures dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

Ayant ainsi posé la question dans leur introduction, les auteurs exposent les principes généraux de la thérapeutique endocrinienne avant de passer aux cas particuliers.

Le volume, divisé en trois parties, étudie d'abord la séméiologie endocrinienne, et ce n'est pas la partie la moins utile, puis le traitement des endocrinopathies, enfin sont décrits les différents emplois des produits endocriniens et organiques en pathologie médicale et spéciale, en dehors des maladies des glandes endocrines proprement dites.

La présentation du volume, sous la forme d'un formulaire, nous paraît extrêmement pratique et propre à rendre de grands services aux praticiens. Les auteurs ont tenu, en effet, à présenter un ouvrage réfléchi, complet et cependant clair. Nous sommes certains que cet excellent volume remportera auprès des médecins et des étudiants le succès dont il est digne. F. L. S.

Physiologie et physiopathologie du système réticulo-endothélial (1), par Albert H. DU BOIS, Chef de clinique à la Clinique nationale universitaire de Genève. Préface du professeur M. ROCH.

Etude d'ensemble sur ces parties du tissu mésenchymateux réunies sous la dénomination de « système réticulo-endothélial ». C'est en connaissant son anatomie, ses propriétés physiologiques, son rôle en pathologie, en un mot toutes ses fonctions, que l'on mesure l'importance physiologique de ce tissu et sa participation aux grands syndromes pathologiques.

« Le système réticulo-endothélial est intéressé à un nombre beaucoup plus grand d'activités physiologiques et pathologiques qu'on ne le croyait autrefois ; ces activités ont quelque peu réduit l'importance attribuée aux facteurs humoraux de plusieurs processus organiques, pour rendre au métabolisme cellulaire une place qu'on avait faite trop petite. Si l'on pèse à sa juste valeur la situation anatomique privilégiée du mésenchyme actif, véritable barrière que doivent franchir toutes les substances qui quittent le sang circulant pour parvenir au parenchyme, ou qui des parenchymes retournent au sang, on en arrive à déduire logiquement l'existence de capacités métaboliques plus ou moins importantes, localisées dans les éléments épars de ce mésenchyme. » L. G.

Pallas (2)

La 6e livraison de *Pallas* est parue il y a quelques jours. Elle ne causera aucune déception à ceux qui connaissent le splendide Magazine médical fondé et dirigé par notre confrère J. Crinon. Même présentation artistique et luxueuse, originale dans ses moindres détails. Même souci de ne publier que des articles d'un intérêt soutenu.

Voici les principaux :

Devant la galerie des portraits de la Faculté de Médecine de Nancy, par le professeur G. Michel ;

Les évadés de la médecine : le docteur Abel Deval, directeur de l'Athénée ;

Le Salon des médecins, par Virgile Bruhier ;

Epilogue, par Crinon ;

La musique et les médecins, par Henry Malherbe ;

Qu'est-ce que le tempérament chirurgical, par le professeur Rocher et le docteur Léo.

Vingt jours en Amérique du Nord, par le docteur Alain.

Et des contes, des dessins gais, des documentaires, des gravures d'une exécution remarquable, un hors-texte et une couverture en couleur, remarquables reproductions d'œuvres de Rubens et de Reyburn....

Pallas continue à mériter l'admiration et l'estime.

(1) In-8 de 204 pages. — Prix : 36 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) *Pallas*. — Prix : 12 fr. — Paris, 111, boulevard Magenta.

GESTA CANCEROLOGIŒ PER FRANCOS

LA PART DE LA SCIENCE FRANÇAISE DANS L'AVANCE ACTUELLE DE LA QUESTION DU CANCER [1]

Par M. le professeur FORGUE,
Membre correspondant de l'Institut.

Monsieur le Ministre,
Mesdames,
Messieurs,

Le caractère essentiel du travail scientifique moderne, c'est sa forme collective, internationale, universelle. Les temps sont passés où la souveraineté de pensée et de connaissance appartenait à quelques pays, à quelques foyers de hautes études, dont le monde entier recevait les directions de doctrine et les règles de pratique. Partout s'équipent des centres de recherche, animés d'une forte émulation de découverte. Et, même, il advient que les plus nouveaux sont les mieux dotés, que leur outillage est le plus moderne, qu'ils bénéficient des leçons et des fautes de leurs prédécesseurs, et qu'appartenant à des pays plus neufs, moins enchaînés par la routine, leurs équipes de chercheurs abordent les problèmes d'actualité avec un esprit plus indépendant, une vision plus originale, une audace plus grande d'hypothèse et d'entreprise.

C'est surtout dans les sciences biologiques et médicales qu'apparaît cette organisation cosmopolite du travail. Et c'est, particulièrement, dans l'étude du cancer qu'elle a trouvé sa réalisation la plus généralisée, la mieux subventionnée par tous les gouvernements, celle qui partout a le plus intéressé l'opinion publique, celle qui tend le plus à s'uniformiser, comme organes de recherche et de traitement. Chacune de ses étapes de progrès est marquée par un nom de nationalité différente, et les biologistes de l'univers entier concourent à l'édification de cette véritable tour de Babel. Si nous considérons l'étude expérimentale du cancer et ses quatre phases fondamentales, nous voyons que c'est un *Français* qui a inauguré par la réussite des greffes cancéreuses la transplantation cellulaire des tumeurs, que c'est un *Américain* qui a découvert la transmission non cellulaire par injection d'un filtrat, que ce sont deux *Japonais* qui ont provoqué pour la première fois le cancer du goudron, que c'est un *Français*, immigré dans un laboratoire américain, qui a donné à la culture artificielle des tissus et des cellules sa précision technique la plus ingénieuse.

***

L'universalité même de ces foyers de recherche, le polyglottisme de leur expression (car les publications de langue hollandaise, suédoise, portugaise, japonaise, comptent déjà comme un apport considérable), la multiplicité éparse des journaux et livres qui les exposent, la pauvreté du pouvoir d'achat de nos bibliothèques universitaires, sont autant d'obstacles à la parfaite synergie de cet effort commun.

Sans doute, notre congrès international réalise, tous les trois ans, une périodique mise au point ; l'association qui nous réunit aujourd'hui, sous la présidence de M. le Ministre Justin Godard, est aussi un important organe de coopération et de coordination ; la Société des Nations elle-même concourt à la rationalisation de la lutte contre ce fléau social ; l'*Index cancérologique*, dont nous devons la création à nos collègues Regaud, Roussy, Hartmann, est un excellent outil de travail qui nous fournit l'inventaire analytique des travaux publiés dans le monde entier. Mais il est permis de *concevoir une concentration* plus efficace, un accord international d'un rendement plus parfait.

Dans l'ordre *expérimental*, il s'agit selon les conditions modernes de la « standardisation » du travail, d'éviter les doubles emplois, le temps perdu, les inutiles répétitions de recherches, et, pour cela, de tenir à jour le bilan des faits acquis, qui doivent devenir le point de départ solide pour une nouvelle progression. Il est nécessaire de formuler les *problèmes en suspens* et de les proposer aux chercheurs comme hypothèses et objets de travail.

Dans le plan *clinique*, il est indispensable de réformer nos statistiques, souvent mal bâties et erronées, de poursuivre avec une irréprochable probité l'enquête sur les résultats à distance, d'adopter des catégories-types, selon une échelle constante de gravité des lésions, afin de ne comparer que des degrés similaires (ne pas mêler les couleuvres avec les cobras) et de procéder par recoupements et exacte confrontation des pourcentages.

Dans le plan *social* de la prophylaxie, il est avantageux, tout en tenant compte des réactions variables des divers publics, de grouper et de rapprocher les procédés de propagande, les tracts de mise en garde, les affiches, les mesures de contrôle et de préservation.

Dans le domaine *thérapeutique*, où le progrès de collaboration est plus avancé, grâce aux rapides communications qu'entretiennent la presse et les sociétés savantes, accroître encore, par des échanges de conférenciers et de missions, la connaissance réciproque de nos techniques.

Enfin, dans l'ordre *bibliographique*, puisque aucun budget isolé d'Université ne permet la totalisation des publications, il faut fonder, à Paris, dans une annexe de la Faculté, une bibliothèque centrale de cancérologie, ouverte à tous les chercheurs, et constituer un office de *documentation intégrale, de traduction totale* des travaux qui comptent et qui servent de base, de *classement méthodique*, et aussi et surtout de *triage*. Car, de même qu'il faut traiter des tonnes de sable ou de terre pour obtenir une pépite d'or ou un diamant, de même, dans cette masse documentaire qui, chaque année, compose la littérature cancérologique mondiale, il n'y a guère que quelques mémoires à retenir ; et le difficile est de faire ce choix critique : il y faut de l'expérience et de l'autorité. — En somme, problème de coordination internationale, vous le voyez.

(1) Conférence faite à Paris, le 26 mai 1936, à l'assemblée générale de la Ligue française contre le cancer, tenue sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique.

Nous sommes les contemporains d'une époque exceptionnelle qui, probablement, aura vu les plus considérables, les plus inattendues réalisations de l'esprit humain, en même temps qu'elle est une des décisives étapes de l'histoire de l'humanité. Mais, en vérité, nous pouvons dire que, dans ce temps d'évolution passionnante et accélérée, il n'est aucun mouvement d'idées et d'action, pour l'amélioration de la condition humaine, qui ait égalé l'unanimité et l'intensité créatrice qu'a suscitées l'organisation de la lutte contre le cancer.

Supposez que nous soyons, pour un instant, doués d'un pouvoir merveilleux de regard universel. Représentez-vous si vous voulez mesurer l'ampleur totale de ce mouvement, l'ensemble des laboratoires et des cliniques qui, à l'heure où je parle, sur la terre entière, sont au travail et forment ce bloc de l'anti-cancer. Aucun autre fléau social, ni la tuberculose, ni la syphilis, ni l'alcoolisme, n'a suscité une pareille confédération des forces mondiales de recherche et d'assistance. Considérez, en outre, la pluralité illimitée des collaborations qui, pour ce combat, mobilisent, à côté du chirurgien, du médecin, de l'anatomo-pathologiste, toutes les compétences biologiques, bactériologiques, chimistes, physiciens, et même le concours d'amateurs, comme nous avons vu naguère en Angleterre un employé de tramway et un commerçant, conduire une étude expérimentale très suggestive, mais contestée.

C'est que, dans cet assaut général que nous livrons au cancer, nous ne pouvons pas encore prédire par quels moyens d'attaque la position sera emportée (seront-ce les radiations, la radio-chirurgie, la chimiothérapie), de même que nous ne pouvons prévoir de quel continent, ni de quel laboratoire partira cette annonce, cette joie « en ouragan » dont parle Termier, qui saluera la découverte décisive des causes du cancer. Il n'est point sûr que ce soit des laboratoires de la vieille Europe que sorte la solution du problème. Dès maintenant, nous pouvons, du moins, dresser le bilan de ce que, par cette solidarité scientifique universelle, nous avons, en moins d'un demi-siècle, réalisé contre le plus cruel fléau qui ait été infligé à la créature humaine : plaise au Ciel que, dans leurs longues et contradictoires conférences, les diplomates et les hommes politiques s'inspirent d'un semblable esprit de concorde et aboutissent à un progrès aussi bien concerté !

***

« Si la Science n'a pas de patrie, l'homme de science doit en avoir une, et c'est à elle qu'il doit reporter l'influence que ses travaux peuvent avoir dans le monde. » Il n'est pas de plus loyale règle de notre attitude que cette pensée de Pasteur.

Nous travaillons en commun ; nous ouvrons à tous les chercheurs nos laboratoires et nos cliniques ; nous leur révélons généreusement nos tentatives et nos réussites ; nous n'en avons jamais tiré un privilège intéressé ; nous accueillons impartialement leurs travaux et nous avons même plutôt une tendance à leur donner, par rapport à notre production nationale, une place de faveur ; nos livres ne sont jamais inspirés de cet orgueil particulariste qui n'admet qu'une bibliographie expurgée, excluant ou ne classant pas à son rang la participation étrangère.

Mais, par contre, il est bien légitime d'avoir la fierté, dans l'œuvre totale, de la part nationale. Si rien n'est odieux comme l'exaltation outrancière de la nation, ou de la race, rien n'est injuste et décourageant comme l'effacement systématique, l'anonymat des découvertes, la conspiration du silence autour des grandes actions et des grands hommes : ce n'est plus de la modestie ; cela devient de l'obscuration. C'est, hélas, un défaut bien français ; et nous l'avons vu sévir pendant la guerre. Actuellement, devant la renaissance aiguë, en certains pays, de l'esprit nationaliste, devant même la compétition chauvine dont les sports sont l'occasion, il est permis de répartir avec précision la part personnelle des diverses nations dans le progrès commun, de notre science. Ce n'est point un désir de supériorité ; c'est un témoignage de vérité, une raison d'émulation, un document utile sur les conditions qui régissent l'évolution de la pensée médicale contemporaine.

Il est hors de doute qu'en médecine surtout, et jusqu'à présent, il faut reconnaître aux diverses nations, sinon des qualités spécifiques, tout au moins des champs d'action spécialisée, et des domaines où leur contribution a été, ou reste, prépondérante. On ne peut pas contester l'éminence de l'école clinique française, le « fini » de notre technique opératoire, l'ingéniosité d'invention de notre esprit, son goût de l'individualisme, la logique de sa méthode, sa tournure critique.

Malgré l'uniformité de l'outillage scientifique moderne, malgré la diffusion que créent les journaux, les congrès et les échanges intellectuels, chaque peuple — et le nôtre plus qu'aucun autre — suit ses capacités naturelles, subit l'influence éducatrice de son enseignement secondaire, reçoit plus tard à la faculté l'impulsion de son chef d'école, obéit aux traditions de laboratoires ou de services et, finalement, aborde un même problème sous des angles différents. La position éminente de l'anatomie pathologique, en Allemagne ; l'abondance des ressources matérielles avec lesquelles une question peut être mise en chantier en Amérique ; l'avancement remarquable des études de haute physique en Angleterre : voilà autant de conditions particulières qui expliquent la participation variable des chercheurs de diverse nationalité à l'avancement de la question du cancer.

***

L'étude expérimentale du cancer : voilà le progrès décisif qui vient de s'accomplir dans l'époque contemporaine. Pour en mesurer la portée, il faut comprendre que cela a réalisé une orientation nouvelle de nos recherches, tout un changement de méthode et de champ d'observation.

Il y a cinquante ans à peine, le cancer était encore étudié comme un *tissu mort :* toute l'œuvre des anatomo-pathologistes, de ceux surtout qui se sont succédé dans la deuxième partie du XIXe siècle, s'était consacrée à l'*étude morphologique* et au classement des tumeurs. Il ne faut point la sous-estimer : elle a été

l'analyse anatomique fondamentale, elle a précisé les types histologiques, elle reste la base de nos biopsies et, partant, de nos déterminations thérapeutiques. Et, en France, elle s'est édifiée par un groupe d'hommes de premier plan qui égalent les plus grands anatomo-pathologistes d'Allemagne : Cruveilhier, Cornil et Ranvier, Lancereaux, Malassez : voilà des noms dont la cancérologie française doit s'enorgueillir.

Mais ce dont il importe de pénétrer le secret, ce n'est point la lésion finale, le cancer immobilisé par nos réactifs fixateurs d'étude, le tissu mort. Car, c'est là une pathologie d'amphithéâtre, un catalogue de lésions *évoluées*, qui ne peut nous conduire à aucune connaissance de la production cancéreuse. Ce qu'il nous faut observer, c'est la tumeur en activité, c'est sa vie cellulaire anormale et déréglée ; c'est le cancer non point à l'état *statique*, mais à l'état *dynamique*, *dès son début* et pendant sa *croissance*, afin de déterminer, expérimentalement, quelles conditions favorisent cette modification cellulaire ou quels agents physiques ou chimiques peuvent lui faire obstacle.

Il y a quarante-cinq ans, exactement, s'est ouvert, devant les chercheurs, ce nouvel horizon, aux perspectives progressivement élargies. Et c'est une note, modeste et brève, d'une page et demie, parue en octobre 1891 dans les bulletins de la société de biologie qui inaugure cette ère de la biologie expérimentale du cancer. Elle a pour titre : l'inoculation en série d'une tumeur épithéliale de la souris blanche. L'homme qui la signe n'est point un savant en vue ; c'est un jeune adjoint d'histologie, un simple préparateur de la Faculté de médecine de Paris, un de ces laborieux auxiliaires que nous trouvons souvent à la base de grandes découvertes (témoin, Davaine, préparateur de Rayer, qui, en 1850, isola la bactéridie charbonneuse), qui y apportent leur confiante ardeur et leur imagination créatrice, et qui, dans une meilleure organisation de nos cadres de recherches, méritent de plus larges encouragements, si l'on veut que la pensée scientifique française garde sa primauté.

Donc, c'est un Français, c'est Henry Morau qui, par la méthode et la continuité de ses expériences poursuivies « de longue haleine » pendant près de six ans, de 1888, date de sa première expérience, jusqu'à 1894 où paraît, dans les Archives de Médecine expérimentale, son mémoire synthétique, doit être considéré comme l'initiateur et le fondateur de l'étude expérimentale du *cancer greffé*. Non seulement il a établi la possibilité, qu'Hanau avait déjà réalisée, de l'inoculation chez des animaux de même espèce, de tumeurs épithéliales, mais par greffes successives, en série, il a pu reproduire ces tumeurs dans 17 générations de souris. Il a admis la possibilité de la transmission par les voies digestives, et même par contagion ; il a observé, en effet, dans son élevage, l'apparition de tumeurs chez des animaux non inoculés et a émis l'hypothèse, si bien développée plus tard par Borrel, que les agents de la transmission devaient être les insectes parasites des souris. Il a étudié la sensibilité de la descendance au cancer et établi bien avant l'Américaine Miss Slye le rôle que joue l'hérédité en préparant le terrain. Il a montré ce que nous, cliniciens, nous vérifions, à savoir que la gestation accélère l'évolution de ces néoplasmes. Il a bien décrit les métastases et les généralisations que les traumas aggravent. Il a prouvé que ces néoplasmes non ulcérés ne renferment pas de bactéries. Il a, le premier, abordé la question de l'immunité par l'étude de certains animaux réfractaires au cancer.

En bref, Morau ne s'est point borné, comme on le croit, à prouver la réalité de la greffe cancéreuse. C'est l'ensemble de la question qu'il a embrassé. Les travaux étrangers qui ont suivi, ceux de Loeb, de Jensen, d'Ehrlich, de Bashford, n'ont fait que développer son programme.

Or, comme il advient souvent en France et en matière scientifique, le travail de Morau a passé d'abord inaperçu au moment de sa publication. C'est un exemple, entre beaucoup, de nos admirations « à retardement » : il faut que les idées françaises nous reviennent, par importation, d'Allemagne ou d'Amérique pour qu'elles se classent à leur vrai rang. Déjà, en 1908, Borrel nous disait, à la séance inaugurale de l'Association française contre le cancer : « Cette étude de Morau a été le travail initiateur ; elle mérite de rester dans la mémoire de tous ; elle aurait dû appeler plus tôt l'attention des chercheurs sur les tumeurs des souris ». Roussy et Menetrier, dans leurs deux livres magistraux, ont aussi consacré la valeur innovatrice de l'œuvre de Morau ; et je crois que nous accomplissons ici un acte très honorable en lui rendant, pour la première fois, ce public hommage.

Le programme de travail que Morau avait eu la prescience de tracer et d'aborder est achevé, à l'heure actuelle. De la greffe cancéreuse nous avons tiré tout ce qu'elle pouvait nous apprendre. La preuve est faite et définitive, qu'une fois amorcée la prolifération cancéreuse peut continuer de façon illimitée, et engendrer des masses énormes du cancer, chez les séries d'animaux neufs, mis successivement en expérimentation ; dès 1905, Bashford et Murray évaluaient au volume d'un éléphant, la masse néoplasique totale de tumeurs de souris qu'ils avaient ainsi produite ! De ce long labeur expérimental, une lumière surtout a jailli, qui confirme ce que la clinique nous a dès longtemps révélé : une fois implantée, la multiplication de la cellule cancéreuse n'a pas de limites ; donc, la condition du succès thérapeutique est dans la précocité du diagnostic et du traitement.

Toute idée expérimentale comporte un potentiel de vérification et d'explication : ces possibilités une fois épuisées, il faut passer à un autre objectif de travail. C'est l'attrait même de cette poursuite du fait nouveau que représente l'investigation scientifique ; et c'est ce qui fait la joie sereine du laboratoire. Morau l'avait exprimé lui-même avec modestie : « Il ne faut pas toujours espérer trouver le filon d'or dans le sillon qu'on a ouvert ; mais il faut avoir toujours l'esprit en éveil et, tout en cherchant le but proposé, savoir reconnaître les faits secondaires pour le moment, mais qui peuvent devenir le but de recherches nouvelles ».

La méthode des greffes de Morau nous avait révélé la destinée d'une parcelle cancéreuse, *transplantée dans un organisme vivant, de même espèce*. Un nouveau problème se posait, *problème cellulaire :* pous-

sant jusqu'au point central l'analyse, il s'agissait de *soustraire les cellules* composant cette parcelle *à leur milieu animal*, donc de réaliser, non plus la *transplantation*, mais *l'explantation* des éléments cancéreux, cultivés *en milieu artificiel*. Ainsi, l'on pourrait observer la cellule cancéreuse vivante, isolée, la prendre dès son état naissant, la suivre dans ses phases d'accroissement monstrueux, *entretenir sa pérennité* et sa reproduction, sans limites, dans le temps et dans l'espace.

Voici, maintenant, la réalisation de cette prodigieuse expérience. En 1912, une parcelle de cœur de poulet est prélevée, sur un embryon cueilli dans l'œuf ; dans une cellule de verre, elle est baignée d'un milieu artificiel composé de jus d'embryon de poulet, exprimé à la presse, et additionné de plasma de poule, c'est-à-dire de sang débarrassé de ses globules. Or, en 1936, ce tissu vit encore : dans cette chambre de culture, l'expérimentation a réussi à prolonger l'existence de ces quelques millimètres de tissu cardiaque, jusqu'à l'année présente, donc pendant vingt-quatre ans, presque un quart de siècle !

Réussite expérimentale grosse de conséquences biologiques, énorme malgré sa proportion infinitésimale ! Car, d'une part, ces cellules artificiellement explantées ont dépassé, depuis longtemps, la durée normale d'existence qui leur eût été départie si elles avaient continué de vivre dans le jeune poulet de 1912. Bien plus, elles n'ont plus raison de mourir : leur prolongation de vie est désormais illimitée dans le temps ; la culture cellulaire continuera indéfiniment à vivre, tant que veillera sur elle — nouvelle vestale entretenant le feu sacré de la vie — l'assistant de laboratoire chargé de la repiquer, de l'épurer de ses déchets, de la protéger contre la prolifération conjonctive parasite, de la maintenir aseptique : elle est vraiment devenue « immortelle ». D'autre part, ces cellules cultivées, quoique vivant *in vitro*, c'est-à-dire « sous verre », et non plus *in vivo*, c'est-à-dire « chez l'animal », ont gardé leur personnalité physiologique, leur fonction originelle, et continuent à battre comme le cœur même duquel elles émanent !

Donc, dès maintenant, la cellule est une unité, non plus théorique, mais expérimentale. Considérez les perspectives que nous ouvre ce fait d'expérience, merveilleux comme un roman et exact comme un théorème. C'est toute la biologie de la cellule, en culture et en voie de croissance, qui est en train de s'édifier, non seulement celle de la cellule *saine* et en multiplication normale, mais de la cellule *malade* et en prolifération désordonnée, comme celle des tumeurs malignes. Chaque type cellulaire, ainsi cultivé, montre des propriétés qui lui sont inhérentes et qu'il conserve, même lorsqu'il a été séparé du corps, pendant un temps illimité. Et de même que, dans un groupe cellulaire sain, persiste la fonction spécifique originelle, de même, nous pouvons maintenir à la cellule cancéreuse, isolément cultivée, *la pérennité de son type et de ses aptitudes*. Dès lors, nous pouvons ainsi que Claude Bernard en a dès longtemps conçu le programme, déterminer « quelles influences s'exercent sur ces éléments dans le milieu intérieur organique, quels sont leurs excitants normaux et anormaux ». Alors nous comprendrons véritablement les mécanismes de la vie. « Alors seulement, nous pourrons agir scientifiquement sur eux. »

Il appartenait à M. Alexis Carrel, de réaliser cet objectif de notre grand physiologiste Claude Bernard. Harrison n'avait obtenu *qu'une survivance cellulaire éphémère*. C'est Carrel qui a, le premier, réalisé *la culture indéfinie*, par repiquages successifs, d'éléments néoformés et qui a créé un ensemble de dispositifs propres à saisir, sous son double aspect, structural et fonctionnel, *le système cellules-milieu*, à le faire vivre sous verre, et à rendre patentes, par des modifications du milieu nutritif où ils baignent, les énergies virtuelles dont sont doués les tissus soumis à l'influence d'agents pathogènes.

Œuvre de premier plan, où apparaissent les qualités du penseur autant que l'ingéniosité du technicien ! *Œuvre française*, bien qu'accomplie dans un laboratoire américain ! Sans doute, la science nationale eût gagné en valeur directe de production, à ce que cette œuvre fût sortie d'un de nos Instituts de recherches. Mais outre que chez nous des chercheurs de la valeur de Champy, de Borrel, de Jean Verne, ont suivi avec mérite la même voie d'investigation, n'est-ce point la pensée française qui affirme, dans la personne de Carrel, ses qualités d'invention, de rigueur expérimentale, d'interprétation critique ? N'est-ce point le même homme qui, pendant la grande guerre, a doté nos ambulances d'une méthode efficace d'irrigation des plaies et qui vient d'apporter à notre littérature, par son essai sur « l'homme, cet inconnu », la contribution d'un livre profond et plein de substance ? N'est-il pas désirable, au surplus, que son exemple incite nos jeunes chercheurs à vivre sous d'autres climats scientifiques, à s'affranchir de la filière officielle des concours, à demander au nouveau monde la fréquentation de ses laboratoires, aussi généreusement dotés que l'Institut Rockfeller, l'énormité favorable du matériel d'étude, l'émulation de cerveaux de formation différente, l'ambiance de conceptions hardies et neuves que comporte la vie américaine ?

***

Dans l'étude expérimentale du cancer, une étape a été capitale : *c'est la production artificielle d'une tumeur maligne*. Ainsi, a été inaugurée une méthode capable *de créer, à volonté, du cancer*, et nous permettant de suivre *l'évolution* du processus néoplasique, dans un organisme *neuf*, depuis son *point histologique initial*, jusqu'au *terme de son développement*. Ici, il faut reconnaître que notre part initiatrice n'a pas égalé l'éclat de l'expérience révélatrice réalisée, il y a vingt-deux ans, par Yamagiwa et Itchikawa et répétée dans tous les laboratoires du monde : à savoir, la production d'un cancer par les badigeonnages au goudron. Cette fois, c'était le Japon qui traçait la route à la vieille Europe ; c'était la première et ce ne sera point la dernière surprise, venue de ce peuple laborieux, silencieux, si promptement adapté.

Mais, d'une part, ce goudronnage de la peau n'est qu'un procédé d'imitation expérimentale de certaines formes cliniques du cancer, observées chez les tra-

vailleurs du brai, de la paraffine, de l'aniline. Sans diminuer la valeur de cette trouvaille, on peut dire qu'il y a fallu plus de patience que de génie inventif, ténacité de race dont témoignent ces paroles de deux expérimentateurs japonais annonçant, au début de leurs travaux, leur ferme intention « de les poursuivre pendant le nombre d'années qui serait nécessaire ». Chez nous, Cazin avait déjà eu l'idée d'employer le coaltar comme agent cancérigène, Marie et Clunet, *cinq ans avant les Japonais*, avaient provoqué par des irritants chimiques, l'apparition, dans l'oreille du lapin, de lésions métaplasiques.

D'autre part, c'est à un Français, Jean Clunet, que revient le mérite d'avoir, dès 1910, réussi à faire apparaître une tumeur maligne, par action de rayons X. sur une radiodermite, et d'avoir ainsi réalisé, le premier, *la reproduction expérimentale du cancer röntgénien* qui a fait tant de victimes ! Ces faits de Clunet sont fondamentaux ; car, ainsi que l'a écrit Menetrier, *ils représentent la première réalisation volontaire de la production expérimentale du cancer, chez un animal sain antérieurement, au point choisi par l'opérateur.*

Considérez, je vous prie, ce fait important : à savoir l'énorme fréquence des cancers du tube digestif, chez l'homme, qui atteint le pourcentage de 65 % de la mortalité cancéreuse ? Logiquement, n'êtes-vous pas portés à en conclure que l'infestation de l'estomac et de l'intestin par l'alimentation est, très souvent, le point de départ de la lésion cancéreuse ? Et ne vous paraît-il pas vraisemblable d'admettre que certains parasites, soit qu'ils agissent eux-mêmes par irritation directe, soit qu'il faille simplement les tenir comme les convoyeurs d'un virus, sont la cause de certains cancers viscéraux ?

C'est là l'étiologie vermineuse du cancer ; et elle ne paraît pas négligeable, d'autant qu'elle a l'avantage d'ouvrir à la prophylaxie, si pauvrement active, quelques applications efficaces. Or, il faut retenir que, *dès* 1906, donc bien avant les recherches américaines de Bullock et Curtis, et six ans avant le début des travaux de Fibiger sur le cancer spiroptérien du rat, un Français, Borrel, avait affirmé et démontré que le cancer du foie, qui s'observe chez le rat, est dû à l'ingestion des œufs du *toenia crassicola* du chat. Voilà encore, à l'origine d'une des essentielles études expérimentales du cancer, un nom qui est bien de chez nous, et qui mérite d'être classé au premier rang. J'éprouve, je vous l'assure, une joie et une fierté à rendre cet hommage à ce chercheur désintéressé, à cet ingénieux expérimentateur, que j'ai vu se former à l'école de Kiener, et dont ce maître rigoureux m'a souvent vanté les qualités d'invention technique. Au poste avancé de Strasbourg, il représente l'apport scientifique de notre pays, avec une force de travail et de production qui ne craint pas la comparaison.

***

Par la découverte du radium, nous arrivons au sommet, au point maximum de cette œuvre française. Lorsque, le 26 décembre 1898, en un lendemain mémorable de Noël, dans leur communication à l'Académie des Sciences de Paris, Pierre Curie et Mme Curie annoncèrent la présence, dans le minerai de la pechblende, d'un nouvel élément *radioactif* (selon le terme qu'ils introduisirent dans le langage scientifique), qu'ils proposèrent d'appeler *radium*, on les eût profondément surpris en leur prédisant le rôle qu'allait jouer, en médecine, cette substance aux propriétés merveilleuses. Et, combien à la joie de la découverte scientifique se serait jointe, pour ces deux nobles intelligences, si passionnément altruistes, la haute satisfaction morale du bienfait que cette découverte allait apporter dans la thérapeutique du mal le plus affreux qui puisse frapper la créature humaine, de la somme des souffrances et des morts dont elle allait nous délivrer !

Certes, les résultats de *science pure* étaient immenses. En nous révélant qu'il y a, dans la nature, de colossales réserves d'énergie, la radioactivité n'était point seulement une extension de notre *savoir* ; elle devenait un accroissement de notre *pouvoir*. Sans doute, elle a influencé profondément le développement de la pensée philosophique ; la chimie, la cosmogénie en ont été totalement renouvelées ; elle a fourni la preuve de ce mouvement éternel des atomes, dont le génie grec avait eu la prescience ; elle a établi que ces atomes subissent des transmutations qu'accompagne l'émission des rayons et la vieille chimère des alchimistes a reçu, de la physique moderne, une ébauche de réalisation.

Tout cela est un progrès magnifique, dans le plan de la *connaissance*. Mais tout cela, pour l'humanité qui souffre, ne vaut pas la *puissance* bienfaisante du radium sur le cancer, ni ne peut égaler ce résultat inespéré : savez-vous qu'actuellement, *trente ans à peine après les premiers essais d'application thérapeutique* du radium, et pour nous en tenir à l'une des formes les plus douloureuses, le cancer utérin, nous pouvons dire que, *pris à sa première étape*, et par la seule ressource du radium, nous le guérissons dans une proportion qui atteint les quatre cinquièmes. Fixons un chiffre : il tue, annuellement, près de cent mille femmes dans ces quatre pays réunis : Allemagne, Etats-Unis, France, Angleterre. Donc, dès maintenant, nous pouvons, pour ces quatre nations, si notre diagnostic est précoce, sauver près de 80.000 malades et de quel mal cruel !

C'est la question, toujours posée, de la science pure et des applications imprévues de la science : c'est un chimiste, Pasteur, qui révolutionne la chirurgie; c'est Hertz découvrant les ondes électriques et ouvrant la voie à la transmission de la T.S.F.; c'est un physicien Röntgen, explorant le domaine inconnu de la décharge électrique et trouvant des rayons capables de tracer la silhouette des os au travers de la chair. Voilà les pionniers, les découvreurs, ceux qui cherchent, obéissant à l'attrait du mystère : selon le mot puissant de Jean Perrin, ce sont « les éclaireurs de l'humanité en marche ; ce qu'ils trouvent d'utile, ils le trouvent comme par surcroît ; et cependant, sans eux, on ne peut rien trouver, dans le domaine même de l'utile ».

Et admirez la prodigieuse progression de cette découverte, les étapes qui résument toute sa continuité de recherche. Car, si les rayons X ont été découverts, de façon fortuite, par Röntgen, à la fin de décembre 1895, l'extraction et la purification des premiers

milligrammes du radium sont l'aboutissement d'un long effort. La découverte initiale, dans le domaine de la radio-activité fut faite par Henri Becquerel, alors professeur au Muséum : sa première communication est de 1896 et date de quarante ans seulement : le grand physicien français vient de découvrir que les corps contenant de l'uranium émettent de façon continuelle un faible rayonnement. C'est à une femme qu'il allait être donné de préciser l'importance de ce rayonnement et de découvrir le radium. La même année, en 1896, Marie Curie a choisi, comme sujet de la thèse qu'elle prépare pour le doctorat ès sciences, l'étude des rayons uraniques : fait capital, elle observe que certains minéraux rayonnent plus que l'uranium lui-même ; logiquement, elle suppose qu'ils contiennent une *substance plus active*, encore inconnue, et c'est cet élément qu'elle entreprend d'isoler.

Et, dès lors, voici au travail ce couple exceptionnel ; car Pierre Curie, délaissant les recherches plus abstraites où il était engagé, se joint à sa femme, pour élucider et découvrir ces nouvelles substances et leurs rayons. Nul n'a donné de cette collaboration un aussi émouvant tableau que le professeur Jean Perrin. « Heures incomparables, dit-il, heures de labeur patient, enthousiaste, acharné ! Que de difficultés pourtant ! Vous allez voir la salle qui servait de laboratoire : je dis laboratoire, c'est exactement hangar qu'il faut dire. Hangar froid, humide, mal ventilé. Quelques tables de bois. Peu ou pas d'outillage. C'est là que je revois Pierre et Marie Curie extrayant, comme ils disaient en riant, « l'âme du radium », ou suivant des yeux, dans l'obscurité, la faible lueur qu'émettaient, sans s'épuiser, ces préparations où semblaient apparaître les Esprit éveillés dans le sein de la Terre ». Quand les deux savants entraient à la nuit dans leur atelier, une de leurs joies était de contempler, de tous côtés, les silhouettes lumineuses des flacons et des capsules qui contenaient ces produits nouveaux.

Sans doute, le hangar qui a abrité cette découverte nous apparaît revêtu du charme de la légende. Mais j'entends encore, à la cérémonie de la Sorbonne, en 1923, cette voix brève et grave, de Mme Curie : « Cet élément romanesque n'a pas été un avantage : il a usé nos forces et retardé les réalisations ; avec des moyens meilleurs, on eût pu réduire à deux ans les cinq premières années de notre travail et en atténuer la tension ». C'est la dure loi de pauvreté de nos laboratoires de recherches : ici, comme en beaucoup de choses, l'énergie des hommes, en France, supplée à l'insuffisance de l'organisation et nos redressements sont légendaires. L'éloquent appel de Pasteur demeure toujours nécessaire : « Prenez intérêt, je vous en conjure, à ces demeures sacrées que l'on désigne du nom expressif de laboratoires : ce sont les temples de l'avenir, de la richesse et du bien-être ».

Ces deux chercheurs, qu'unissaient l'amour de la science et l'amour, tout court, étaient, durant ces années de travail, pauvres, sans ressources, sans influence ; pendant trois ans après son mariage, Mme Curie, dans son petit logement de la rue de la Glacière, faisait son ménage et sa cuisine avant d'aller au laboratoire ; la Presse de l'époque ignorait leurs travaux... Et, malgré tout, voyez aujourd'hui... Voyez ce qui est sorti de ces humbles débuts... Un des plus grands physiciens de ce temps, Jean Perrin, a pu dire que la découverte du radium est un miracle aussi grand que fut la conquête du feu pour nos lointains ancêtres !

C'est à la France, c'est à Paris et à ses laboratoires, que revient tout l'honneur d'avoir élevé l'édifice entier de la radioactivité, d'avoir créé la radiumthérapie et de l'avoir portée au rang qu'elle occupe aujourd'hui. Le terme de « *Curiethérapie* » proposé par Degrais, consacre cette priorité d'invention créatrice, aussi justement que celui de « *Röntgenthérapie* » affirme les droits d'antériorité qui appartiennent à la science allemande, pour la découverte des rayons X. Il n'y a pas encore un demi-siècle, les laboratoires de nos deux peuples ont réalisé ces deux grands progrès scientifiques : puissent-ils ne connaître jamais que cette rivalité pour l'amélioration de la condition humaine !

L'étranger est enclin à critiquer l'inconstance de la pensée française et ses victoires inexploitées. Où trouver, cependant, dans le monde, un exemple de pareille continuité logique, d'aussi persévérant effort ? Dans les pages émouvantes où elle a évoqué la personnalité de l'époux prématurément disparu, Mme Curie a montré combien cette vie du grand savant dans son laboratoire est « une lutte opiniâtre livrée aux choses, à l'entourage, et surtout à soi-même ; entre des journées de production féconde viennent s'intercaler des journées d'incertitude, où rien ne semble réussir, où la matière elle-même semble hostile, et c'est alors qu'il faut résister au découragement. Et, sans jamais se départir de sa patience inlassable, Pierre Curie me disait parfois : « *Elle est pourtant dure la vie que nous avons choisie* ».

Ce n'est point seulement le sacrifice de sa tension intellectuelle, le don admirable de soi-même, l'obsession usante de la recherche, que représente une pareille existence ; c'est encore, pendant les cinq premières années où les Curie ont poursuivi la découverte du radium, la fatigue matérielle épuisante. « J'ai été amenée, dit Mme Curie, à traiter jusqu'à vingt kilogrammes de matières à la fois, ce qui avait pour effet de remplir le hangar de grands vases pleins de précipités et de liquides ; c'était un travail exténuant que de transporter les récipients, de transverser les liquides, et de remuer pendant des heures, au moyen d'une tige de fer, la matière en ébullition ». Pour rassembler, en quelques grains de fabuleux métal, ces quantités infinitésimales de matière active perdue dans une masse énorme, que d'attention constante ne leur fallut-il pas ! Songez, si vous voulez vous représenter ce qu'a coûté de travail de manipulation l'isolement des deux premiers centigrammes de radium par Mme Curie, qu'il a fallu les dégager, sans en égarer une parcelle, au milieu de 56.000 kilogs de substance, minerai, eau et réactifs !

Puis est venue, après l'étape de découverte scientifique, la phase d'application curiethérapique. Et là encore quels tâtonnements pour passer des essais empiriques au formulaire technique actuel ! En 1901,

Henry Becquerel avait subi une brûlure accidentelle, par un tube de radium conservé dans la poche de son gilet. « Il vint, dit Mme Curie, nous raconter ce résultat néfaste produit par le radium et s'écria, d'un air à la fois ravi et contrarié : *je l'aime, mais je lui en veux.* » — Et voilà le début, imprévu, des observations sur les effets biologiques du nouvel élément. Pierre Curie contrôle cette observation ; il expose volontairement son bras à l'action du radium, pendant quelques heures : il en résulte une lésion, semblable à une brûlure, qui se développa progressivement et mit plusieurs mois à guérir. Donc, le radium prélude à son rôle de guérison en blessant ses inventeurs !

Les premières tentatives de radiumthérapie, faites avec des produits prêtés par Pierre Curie, eurent pour objet la guérison du lupus et autres lésions de la peau. Donc, *au commencement, la radiumthérapie fut superficielle et d'application dermatologique.* A cette phase, se rattachent les noms de Wickham et Degrais qui, dans le service de Danlos, à l'hôpital Saint-Louis, fixent les règles de la radiumthérapie de surface.

En 1906, Wickham crée, rue d'Artois, *le laboratoire biologique du radium* où se fait l'essai des premiers appareils à vernis radifère, mis à sa disposition par Armet de Lisle, gros producteur de quinine, qui commence l'extraction industrielle du radium.

Un troisième collaborateur, Dominici, vient compléter l'équipe initiatrice : c'est un anatomo-pathologiste de valeur, un esprit alerte et inventif ; comme Wickham qui consacra au radium les dernières années de sa vie, il est mort prématurément, mais il a eu le temps d'apporter à la technique curiethérapique ses bases biologiques et ses principaux dispositifs techniques. C'est à Dominici que sont dues les premières études sur le comportement des cellules, normales et cancéreuses, sous l'action des rayons du radium. C'est à Dominici que revient le mérite d'avoir établi que le rayonnement gamma du radium a une action élective sur les cellules néoplasiques qu'il détruit plus rapidement que les cellules saines : notion fondamentale, qui est à la base de la curiethérapie. C'est lui qui imagine le filtrage et par l'interposition d'écrans de métaux denses, platine, or, éliminant les rayons nocifs, ne laisse passer que les ultra-pénétrants et invente les appareillages techniques : appareils plats, à sel collé pour l'emploi en surface ; appareils tubulaires, tubes d'or ou de platine, pour introduction dans les cavités naturelles ou en pleines masses tumorales. Car, entre temps, le domaine d'application de la curiethérapie s'était élargi et approfondi : Degrais, dès 1907, à Beaujon, et Rubens-Duval avaient fait les premières applications de radium sur un col utérin cancéreux. Ce laboratoire de la rue d'Artois, que j'ai connu dans son activité, fut le premier foyer de curiethérapie ; il fonctionna avec ses propres moyens et donna un bel exemple d'initiative ; il fonda la technique et enregistra les résultats initiaux : j'ai pensé que ce point d'histoire méritait ce rappel.

Pour un chirurgien de ma génération, c'est un sujet de réflexion de haut intérêt que de suivre l'évolution comparée de ces deux méthodes, *concurrentes* et souvent *complémentaires*, de la Radio et de la Curiethérapie, par lesquelles la chirurgie moderne se trouve déjà, sur plusieurs points, supplantée ou complétée.

Celui qui entre, aujourd'hui, dans une salle de radiologie a l'impression de pénétrer dans un monde nouveau : doctrine, langage, instrumentation, tout s'est transformé ; c'est une véritable usine électrique où le progrès est venu des ingénieurs, des physiciens, autant et plus que des médecins.

Au contraire, malgré la création de plus de trente nouveaux corps radioactifs, le radium reste le métal de choix ; son extraction et sa purification industrielle sont réglées par les mêmes procédés qu'avait créés Mme Curie ; son appareillage thérapeutique garde, en gros, les dispositifs dus à l'ingéniosité de Dominici. Mais, c'est dans l'ordre médical que l'avance a été poussée remarquablement : le radium est devenu un agent thérapeutique dont la matière médicale, la posologie, le dosage, les indications, le formulaire sont réglés de façon aussi exacte que l'emploi de l'insuline ou de la quinine. Sur tous les points, nous avons acquis des précisions, peu modifiables : les effets biologiques des rayons sur les éléments cancéreux et sur le rythme des multiplications cellulaires ; la radiosensibilité des tissus cancéreux et ses conditions ; le mode de distribution des doses de rayonnement ; la radio-résistance et son mécanisme ; la mise en place optima du corps radio-actif ; les durées d'application, la mesure des doses employées, le contrôle des résultats à distance.

Or, à la tête de nous tous, chefs de centres, qui avons poursuivi ces progrès techniques, notre devoir est de placer celui qui a été ici, l'observateur méthodique et rigoureux, le travailleur persévérant, l'anatomo-pathologiste et le clinicien, celui dont nous avons reçu, dans nos réunions plénières, les directives les plus précises en curiethérapie et dont nous avons toujours admiré le scrupuleux contrôle des résultats, vérifiés à distance, celui qui a porté à l'étranger la règle technique partout adoptée : j'ai nommé le professeur Regaud, qui devient un des nôtres, puisque par une distinction spéciale, l'Académie de Chirurgie vient de l'élire parmi ses Membres.

C'est, évidemment, une condition exceptionnelle de collaboration que le groupement du laboratoire Curie pour les recherches physico-chimiques et du laboratoire Pasteur pour les recherches biologiques et leurs applications médicales : ce dernier est ainsi devenu, selon le mot même de Mme Curie, le centre de curiethérapie modèle, où l'on cherche, où l'on applique, où l'on traite, où l'on enseigne. Et cette source de science est loin d'être tarie. Voici que Holweck, physicien de l'Institut, en collaboration avec son voisin de la section biologique, Lacassagne, se basant sur la nature corpusculaire des radiations, nous explique l'action élective des rayons de haute fréquence par l'hypothèse que les agents d'énergie radiante agissent sur les cellules, comme un tir de mitrailleuse sur un bataillon d'infanterie, tuant les uns, blessant ou épargnant les autres ; et une étude expérimentale approfondie vient appuyer cette curieuse conception de l'inégale *radio-sensibilité* cellulaire. Voici qu'Irène Curie et son mari Frédéric Joliot, en 1934, découvrent *la radio-activité artificielle* qui, demain, peut nous fournir de nouveaux radio-éléments, thérapeutiquement utilisables.

A toutes les étapes de la radiumthérapie, ce sont, vous le voyez, des noms français qui jalonnent la route. Notre Pays a le devoir de retenir ces noms, comme il a le droit de s'enorgueillir de cette œuvre : elle lui appartient, sans partage, une et indivisible, de même que la gloire de Verdun appartient, tout entière, au soldat de France et à la grandeur de son sacrifice !

***

Nous avons, parfois, le défaut de nous laisser dominer par l'impression de masse, de bloc, de « *building* », de quelques installations étrangères, alors que nous créons des modèles de qualité, de mesure, d'adaptation. Nul besoin de franchir l'Atlantique : allez simplement à Villejuif, visiter le centre de recherche et de traitement dont le doyen Roussy, instigateur et animateur de l'Institut du cancer, a doté la Faculté de Médecine de Paris. Là, tout est ordre, méthode, coopération. Six groupes de laboratoires travaillant sur des directives coordonnées par le Directeur et en liaison intime avec la section d'hospitalisation ; un état-major de chercheurs spécialisés ; un chef qui est l'âme de la fondation : voilà un ensemble exemplaire et capable de grand rendement. Car le chef est un Maître de premier plan en anatomie pathologique, dont l'enseignement a reçu de lui une complète refonte ; ses recherches et ses publications sur le cancer lui donnent toute autorité pour diriger les recherches à poursuivre et pour coordonner les efforts ; sa valeur clinique assure le contrôle rigoureux des résultats ; c'est un organisateur et un réalisateur, d'intelligence aiguë et nette, auquel la Faculté de Paris devra sa reconstruction moderne.

Outre de nombreux témoignages étrangers, je choisis celui de Clarence Cook Little, directeur de l'association américaine d'études sur le cancer, qui a visité récemment tous les centres d'Europe. Les deux personnalités de Regaud et de Roussy l'ont très favorablement impressionné : « Nous attendons beaucoup, a-t-il dit, de la Science française ; les chercheurs français ne se complaisent pas, comme les Allemands, dans les questions de détail ; ils font preuve d'une plus grande originalité d'invention et d'une valeur scientifique excellente ».

Actuellement, l'organisation des centres anti-cancéreux d'étude et de traitement s'est développée, en France, avec une ampleur et une méthode telles qu'il n'en est pas de supérieure en Europe. Nous pouvons même dire que, dans la plupart des pays, c'est la solution française, *rationnelle et efficace*, qui est devenue *le type unifié d'organisation normale*. La logique y conduit forcément ; la complexité des organismes qui composent un centre l'impose d'ailleurs : c'est à la fois un sanatorium anti-cancéreux, un groupe de laboratoires de recherches, un foyer d'enseignement. La fonction essentielle, c'est le traitement ; mais le centre vital du progrès ce sont les laboratoires qui jouent le rôle capital, assigné dans l'industrie moderne aux ateliers d'études.

A Paris, un certain nombre de services des Hôpitaux de l'Assistance Publique ont été compris dans ce plan d'organisation : ceux de la Salpêtrière avec

Gosset, de l'Hôtel-Dieu avec Hartmann et Cuneo ; ceux de Tenon avec Gernez ; de Necker, de Lariboisière, de Saint-Antoine. En province, c'est la répartition territoriale de ces foyers d'assistance, d'enseignement et de recherches qui, selon des types architecturaux variables, mais conformément à un objectif unique, achèvent actuellement leur pleine édification : institués auprès des grandes Universités, ils ont, dans leur ressort, une région bien circonscrite, rattachée à cette métropole par la topographie, les relations, les commodités de transport, les traditions: voilà un régionalisme excellent et qui répond à l'orientation moderne de notre vie naturelle. Restons, dans l'avenir, fidèles à cette conception ; ne dispersons ni les installations, ni les budgets, ni les efforts.

Cette création des centres régionaux de France nous la devons, d'abord, à M. le Ministre Godard qui, pendant la guerre, a groupé les cancéreux évacués des armées ; puis, surtout, à la collaboration si nettement réalisatrice, de deux hommes de cœur : M. le Ministre Strauss et le professeur Bergonié. M. Strauss dont on a si justement défini l'action sociale par la devise inscrite au revers de sa médaille Jubilaire, « Civium conditionis, non suae anxius », préoccupé de l'intérêt de ses concitoyens et non du sien ; Bergonié, physicien éminent, intelligence de haute envergure, qui mortellement atteint par les rayons X, nous a donné, jusqu'à sa dernière heure, un exemple de fermeté stoïque. En lui, saluons toute notre phalange de radiologues, victimes du devoir.

***

Et voici, enfin, à côté de ces hautes *valeurs de science*, le domaine des *valeurs morales* où s'est haussé à une particulière élévation d'idéal l'esprit de charité et d'entr'aide de notre race. Les organisations de Récamier à l'hôpital Saint-Michel ! L'Association des Dames du Calvaire ! Initiative de bonté discrètement agissante, de bienfaisance modeste et silencieuse que prit, il y a près d'un siècle, une pauvre femme frappée d'un triple deuil, Mme Garnier ! De la douleur d'une veuve était né le Calvaire de Lyon ; de la douleur d'une veuve, Mme Jousset, devait naître le Calvaire de Paris. Exemple qui n'a son égal en aucun autre pays d'une de ces créations, spontanées et libres, par lesquelles l'improvisation française se montre supérieure aux prévisions administratives et pare admirablement aux insuffisances d'organisation, à la pauvreté des ressources, au péril social de certaines lacunes d'assistance ! Œuvre émouvante qu'inspire la Foi et qu'anime le profond altruisme féminin ! Œuvre de secours volontaire, largement progressive malgré l'humilité de ses débuts, humainement efficace malgré la médiocrité de ses budgets ; mais le cœur a ses richesses que la richesse ne connaît pas !

« Seigneur, donnez à nos malades la patience et la résignation, et à nous l'esprit de Foi et de Charité ! » C'est par cette double imploration que se termine la courte prière, écrite par la grande fondatrice de l'œuvre, Mme Garnier, et que prononcent, à l'heure des pansements, les Dames du Calvaire. *Résignation et patience :* ce sont bien les vertus nécessaires à ces pauvres incurables, autrefois ballotés de service en service, abandonnés des leurs, voués à la plus pénible des fins et pour qui la détresse morale se joint à la souffrance physique.

Or, songez que, malgré tout le prodigieux effort des savants, malgré les possibilités de guérison que nous assure dès maintenant le traitement *précoce* du cancer, nos pourcentages de *cure stable*, au delà de la cinquième année, ne dépassent guère, en bloc, un tiers des cas ! Les préjugés, les retards en sont la cause. Aidez-nous, tous, à réformer l'esprit public, à démolir ce mur épais d'ignorance qui, trop souvent, sépare le malade de son salut. Mais, en attendant, considérez que cette lamentable foule des cancéreux incurables demeure la majorité, près des deux tiers des cas, près de cinquante mille malades, pour la France seulement : vous comprendrez, par l'ampleur des besoins, la grandeur de l'œuvre déjà accomplie, le devoir de la soutenir matériellement et d'aider son recrutement. Comme dit Jeanne Ancelet-Hustache dans son livre si documenté, *l'œuvre n'est point assez connue.*

Car, cet angoissant problème de l'assistance aux cancéreux incurables n'est pas d'ordre strictement administratif ; il est d'ordre sentimental. Ce qu'il faut à ces malades, ce ne sont point seulement des soins médicaux, des pansements et un dortoir : dans leur profonde détresse, ils ont besoin d'une atmosphère d'espérance, de consolation, de compassion. Entre toutes les misères humaines, celle-là est la plus cruelle, trop souvent la plus prolongée. Quelle abnégation, que rien ne répugne, quelle douce persuasion de parole, quel environnement de bonté sont nécessaires pour accompagner ces malades dans les stations dernières de leur chemin de Croix, jusqu'au repos éternel, où tout s'apaise ! Comme sainte Thérèse d'Avila, dans sa prière, la femme qui succombe au cancer utérin, invoque la mort : « Qu'elle vienne donc la douce mort ; car je meurs de ne point mourir... ». Quand on a, comme moi, vécu près de cinquante ans de chirurgie active, au contact de ces misères, on a le droit de dire : Pourquoi, mon Dieu, toutes ces souffrances ?

Et c'est ce qui donne un sens profond à cette seconde partie de la prière des Dames du Calvaire : « Seigneur, donnez-nous l'esprit de Foi et de Charité. » Car, selon le mot si vrai de mon ami le professeur Regaud, « le pur stoïcisme est rare chez les pauvres gens ». Sans doute, j'ai vu des âmes fortes et irréligieuses, conserver, jusqu'à l'étape finale, un inébranlable état moral : mais au prix de quelles luttes, dont j'ai souvent été le confident ! Pour la très grande majorité de ces cancéreux condamnés, la foi dans la vie future, et meilleure, est un *incomparable viatique pour l'achèvement de leur route douloureuse !*

La Charité ! C'est, avec la *Foi* et l'*Espérance*, l'une des trois vertus théologales. C'est, en tout cas, pour le personnel qui assiste ces malheureux, la qualité maîtresse, celle qui permet de supporter les plaies, les odeurs, les humbles besognes, les fins qui se prolongent, les paroles ingrates, parfois les révoltes, celle qui est supérieure et qui souvent supplée à l'instruction. Rappelez-vous ces paroles de saint Paul aux Corinthiens : « Quand je connaîtrais tous les mystères

et que je posséderais toute science, quand j'aurais toute la foi possible, si je n'ai pas la Charité je ne suis rien ». C'est cette force qui anime ces femmes simples et sublimes du Calvaire, celles qui inspiraient à cet Anglais, dont René Bazin, dans « La Barrière », nous raconte la visite à cette fondation : « Voilà les véritables dessous de Paris, ceux qui soutiennent l'édifice. Pays incompréhensible que la France, tant qu'on n'a pas découvert ses sauveurs permanents ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 9 JUIN 1936)

A propos de la semaine de 40 heures. — M. SIEUR dépose un vœu demandant que l'Académie donne son opinion sur les conséquences, au point de vue de l'hygiène, de la semaine de quarante heures ; que soit étudiée la limitation des boissons dont la vente sera autorisée dans les débits ; enfin il attire l'attention sur la nécessité de créer des terrains de jardinage pour les ouvriers.

Ce vœu est renvoyé à une commission composée de MM. Sieur, Marcel Labbé et Renault.

Syndrome de tuberculose inflammatoire et à localisations multiples. — MM. A. PIC et M. PIÉRY décrivent un *syndrome de tuberculose* inflammatoire et à localisations multiples de l'adolescence. Ils l'ont observé dans une proportion de 16,85 % chez les adolescents et 17,87 % chez les adolescentes, candidats aux Ecoles Normales d'instituteurs et institutrices du département du Rhône (observations portant sur 2.304 candidats pendant une période de vingt années). Il consiste dans la coexistence, chez un même sujet, de deux ou plusieurs des symptômes principaux suivants : *sclérose apexienne*, *pleurite* ou *pleuro-congestion* des sommets ou des scissures, *albuminurie intermittente*, *hypertrophie thyroïdienne*, *adénopathies cervicales*, *cypho-scoliose*, *anémie*, etc.

Les auteurs montrent qu'il s'agit d'une forme atténuée de tuberculose, en l'espèce d'une manifestation de la *tuberculose inflammatoire* de A. Poncet et R. Leriche. Il importe d'identifier la nature d'un tel syndrome aux fins d'un traitement médicamenteux, climatique ou thermal, lequel donne généralement alors, dans la majorité des cas, d'heureux résultats.

Un paralysant synthétique du système nerveux sympathique. — M. R. HAMET. Pour remédier à l'excitation anormale du système nerveux sympathique qui est à la base de nombreuses affections chroniques, la thérapeutique dispose seulement de quelques substances naturelles fournies par le règne végétal. Dans un travail présenté par le prof. G. Pouchet, Raymond Hamet montre qu'on peut obtenir les mêmes effets avec une substance synthétique chimiquement très voisine de l'adrénaline. Ainsi donc deux substances ne différant que très peu du point de vue chimique, ont une action diamétralement opposée : l'adrénaline étant en effet le plus puissant excitant du système nerveux sympathique, alors que le produit étudié par l'auteur en constitue un paralysant extrêmement actif.

Contribution à l'étude de la vaccination antirabique par les vaccins phéniqués. — MM. REMLINGER et BAILLY.

Malariathérapie de la chorée de Sydenham. — MM. GILLOT (d'Alger) et DENDALE.

Election d'un membre titulaire dans la IIIe section (hygiène), en remplacement de M. Netter.

M. PASTEUR VALLERY-RADOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, secrétaire du Conseil d'administration de l'Institut Pasteur, est élu par 60 voix contre 27 à M. Weill-Hallé et 1 à M. Dujarric de la Rivière.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 MARS 1936)

Mise au point. — M. G. PASCALIS rappelle que ce sont les travaux d'hommes indépendants, les Lemaître, Carrel, Pauchet, Petit de la Villéon, qui ont permis les plus grands progrès de la chirurgie de guerre, et en ont littéralement transformé les résultats.

Diverticules de l'appendice. — M. G. PASCALIS montre un appendice récemment enlevé au début d'une crise aiguë, dont les lésions étaient localisées nettement à trois diverticules du bord mésentérique.

Amputation interilio-abdominale.— M. G. PASCALIS, qui a eu à pratiquer récemment une amputation de ce genre, en résume brièvement la technique et montre comment il est possible d'exécuter une opération aussi grave avec chances de succès, en minimisant les causes de choc.

Tubage duodénal : modification de la sécrétion biliaire au cours d'une séance de courants exponentiels de basse fréquence. — M. AUBOURG montre l'action énergique des courants électriques de basse fréquence sur l'augmentation de la quantité de bile et de sa teneur en sels biliaires, parallèlement à la diminution du cholestérol sanguin.

L'anesthésie électrique : ses caractères (fin). — M. R. GRAIN montre que la stabilité, cinquième et dernier caractère de l'anesthésie électrique, est telle qu'aucun accident ou incident survenant dans le cours de l'évolution ne peut arriver à la faire disparaître ou fléchir. Elle n'est toutefois assurée qu'à la condition impérative de ne faire aucune anesthésie locale du larynx ni, à fortiori, aucune intervention. Est également déconseillé le traitement ambulatoire, qui risque, surtout en hiver, de provoquer des refroidissements susceptibles de compromettre la stabilité de l'anesthésie.

La guérison de la tuberculose par la tuberculine. — M. CEVEY (de Lausanne) montre par une série de projections les heureux résultats obtenus par l'administration de doses suffisantes de tuberculine ancienne et de tuberculine chimiquement modifiée dans la tuberculose pulmonaire, avec guérisons et capacité de travail maintenues depuis plus de 10 ans.

L'appendicite et le choc humoral. — M. Pierre MABILLE rapporte l'observation d'une malade ayant présenté une crise d'appendicite aiguë pendant le cours d'accidents sériques succédant à l'injection de sérum antitétanique. A cette occasion, l'auteur pense que certains cas d'appendicite succèdent à des chocs humoraux et que la désensibilisation doit s'associer à la thérapeutique chirurgicale.

Rhinoplastie par enjambement antibrachial. — M. CLAOUÉ présente une opérée de rhinoplastie par enjambement antibrachial. Il attire l'attention sur l'importance de ne pas apporter de nouvelles cicatrices et mutilations soit à la face, soit même au bras.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 49. — MERCREDI 17 JUIN 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 juin. — Mme Vallon et M. Dollfus, 19.

Classement des candidats : M. Dollfus, 86; Mme Vallon, 82.

— Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux (nomination). — *Radiothérapie.* — Séance du 11 juin. — MM. Codet, 12 ; Busy, Stuhl et Foubert, 13.

Classement des candidats par ordre de mérite :

MM. Foubert, 57 ; Busy, 54 ; Stuhl, 53 ; Codet, 52.

— Concours d'aide d'anatomie des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Questions données : « Configuration extérieure et rapports du corps thyroïde et des glandes parathyroïdes. — Physiologie du pylore. »

MM. Cauchoix et Coldefy, 26; Monsaingeon, 24 ; Barcat, 22 ; Neyraud, 26; Mathey et Lecœur, 24; Huguier, 26; Lortat-Jacob, 23.

Admissibles : MM. Coldefy, Neyraud, Cauchoix, Huguier, Le Cœur, Mathey, Monsaingeon, Lortat-Jacob.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour trois emplois de chefs de clinique adjoints à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 20 juillet 1936, à 9 h. du matin, rue Moreau, n° 17.

MM. les docteurs qui désirent concourir peuvent se faire inscrire au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 h. et de 16 à 18 h., jusqu'au samedi 11 juillet 1936 inclus.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Avis pour MM. les étudiants de 1re année.* — Conformément aux dispositions de la circulaire ministérielle du 7 avril 1934, la matière sur laquelle portera la 2e épreuve écrite du 1er examen (ou chimie, ou histologie, ou physiologie, ou physique) a été tirée au sort au début de la 1re épreuve d'examen écrit (mardi 16 juin, à 8 h. 1/2, à la bibliothèque). Il demeure entendu que cette composition écrite n'est éliminatoire que par rapport à l'examen oral correspondant.

Les étudiants éliminés à l'écrit de la matière tirée au sort seront appelés à se présenter aux trois autres examens oraux.

— Marseille. — M. Vignoli, agrégé, est nommé professeur de pharmacie.

— Nancy. — M. Simonin, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique.

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — *Section de chirurgie générale. — Leçon d'une heure.* — Séance du 12 juin. — M. Massé : « Les accidents de la rachianesthésie. »

M. Sabadini : « Les greffes cutanées. »

M. Huet : « L'étude des rétentions sanguines azotées en chirurgie générale. »

Séance du 15 juin. — M. Merle d'Aubigné : « Les complications immédiates et tardives des luxations de l'épaule. »

M. Lafargue : « La maladie kystique du sein. »

M. Luccioni : « Les indications de l'ostéosynthèse vertébrale. »

M. Fabre : « Méthodes de traitement de la tuberculose de la hanche. »

M. Fèvre : « Les endo-métriomes. »

Section de médecine générale. — Sont proposés :

Bordeaux : MM. Broustet, Dervillée.
Lille : M. Huriez.
Lyon : MM. Croizat, Delore, Josserand, Levrat.
Marseille : M. Brahic.
Montpellier : M. Pierre Rimbaud.
Nancy : M. Kissel.
Paris : MM. de Gennes, Bariéty, Coste, Lelong, Mollaret.
Toulouse : MM. Andrieux, Desforges-Mériel.
Hanoï : M. Massias.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le poste de médecin directeur de la colonie d'aliénés d'Ainay-le-Château (Allier) est vacant par suite du départ de M. le docteur Vié.

LA SEMAINE DE 40 HEURES. — A la Chambre des députés, le docteur Fié a fait adopter un amendement étendant la loi aux hôpitaux, cliniques et maisons de bienfaisance.

NÉCROLOGIE. — *Rectification.* — Par suite d'une information erronée nous avons annoncé la mort de notre confrère *Henri Michel (d'Arcachon)*. Nous sommes heureux d'apprendre que notre confrère est en excellente santé, et nous lui exprimons nos vifs regrets pour l'émotion injustifiée que nous avons causée à ses nombreux amis.

Un déjeuner en l'honneur du professeur Danielopolu. — A l'issue de sa dernière réunion, le Comité permanent de la Fédération de la Presse Médicale Latine avait organisé un déjeuner en l'honneur du Prof. Danielopolu, de Bucarest, son vice-président-fondateur.

Ce déjeuner était présidé par les Prof. Achard et Hartmann, auprès desquels avaient pris place M. Gheorghiu, secrétaire de la légation de Roumanie, représentant S. E. le ministre de Roumanie à Paris ; les docteurs Dartigues, président de l'Union Médicale Latine ; Martiny, secrétaire général de la Section médicale du Comité France-Italie ; Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse Médicale Latine ; Pereira, attaché au Consulat du Brésil ; Tuchila, médecin des hôpitaux de Jassy ; Minopoulos, d'Athènes ; Coelho, de Porto ; Jayle, Le Sourd, Gardette, Huber, Godlewski, etc.

Le Prof. Achard exprima les sentiments des membres de la Fédération et en particulier des médecins français à l'égard du Prof. Danielopolu qui a su réaliser si heureusement, durant l'année écoulée, la création de l'Académie de médecine de Roumanie, dont il est le secrétaire général et le principal animateur.

Le Prof. Danielopolu a répondu en assurant ses collègues de son dévouement à la Fédération et en rendant hommage à la Science médicale française, dont ses compatriotes sont des servants fidèles.

L'adresse suivante avait été adressée au Prof. Giordano, président de la Fédération de la Presse Médicale Latine :

« Le Comité de la Fédération de la Presse Médicale Latine vous adresse l'expression unanime de son ardente sympathie et de son admiration sans bornes pour magnifique victoire remportée en Afrique par civilisation latine. »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DE L'ESSENCE POUR LES MÉDECINS

Une certaine inquiétude s'est manifestée dans le corps médical au sujet de la distribution de l'essence nécessaire pour la visite des malades : il convient donc de rappeler les faits et de les exposer dans leur évolution.

Le jeudi 4 juin, *la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine* était avisée que la distribution d'essence était arrêtée. Dès le début de l'après-midi, des démarches furent faites auprès de la Préfecture de la Seine, de la Préfecture de Police et de la C. G. T. Ce dernier organisme manifesta immédiatement sa compréhension du problème et sa décision de le régler rapidement dans le sens utile. Au cours de l'après-midi, la Fédération fut avisée par la C. G. T. que les pourparlers engagés entre patrons et ouvriers se présentaient sous un jour assez favorable pour qu'il fût permis d'espérer que le lendemain matin, vendredi 5 juin, la distribution reprendrait. Il fut entendu que, s'il n'en était pas ainsi, des dispositions seraient immédiatement prises en faveur des médecins ; il fut également convenu qu'en cas de nouveau conflit, des mesures seraient fixées pour qu'on ne fût pas à nouveau pris au dépourvu.

Le vendredi matin, la question n'étant pas réglée, il fut communiqué à la Fédération que quatre centres de ravitaillement en essence seraient à la disposition des médecins et leur fourniraient de l'essence sur présentation d'une pièce d'identité.

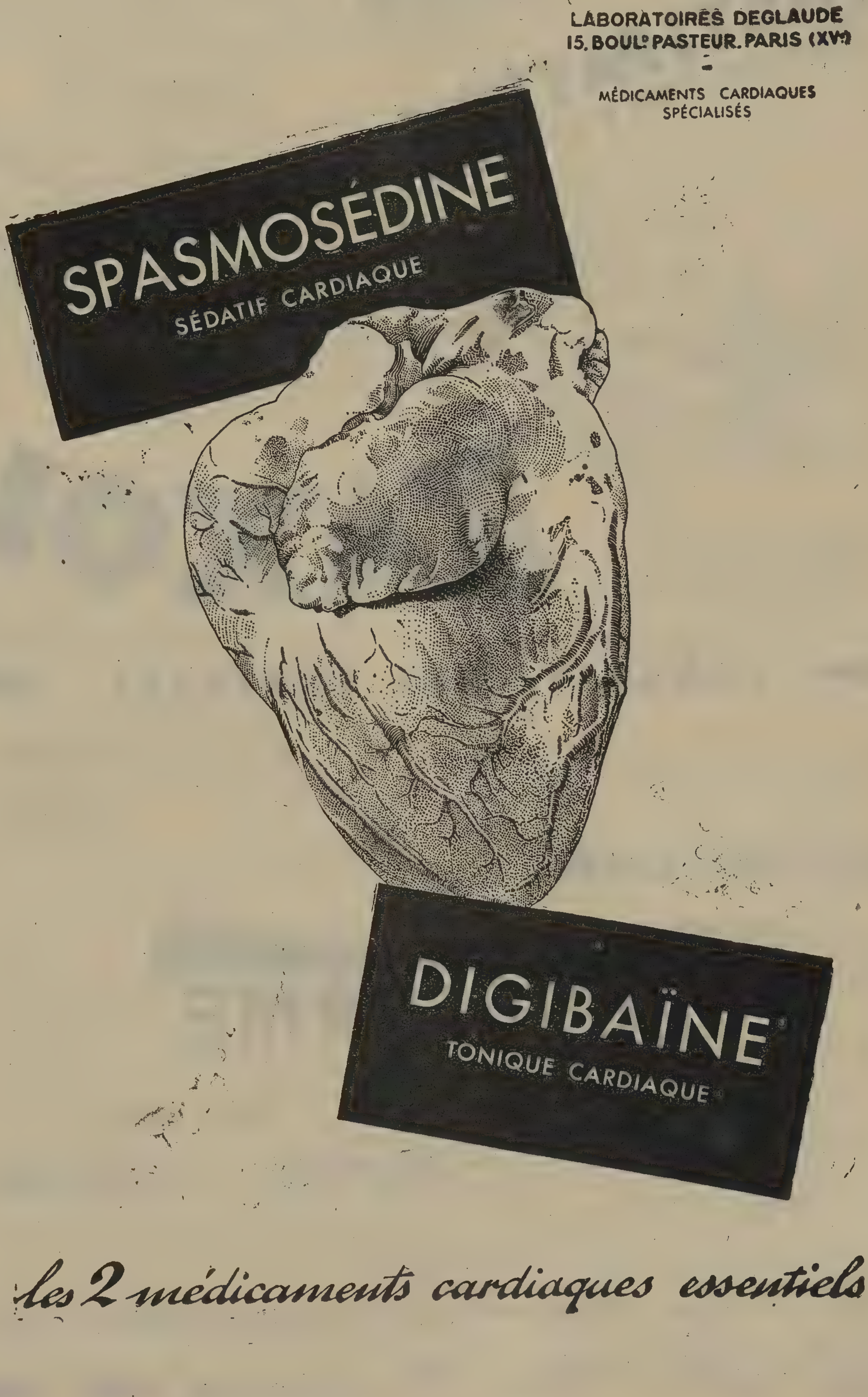
Mais bien que ces décisions eussent été prises d'accord avec la C. G. T., les comités de grève particuliers à chaque établissement firent des difficultés et finalement, malgré l'intervention à nouveau de la C.G.T., refusèrent toute livraison d'essence aux médecins.

Ce refus des comités de grève, le vendredi soir, détermina un échange de vues entre la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine et le directeur de la police municipale, M. Paul Guichard, le samedi à 9 h. 1/2 du matin. Alors, il fut, après consultation des ministères et organismes intéressés, décidé que l'approvisionnement en essence des médecins serait effectué par les soins de l'autorité militaire. Le principe établi, celle-ci fut chargée de fixer les centres de ravitaillement, ce qui fut réalisé à midi et demi.

A deux heures et demie, des lettres personnelles étaient adressées à tous les médecins de la banlieue, où la situation était particulièrement critique ; des communiqués étaient le soir même radiodiffusés par le Poste Parisien et les Postes d'Etat ; des communiqués étaient téléphonés aux journaux pour prévenir les médecins de Paris.

Mais la soudaineté de l'incident, les difficultés opposées par les comités de grève, les changements survenus dans les distributions, l'impossibilité de prévenir à temps les médecins des solutions successives, ont provoqué des retards, des erreurs, des démarches inutiles ; aussi *la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine* a-t-elle entamé des négociations pour obtenir que l'organisation indispensable à l'exercice professionnel soit prévue d'avance, pour qu'en cas de nouvelles difficultés, les médecins puissent savoir où ils devront s'adresser. Nous ne manquerons pas d'en aviser nos lecteurs dans la mesure où la soudaineté des événements nous le permettra.

L. G.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL° PASTEUR. PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels



Travail du laboratoire de médecine opératoire de la Faculté de médecine de Lille. (Directeur : Prof. agrégé : P. SWYNGHEDAUW.)

L'ABORD DU PETIT TROCHANTER PAR VOIE CRURALE INTERNE

Par M. ROBERT GARRAUD.

Une place spéciale doit être faite dans la pathologie du fémur aux lésions du petit trochanter. Cette importante saillie osseuse peut être, en effet, le siège d'une ostéo-myélite ou d'une ostéite tuberculeuse (comme nous en avons rapporté récemment un cas avec G. Bizard et F. Vandendorp) (1) qui menacent de se propager à l'articulation de la hanche et nécessitent un curettage. Enfin, une voie d'abord facile du petit trochanter permettrait l'incision de la gaine du psoas, d'où un drainage au point parfaitement déclive des psoïtis aiguës. C'est en partant de ces principes que nous avons recherché la façon la plus commode et la moins mutilante d'accéder sur le petit trochanter.

Nous rappellerons d'abord les notions anatomiques qui servent de base à cette étude, ensuite nous discuterons les avantages et les inconvénients des 4 voies possibles enfin, nous terminerons par l'exposé de la technique opératoire qui nous a paru la meilleure.

Rappel anatomique. — Le petit trochanter sur l'os sec apparaît à la partie postérieure et inférieure du col comme une saillie pyramidale triangulaire à sommet arrondi.

Ses 3 racines répondent : à la crête intertrochantérienne postérieure, au bord inférieur du col, à la branche de division moyenne de la ligne âpre sur laquelle viendra s'insérer le pectiné. C'est surtout la partie inférieure du petit trochanter qui est recouverte par le tendon psoas iliaque.

On peut songer à aborder ce petit trochanter en passant par la face antérieure de la cuisse, l'interne ou la postérieure. Nous allons voir les différentes formations que l'on rencontre dans chaque cas (fig. 1).

1° PAR LA FACE ANTÉRIEURE. — La peau et le tissu cellulaire incisés, on trouve successivement :

1° Le fascia cribriformis avec la veine saphène interne et les ganglions inguinaux toujours infectés en cas d'ostéite du petit trochanter.

2° Le plan vasculo-nerveux : artère et veine fémorale et nerf crural sont très rapprochés.

3° Le pectiné et en dessous de lui le moyen adducteur formant un rideau musculaire au-devant du petit trochanter.

4° Les branches antérieures de l'obturateur, dès leur sortie du trou obturé, sont venues se glisser en dessous du pectiné et du moyen adducteur auxquels la plus grande partie des filets est destinée. Le reste se rend au droit interne ou va donner la sensibilité de la face interne de la cuisse. Les rameaux du pectiné et du moyen adducteur naissent haut en général. On trouve toujours très facilement les branches du droit interne à 10-12 centimètres de son origine et immédiatement en dessous les branches cutanées, mais c'est surtout la fémorale profonde qui constitue l'organe principal de cet espace.

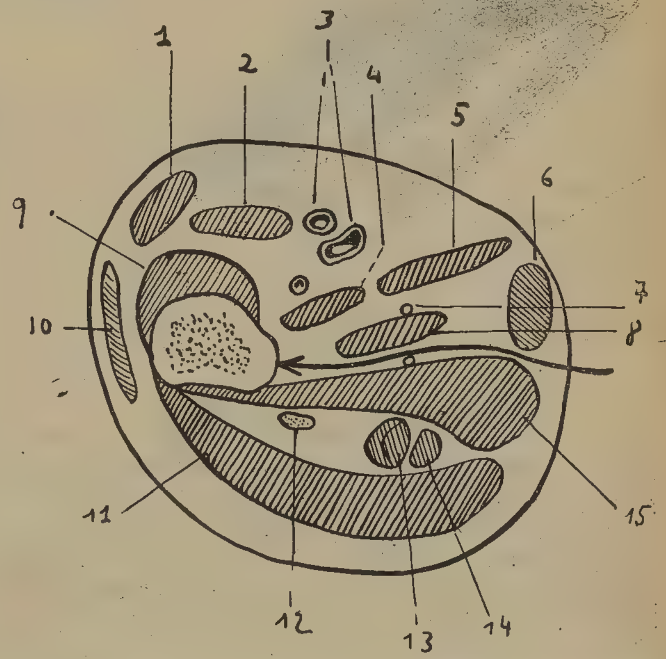


FIG. 1. — *Coupe transversale de la cuisse passant par le petit trochanter.* — 1. Couturier. — 2. Droit antérieur. — 3. Artère fémorale superficielle et veine (en dessous l'artère fémorale profonde). — 4. Pectiné. — 5. Moyen adducteur. — 6. Droit interne. — 7. Branche antérieure de l'obturateur. — 8. Petit adducteur. — 9. Vaste externe et crural. — 10. Tenseur du Fascia Lata. — 11. Grand fessier. — 12. Grand sciatique. — 13. Demi-tendineux et biceps. — 14. Demi-membraneux. — 15. Grand adducteur.

5° Le petit adducteur, dont l'obliquité est intermédiaire entre celle du pectiné et celle du moyen adducteur.

6° Les branches postérieures des vaisseaux et nerfs obturateurs, généralement appliquées sur le grand adducteur qu'elles rejoignent. D'une façon inconstante, existent des filets pour la face postérieure du petit adducteur. Dans quelques cas, très rares à la vérité, la fémorale profonde, au lieu de glisser d'abord entre le moyen et le petit adducteur, se dirige d'emblée très profondément et vient s'insinuer entre le 2e et le 3e adducteur.

7° Le plan du grand adducteur qui sépare tout ce groupe musculaire antéro-interne des éléments de la face postérieure de la cuisse.

2° PAR LA FACE INTERNE (fig. 2). — Ce sont les mêmes formations qui se présentent, mais cette fois au lieu d'aborder perpendiculairement ces 3 couches musculaires, on les trouve séparées l'une de l'autre par des espaces celluleux clivables.

Ce qu'il importe, c'est de repérer ces muscles par rapport au petit trochanter. Le pectiné remonte par son bord supérieur jusqu'au petit trochanter, le moyen adducteur en est loin, le petit s'en rapproche, enfin, la nappe musculaire du grand adducteur le dépasse.

(1) G. BIZARD, F. VANDENDORP et R. GARRAUD. Polyapophysite tuberculeuse (Coronoïde, Epitrochlée, Petit trochanter, Malléole tibiale), *Echo Médical du Nord*, t. III, n° 16, 21 avril 1935, pages 602-608.

3° PAR LA FACE POSTÉRIEURE. — Le demi-tendineux, le biceps et le demi-membraneux reposent sur le

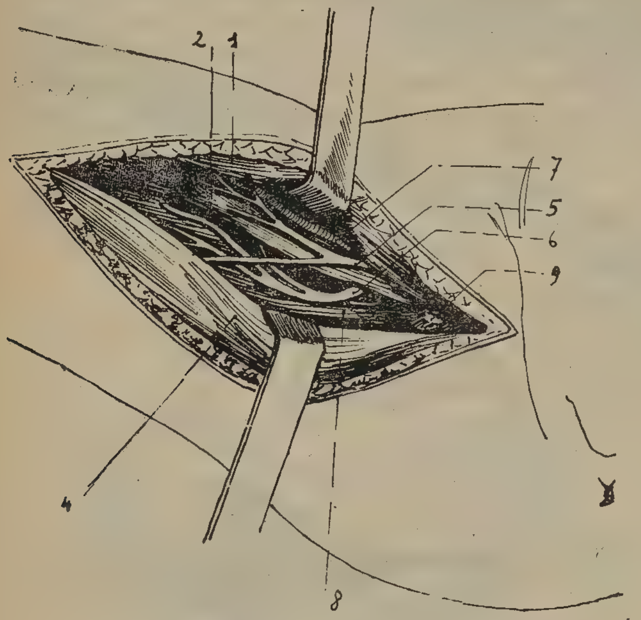


FIG. 2. — *La face interne de la cuisse.* — L'écarteur supérieur soulève le moyen adducteur (1) qui recouvre la fémorale profonde (7). — L'écarteur inférieur abaisse le droit interne (4). — On voit la branche superficielle de l'obturateur (5) donner des rameaux au moyen adducteur, à la face superficielle du petit adducteur (2) et au droit interne. — La branche profonde de l'obturateur (6) repose sur le grand adducteur (8). — Dans le haut de l'incision le petit trochanter (9).

3e adducteur, qu'il faut donc traverser pour atteindre le petit trochanter.

Les voies d'abord. — Ce succinct rappel anatomique permet immédiatement d'éliminer 2 voies : la voie crurale antérieure, à cause du danger vasculaire, la voie crurale postérieure, à cause de l'obstacle musculaire créé par le grand adducteur et le grand fessier. Cette voie amènerait en effet à des délabrements inu-

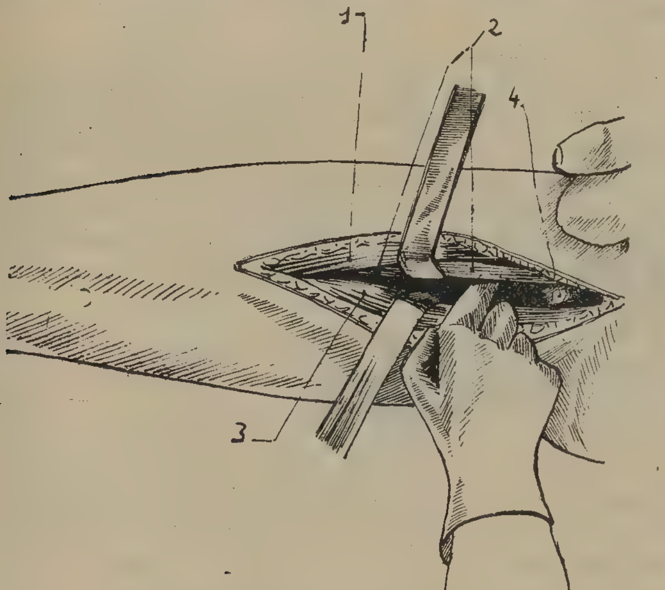


FIG. 3. — *La voie crurale interne inférieure.* — Le droit interne (1) et le petit adducteur (2) étant attirés vers le haut, le grand adducteur (3) vers le bas, on tombe directement vers le petit trochanter (4).

tiles. Reste la voie crurale interne. Nous avons vu qu'elle nous offrait divers cheminements.

1° LA VOIE CRURALE INTERNE SUPÉRIEURE (fig. 2). — Le droit interne étant récliné vers le bas, on passe entre le moyen et le petit adducteur.

Mais la fémorale profonde constitue un obstacle majeur ; d'autre part les branches musculaires destinées au droit interne et les branches cutanées limitent l'incision vers le bas. Cette voie n'est donc pas très pratique.

2° LA VOIE CRURALE INTERNE INFÉRIEURE (fig. 3). — On attire le droit interne vers le haut cette fois-ci. Le clivage au doigt entre le petit adducteur et le grand mène directement sur le petit trochanter.

Cette voie ne présente aucun danger.

Le petit adducteur protège de la fémorale profonde.

Les branches postérieures de l'obturateur sont appliquées contre le grand adducteur en arrière. Si la branche postérieure du petit adducteur gêne, sa section n'a aucune importance, puisque les filets antérieurs persistent.

Cette voie crurale interne inférieure apparaît donc parfaitement anatomique et elle peut être facilement réglée.

Technique. — I. POSITION DE L'OPÉRÉ. — Ce que l'on recherche, c'est : 1° Tendre les adducteurs; 2° Détendre le droit interne qui doit être récliné ; il faut donc mettre le membre inférieur en abduction et en demi-flexion. On réalise aisément ces conditions en plaçant le malade sur le bord de la table d'opération, la cuisse écartée et en rotation externe, la jambe fléchie, le pied reposant sur un tabouret où il est maintenu par un aide qui imprimera, le moment venu, des mouvements de circumduction à la cuisse ; ou en installant le malade dans la position gynécologique, la tige du côté à opérer étant fortement écartée de l'axe de la table.

2° POSITION DE L'OPÉRATEUR. — Le chirurgien se place entre les cuisses, l'aide en dehors du membre.

3° LIGNE D'INCISION. — On repère la corde du grand adducteur. La ligne d'incision doit être immédiatement au-dessus d'elle, elle part du pli génito-crural, et s'étend sur 10 à 12 cm.

4° MANUEL OPÉRATOIRE. — La peau et l'aponévrose incisées, on découvre le droit interne qui est récliné vers le haut, en ménageant le rameau que lui envoie l'obturateur.

Le temps délicat consiste alors à isoler le petit adducteur. On le reconnaîtra à sa direction plus transversale. Le petit adducteur est récliné vers le haut, on aperçoit sur la face antérieure du grand adducteur la branche profonde de l'obturateur qui doit être ménagée. On continue à cliver au doigt entre les deux muscles, et l'on sent très aisément le petit trochanter dans la profondeur et vers le haut.

Cette voie nous a toujours conduit directement sur le petit trochanter et nous a paru aisée à réaliser. Elle ne doit exposer, normalement, à aucune surprise désagréable, est inoffensive pour l'innervation des adducteurs, aussi nous semble-t-elle être la meilleure pour l'abord du petit trochanter.

XLIXe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE [1]

La Société française d'ophtalmologie vient de tenir son XLIXe Congrès au centre Marcelin Berthelot, dans la salle de théâtre, si confortable, dont l'acoustique est parfaite et où les projections sur l'écran sont extrêmement nettes.

Ce Congrès a marqué un nouveau progrès de la Société. Il avait été précédé de la distribution, à tous les membres, d'un Atlas de « radiographie en ophtalmologie ». L'auteur, Edward Hartmann, travaillait, depuis six ans, à la préparer. Il a réuni près de 400 figures, dans un beau volume, in-quarto, édité par la librairie Masson.

Essentiellement destiné aux ophtalmologistes, ce volume laisse de côté la technique radiologique, proprement dite (table, écran, ampoules, données électriques), mais insiste sur la position à donner à la tête, sur la meilleure incidence des rayons, selon la région que l'ophtalmologiste veut faire mettre en évidence. Une très grande partie du volume est, naturellement, consacrée à la recherche et à la localisation des corps étrangers intra-oculaires. On est toujours frappé de la force de pénétration de minuscules éclats métalliques, projetés dans l'industrie, ou de grains de plomb, ricochant de très loin. Et on est, trop souvent, tenté de méconnaître cliniquement, au début, leur pénétration dans l'œil. Pour déceler ces minuscules corps étrangers, qui, méconnus, rendent borgne et, surtout, pour les localiser exactement, une étroite collaboration des ophtalmologistes et des radiologistes est nécessaire. L'Atlas d'Edward Hartmann en indique, avec précision, les diverses techniques et sera, certainement, fort utile aux deux spécialités.

Sans parler des chapitres consacrés aux voies lacrymales, aux sinus, aux dents, à la pointe du rocher, qui s'accompagnent, tous, de belles et utiles figures, il convient d'insister sur les radiographies des tumeurs cérébrales et sur les ventriculographies, qui prennent un rôle capital à notre époque, où l'oculiste, averti par les premiers troubles visuels, par les altérations du champ visuel, doit aiguiller les malades vers le neuro-chirurgien. Pour cette collaboration encore l'Atlas d'Hartmann illustre clairement des renseignements précieux. On trouvera, plus loin, les communications, faites au Congrès et qui peuvent intéresser les médecins généraux, mais il y a lieu de signaler, particulièrement, le travail de Cuénod et Nataf, dont certaines recherches permettent de penser que les poux sont des agents de dissémination de la conjonctivite trachomateuse, cette plaie des pays d'Orient, de l'Afrique du Nord et de l'Europe centrale.

Ainsi que dans les Congrès précédents, deux grandes questions ont préoccupé, aussi, les congressistes : celle du glaucome et celle du décollement de la rétine.

On sait que les yeux durs, et qui deviennent si rapidement aveugles, peuvent, maintenant, être sauvés par les fistulisations cornéo-sclérales dont Lagrange (de Bordeaux) fut l'initiateur, mais à côté de cette fistulisation, et de cette décharge en surface, sous la conjonctive, du trop-plein liquide, on tend, aujourd'hui, à utiliser l'opération de la cyclodialyse, qui, désinsérant profondément la racine de l'iris et le corps ciliaire, amène, souvent, la détente glaucomateuse. Cette technique opératoire, combinée aux traitements médicaux, a, souvent, pour conséquence d'éviter la fistulisation qui n'agit qu'en modifiant profondément le régime tensionnel de l'œil.

Le décollement de la rétine était considéré, il y a encore une dizaine d'années, comme à peu près fatal ; il est, maintenant, guérissable dans plus de la moitié des cas. Sous l'influence de Gonin, on sait aujourd'hui qu'une déchirure de la rétine précède le décollement. En repérant cette déchirure, en l'obturant par une cicatrisation choroïdo-rétinienne, on peut obtenir la disparition du liquide sous-rétinien et la réapplication de la rétine.

Les statistiques présentées au Congrès ont confirmé, cette année encore, l'efficacité de cette technique.

Ce sont là de grands faits, dont les médecins généraux doivent être avertis.

R. O.

Trachome. Recherches expérimentales. — MM. A. CUÉNOD et ROGGER NATAF font part des nouvelles séries de recherches qu'ils entreprennent sur le trachome. Leurs constatations tant bactériologiques qu'anatomopathologiques leur ayant permis de penser que le virus trachomateux pourrait soit s'apparenter à la famille des Rickettsias, soit être véhiculé par des agents de cette famille, Cuénod et Rocger Nataf ont :

1° Inoculé du virus trachomateux dans l'intestin de poux sains chez lequel ils ont vu ainsi se développer de véritables cultures de rickettsias ;

2° Partant de ces poux ainsi inoculés, ils ont ensuite reproduit chez des singes plusieurs cas de trachome expérimental typique.

Ces expériences :

a) Semblent confirmer la conception des auteurs, signalée plus haut, sur la nature de l'agent du trachome ;

b) Permettent de penser que si le pou n'est pas nécessairement un agent de transmission du trachome, il peut constituer tout au moins un véritable réservoir de virus trachomateux.

Deux cas d'épithéliomas meibomiens, par MM TOULANT et MORARD. — Dans le premier cas, la tumeur ulcéro-végétante, ayant envahi toute la paupière supérieure gauche, fond très vite après cinq séances de radiothérapie. Depuis un an, pas de récidive.

Dans le deuxième cas, la tumeur du volume d'une noisette fut excisée. Pas de récidive depuis dix mois. Les auteurs préconisent la radiothérapie dans les cas avancés dont l'exérèse nécessiterait des plasties, et limitent l'ablation chirurgicale aux tumeurs de petit volume (5 microphotos).

Epithélioma primitif du sac lacrymal. — M. L. GENET (Lyon). Malade de soixante-dix-huit ans atteint de larmoiement d'allure banale depuis plusieurs années, apparition d'une induration du sac lacrymal en octobre 1933, phénomènes de péri-dacryocystite atténués en août 1934 avec légère hémorragie par le canalicule lacrymal, ablation chirurgicale large du sac qui se confond avec des bourgeons néoplasiques. Nettoyage de la région à la curette, application en novembre 1934 de trois séances de rayons X à doses fortes. L'examen histologique indique qu'il s'agit d'un épithélioma de type épidermoïde, pas de récidive après dix-huit mois.

Kératite tachetée d'origine filarienne. — MM. MARBAIX (Tournai) et APPELMANS (Louvain). L'intérêt de cette observation réside dans la découverte de l'origine parasitaire d'une kératite tachetée chez une Européenne ayant séjourné six ans au Congo belge dont elle est rentrée depuis deux ans. L'origine parasitaire est basée sur l'éosinophilie, sur les réactions cutanées prurigineuses et urticariennes, sur la présence de microfilaires *d'Onchocera volvulus* dans la conjonctive bulbaire. Description des lésions de la conjonctive. A signaler : l'absence de nodules sous-cutanés, l'absence de microfilaires dans le sang et le bon résultat du traitement à l'émétine — qu'il faut manier avec prudence — sur le prurit, les lésions cutanées, l'injection conjonctivale et la photophobie.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Pustule vaccinale sur la cornée. — M. MARIN-AMAT (de Madrid). Il s'agit d'un médecin pédiatre qui, au moment où il brisait un tube de lymphe vaccinale pour vacciner un enfant, reçut une particule de verre dans l'œil gauche.

Le lendemain il est vu par le communicant qui trouve de légers phénomènes réactionnels au dit œil, sans lésion apparente de la cornée, mais au huitième jour, une véritable pustule vaccinale au centre de cette membrane fait son apparition, accompagnée de grands symptômes réactionnels locaux et généraux.

Les jours suivants, l'ulcère progresse aussi bien en superficie (occupant presque toute la cornée) qu'en profondeur (occasionnant un grand abcès), sans hypopyon, mais avec une intense iridocyclite.

Après une évolution très longue de cinq mois, il put sauver l'œil, mais il reste un leucome épais et étendu qui occupe presque la totalité de la cornée et qui empêche tout à fait la vision.

Quatre cas de conjonctivite diphtérique sans fausse membrane, chez des sujets atteints de diphtéries méconnues de la gorge ou du nez. — M. EMILE HAAS rapporte quatre observations dans lesquelles le diagnostic de diphtérie a été posé exclusivement grâce à l'examen oculaire.

Il s'agissait de diphtéries du nez ou de la gorge d'apparence innocente, et dont la nature fut confirmée par les cultures.

L'auteur conseille de se méfier de certaines conjonctivites d'apparence légère avec un petit œdème des paupières, sécrétion minime, teinte livide de la peau palpébrale, adénite quelquefois peu marquée, hyperthermie légère, chez des sujets pâles et déprimés ; et de faire dans tous ces cas l'examen bactériologique de la conjonctive et du rhinopharynx.

Tuberculose oculaire et source intrathoracique. — Dr ED. WERDENBERG (Davis). La *base clinique du jugement et du traitement* de la tuberculose oculaire (ensemble des symptômes, jugement qualitatif) exige la connaissance de *trois facteurs essentiels :* 1° les *trois formes typiques* de la tuberculose oculaire, la forme exsudative, productive et fibreuse (sensibilité spécifique différente) ; 2° la *source le plus souvent intrathoracique* de l'affection dans les ganglions du hile, source de récidives oculaires. Examen de 600 radiographies pulmonaires : antagonisme dans 60 p. 100, parallélisme dans 30 p. 100 des cas entre l'état oculaire et pulmonaire (radiographie la mieux faite indispensable) ; 3° les *symptômes* manifestes d'une *affection générale tuberculeuse. But de la thérapeutique :* guérison de la tuberculose oculaire et de la source d'infection (traitement général reconstituant, cure d'altitude, traitement local).

Le mercurochrome comme stérilisant de la conjonctive avant et après l'opération de la cataracte. — M. MARIN-AMAT (de Madrid) a essayé dans son service de l'hôpital provincial de Madrid le mercurochrome dans l'eau bidistillée à 4 p. 100, pour la stérilisation des conjonctives septiques avant l'opération de la cataracte, facteur très difficile et parfois impossible à obtenir avec les antiseptiques usuels et même avec les antivirus correspondants.

Après une période de divers mois d'études basées sur de nombreuses observations personnelles avec le concours du laboratoire et de favorables résultats opératoires, l'auteur l'a adopté avec caractère obligatoire dans ses cliniques du dit hôpital.

La cyclo-dialyse. Sa technique, son pronostic, ses indications. — M. DE SAINT-MARTIN (Toulouse). Cette opération anti-glaucomateuse mérite d'être connue et généralisée en France, où elle est à peu près ignorée à l'heure actuelle.

Elle consiste à établir une fistulisation entre la chambre antérieure de l'œil et les espaces sous-choroïdiens. Dans toutes les formes du glaucome son innocuité est absolue, son efficacité, de 82 p. 100 d'après la statistique de l'auteur, de plus de 50 p. 100 d'après l'ensemble des statistiques publiées à ce jour. Ces qualités la recommandent et doivent la faire utiliser le plus tôt possible, lorsque le traitement médical s'avère inefficace et lorsque les malades ne sont pas régulièrement surveillés.

Justification des traitements médicaux du glaucome chronique. — M. JEAN GALLOIS. Du moment qu'on admet la légitimité du traitement à la pilocarpine, tant que l'opération ne s'impose pas, il n'y a pas de raison de condamner, à condition qu'ils restent prudents, les essais de traitement médical du glaucome chronique. L'examen général, montrant le grand nombre d'altérations organiques ou fonctionnelles qui existent chez ces malades, justifie des recherches qui ne se traduisent encore que par des résultats imparfaits, mais dont l'avenir montrera la valeur.

L'extraction sclérale des corps étrangers du vitré. — M. L. DOR. La comparaison des statistiques faites au point de vue de la conservation de l'acuité visuelle s'établit ainsi : 47 p. 100 pour l'extraction cornéenne, 53 p. 100 pour l'extraction sclérale. Si ces chiffres sont à peu près identiques, il y a en faveur de l'extraction sclérale à envisager qu'elle est moins brusque et qu'elle peut se faire avec de petits aimants portatifs.

L'ophtalmoscope de la clinique de Lausanne.— M. MARC AMSLER (Lausanne). Démonstration d'un petit ophtalmoscope, pour l'image renversée, qui permet le passage instantané du miroir plan au miroir concave, et vice versa, sans que soit quittée la position de visée de l'observateur.

Angiospasmes rétiniens et crises hypertensives paroxystiques. — MM. JEAN-SEDAN et G. E. JAYLE. Description à propos de trois observations, d'un type particulier de spasme rétinien, caractérisé par des accès de cécité rétinienne prolongée, à la coexistence de spasmes vasculaires multiples et la gravité du pronostic. Ce type diffère de toutes les autres formes d'angiospasmes rétiniens et paraît l'expression oculaire d'une hyperexcitabilité sympathique généralisée.

Déchirure rétinienne sans décollement. — M. L. GENET rapporte des observations et projets des images ophtalmiques de déchirures rétiniennes sans décollement. Dans un des cas il s'agit d'hémorragies massives du vitré : dans les autres cas, de déchirures traumatiques par corps étrangers pénétrants du globe, dans un cas de décollement rétinien opéré et guéri la déchirure reste visible mais est exclue par choriorétinite adhésive du pourtour.

Décollement rétinien. — M. H. ARRUGA. *L'urgence opératoire.* Plutôt que l'urgence opératoire, il faudrait signaler le repos urgent. En réalité, ce qu'il faut d'abord faire quand le diagnostic de décollement rétinien est établi, est de mettre en repos les yeux. L'opération est parfois très urgente, d'autres fois elle peut être ajournée.

L'injection d'air, dans le vitré, faite à la fin de l'opération, contribue à appliquer la rétine contre la choroïde les jours suivant l'intervention, et facilite le contact entre les deux membranes, facteur indispensable pour la guérison.

Les grandes désinsertions sont difficiles à guérir, le bord libre de la rétine ne venant jamais se réappliquer à l'endroit normal d'insertion. L'opération doit tendre à obtenir un barrage, peut-être assez postérieur, mais sur une ligne où le contact entre la choroïde et la rétine est encore possible avec le repos.

Deux cas de tumeur rétinienne polymorphe chez l'adulte. — MM. DEJEAN (Montpellier) et CAZALIS (Nice) rapportent deux cas de tumeur rétinienne polymorphe chez l'adulte. Une tumeur s'était développée dans l'œil d'une femme de soixante-deux ans et l'autre tumeur dans l'œil d'un sous-

officier de vingt-quatre ans. L'examen histologique a révélé : tumeurs divisées en lobes séparés par des cloisons fibreuses constituées par de la névroglie ; ces lobes contenaient des cellules polymorphes et quelques cellules monstrueuses ; on y retrouve les éléments variés du tissu nerveux. La rétine s'élargit pour venir former la masse tumorale. Les auteurs proposent pour ces tumeurs le nom de « neuro glioblastome » et font remarquer que la rétine n'est pas seulement apte à fabriquer des gliomes, mais des tumeurs nerveuses variées.

Tumeur intra-oculaire ignorée. Généralisation après énucléation pour buphtalmie. — M. A. Lacroix (Rouen). Deux enseignements se dégagent de cette observation :

1° Le diagnostic de buphtalmie est insuffisant : on doit en rechercher la cause et songer à la possibilité d'un processus tumoral. 2° L'énucléation faite au stade d'hypertension peut être trop tardive, même en l'absence de perforation apparente du globe oculaire.

Troubles visuels à la suite de pertes de sang. — M. Pierre Dupuy-Dutemps. *Première observation :* Atrophie optique complète d'un côté, partielle de l'autre, apparue huit jours après une importante gastrorragie qui avait déterminé un syndrome anémique grave.

Deuxième observation : Papillo-rétinite à la suite d'une fausse couche. Les examens hématologiques indiquèrent une anémie à forme plastique.

Dans ces deux cas les altérations du tissu sanguin paraissent être les seuls facteurs en cause.

Sur deux cas d'énophtalmie traumatique. — MM. Calmettes et Garipuy rapportent deux observations d'énophtalmie traumatique et en discutent le problème pathogénique. Pour expliquer les symptômes observés, ils admettent une déchirure du septum orbitaire, d'où rupture de l'équilibre statique du globe attiré en arrière par les muscles droits. Malgré le siège inférieur de la fracture du rebord orbitaire observée, ils localisent la déchirure à la partie supérieure du septum, en raison de sa moindre résistance et du caractère du déplacement du globe.

Des paralysies de fonction monoculaires. — MM. E. Aubaret et G.-E. Jayle décrivent sous ce titre des atteintes dissociées et monoculaires de la fonction motrice volontaire et de la fonction automatique vestibulaire dans une ou plusieurs directions du regard, ainsi que des atteintes portant à la fois sur ces deux motilités.

Ces troubles sont dus à des lésions siégeant entre les noyaux oculo-moteurs et les voies binoculaires du regard. Des lésions analogues permettraient d'expliquer un certain nombre de nystagmus monoculaires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 MAI 1936)

Deux observations de septicémie à bacillus funduliformis. — MM. Donzelot, A. Meyer et J. Olivier. Dans un premier cas, il y eut succession chez un malade d'un phlegmon de l'amygdale, d'une arthrite du genou et d'un ictère franc. A l'autopsie : nombreux abcès pulmonaires et dégénérescence hépatique. Dans le deuxième cas : évolution suraiguë terminée par la mort en 4 jours après le début du phlegmon amygdalien et deux jours après l'apparition de la septicémie. A l'autopsie : thrombo-phlébite de la veine jugulaire. Cette constatation pose la question de la ligature de la veine jugulaire dans les septicémies post-angineuses.

Syndrome basedowien aigu et transitoire. Etude humorale. — MM. Decourt, Kaplan et Guillaumin. Femme de 32 ans, qui après une éruption, fit successivement un syndrome basedowien grave avec métabolisme basal à 72 %. Sous l'influence du repos et du traitement iodé, la guérison se fit en quelques semaines. Pendant le syndrome basedowien : dans le sang, augmentation des protides totaux, de l'urée sanguine, diminution de la réserve alcaline ; élévation de la chlorémie plasmatique. Plus tard, pendant la rémission : diminution des protides, augmentation des lipides totaux ; retour de l'urée à la normale ; diminution de la chlorémie globulaire ; ascension de la réserve alcaline qui atteignit 83 volumes.

Diagnostic radiologique du rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte. — MM. Lian, Marchal et Abaza. Chez 4 malades porteurs de cette malformation, les auteurs ont trouvé les érosions du bord inférieur des côtes. Ce sont des encoches semi-lunaires nettes siégeant sur la moitié postérieure des neuf premières côtes. Elles sont la conséquence de la circulation artérielle de suppléance. Les artères intercostales forment par places de petits anévrysmes dont l'action pulsatile érode le bord inférieur des côtes ; aux données radiographiques cardio-aortiques inconstantes et d'interprétation délicate s'ajoute un signe caractéristique, nommé le signe du double bouton aortique. A l'intérieur de la saillie habituelle du bouton aortique, on voit un autre cercle, plus petit, duquel part la projection de l'aorte descendante.

Remarques sur le rétrécissement congénital de l'isthme aortique. Pulsatilité et dilatation des artères intercostales. — MM. Lian, Abaza et Frumusan. Leurs observations sont le résultat de 4 observations. Il est fréquent de voir la circulation collatérale intercostale se traduire par de petites dilatations pulsatiles, à condition de procéder à un examen minutieux de tous les espaces intercostaux à la face postérieure du thorax. Dans les formes frustes de la sténose isthmique aortique, le diagnostic est aidé par la dilatation et la pulsatilité des artères intercostales, ainsi que par l'existence des érosions costales, traduction radiologique de la circulation collatérale artérielle, ce qui constitue une véritable tétrade symptomatique.

Goutte ulcérée du pied avec destruction osseuse. — MM. Flandin, Poumeau de Lille et Israël. Le malade, goutteux chronique, présentait une grosse tuméfaction du pied gauche avec ulcération à la base du gros orteil. La radiographie révéla la résorption complète de la partie antérieure du premier métatarsien et de la partie postérieure de la première phalange du gros orteil. On constatait en même temps les lésions osseuses de la goutte.

Angéiographie pulmonaire. — MM. Ravina, Cottenot, Sourice et Lesauce. L'introduction d'une sonde dans l'oreillette ne présente aucun inconvénient et est bien supportée. Les faibles changements de la position de la pointe de la sonde permettent d'obtenir des images soit de l'artère pulmonaire, soit de la veine cave inférieure. En injectant l'iodure par une sonde introduite dans l'artère pulmonaire, on parvient à renforcer l'image de certaines lésions tuberculeuses.

Septicémie à streptococcus viridans. — M. Marquézy et Mlle Huguet. Chez une jeune fille de 30 ans, l'affection évolua en deux périodes : la première, caractérisée par un début brusque, une température à 40, et de l'herpès ; la deuxième, marquée par une fièvre oscillante, de l'altération de l'état général, une splénomégalie fugace, un syndrome spléno-pneumonique faisant place à un syndrome pseudo-cavitaire. L'hémoculture décela le streptococcus viridans. Ces faits doivent être distingués des septicémies à streptocoques hémolytiques et des septicémies à streptocoques

non hémolytiques non viridans. Ils doivent aussi être distingués des simples bactériémies transitoires.

Intolérance professionnelle (eczéma) au rubiazol. — MM. Sézary et Horowitz. Eczéma artificiel des mains dû à la manipulation de ce produit. Les épidermo-réactions faites avec une solution peu concentrée de rubiazol ont été positives, tandis que l'intra-dermo-réaction a été négative. L'ingestion de rubiazol a provoqué après guérison la reviviscence des lésions eczématiques. Les réactions produites sont toujours érythémato-vésiculeuses et non papuleuses ou urticariennes, ce qui confirme la localisation de l'hypersensibilité à l'épiderme seul.

Perforation de l'entérite ulcéreuse des tuberculeux. — MM. Armeuille et Duperret. A l'autopsie des tuberculeux pulmonaires, on trouve dans 75 % des cas des lésions d'entérite ulcéreuse qu'il faut distinguer des tuberculoses hypertrophiques, des tuberculoses sténosantes et des tuberculoses entéro-péritonéales. En général, l'entérite ulcéreuse ne s'accompagne pas d'adhérences ni de cloisonnements péritonéaux et la perforation, quand elle se produit, se fait en péritoine libre. Celle-ci se produit environ dans 3 % des cas et siège volontiers à la fin de l'iléon : elle demeure presque toujours une découverte d'autopsie. Elle s'accompagne rarement d'un syndrome péritonéal qui peut devenir un facteur possible de la défaillance terminale.

4 cas de spirochétose ictéro-hémorragique dans la région de Bourges. — M. Eschbach (de Bourges). Ces cas ont revêtu la symptomatologie classique, sans note méningée, la séro-réaction a été positive dans tous les cas.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 MAI 1936)

Jeune malade splanchnodyme. — M. Ombrédanne présente l'observation très complète d'une fillette de 2 ans présentant deux appareils génitaux externes complets, deux anus, dont un seul muni de sphincter, et deux côlons : il est à supposer que la dualité intestinale s'arrête à la valvule de Bauhin. L'auteur se propose de pratiquer plus tard l'implantation de l'anus incontinent à l'intérieur du sphincter.

Invagination intestinale chez l'adulte. — M. Brocq rapporte deux observations, l'une de MM. Henri Redon et Soubrane, l'autre de M. Salmon (Marseille). Dans le premier cas, il s'agit d'une invagination iléo-iléale ; les auteurs ont dû faire une entérectomie d'emblée portant sur 2 m. 40 d'intestin sphacélé et ont pu guérir leur malade ; le second cas concerne une invagination iléo-colique traitée par résection en plusieurs temps et terminée également par la guérison.

Utérus bicorne unicervical. — M. Basset rapporte cette observation de M. Chureau (Châtillon).

Fracture du semi-lunaire. — M. Mouchet en rapporte une belle observation due à M. Rousset (Ploërmel).

Hallux valgus par redoublement. — M. Sénèque rapporte cette curieuse observation de M. Imbert (Marseille).

Métastase de cancer du poumon. — M. Sénèque rapporte au nom de MM. Audibert, Imbert et Mattéi, un cas de métastases curieuses siégeant au niveau des dernières phalanges de deux doigts et sur la paroi abdominale.

Il est procédé à une élection à quatre places d'associés parisiens. Sont élus : MM. Desmarest, Banzet, Hautefort et Barbier.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 FÉVRIER 1936)

L'action préventive du chlorhydrate de 4'sulfamido-2,4, diaminoazo-benzène dans l'infection streptococcique expérimentale de la souris. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman. Le chlorhydrate de 4'sulfamido-2,4, diaminoazobenzène jouit de qualités préventives incontestables à l'égard de l'infection streptococcique expérimentale de la souris. La prévention médicamenteuse, très marquée les 5e, 10e et 23e jours, s'efface totalement le 50e.

La réaction locale après injection d'anatoxine tétanique seule ou enrobée dans la lanoline. — MM. P. Thibault et R. Richou. L'injection d'anatoxine tétanique dans le tissu sous-cutané du cobaye n'imprime à la réaction inflammatoire aucun caractère spécial, tandis que le mélange lanoline-huile d'olives détermine une forte réaction conjonctive et une lésion durable identique au paraffinôme ou au vaselinôme. C'est sans doute à cette réaction qu'il faut attribuer la valeur accrue de l'immunité que l'on obtient en associant lanoline et antigène.

Réaction tuberculinique hémorragique particulièrement intense obtenue chez des cobayes par inoculation de bacilles tuberculeux morts enrobés dans de l'huile de vaseline. M. A. Saenz. Ces réactions sont représentées par un grand placard hémorragique entouré d'un bourrelet œdémateux et sur lequel apparaissent, entre 24 et 48 heures, des zones de nécrose et d'ecchymose déterminant la formation d'une escharre qui finit par tomber au bout de 10 à 12 jours, laissant une cicatrice indélébile.

La fréquence des deux types du bacille de la tuberculose aviaire dans l'infection naturelle des oiseaux et chez les cobayes d'expériences. — M. W. Schaefer. Les bacilles aviaires isolés d'oiseaux tuberculeux ou de cobayes spontanément infectés appartiennent sans exception à l'un ou l'autre des deux types antigéniques qu'il a décrits.

Recherches sur les anisergies circulatoires en particulier au niveau de la rate et du rein. — M. M. Bariéty et Mlle D. Kohler. La caféine, l'histamine, l'acétylcholine et l'yohimbine, ne donnent pas lieu à des anisergies. Le diéthyl-amino-éthyl-éther du 2-méthoxy-6-allyl-phénol, à faible dose, produit une anisergie réno-splénique et réno-tensionnelle, qui ne se retrouve pas avec de fortes doses. L'ergotamine, à fortes doses, donne une anisergie réno-tensionnelle et spléno-tensionnelle, qui n'apparaît pas toujours avec des doses plus faibles.

Dégradation des fonctions motrices et des réactions électriques des muscles moteurs de l'œil chez l'oiseau. — M. C. Veil et M. Rochon-Duvigneaud. Limités chez presque tous les oiseaux, les mouvements des globes oculaires sont nuls chez les Rapaces nocturnes, dont l'œil est figé dans l'orbite. Leur excitabilité électrique par les divers courants galvaniques, faradiques, décharge d'accumulateurs, est également très diminuée, très fugace. Cependant, ces muscles ont l'aspect histologique et l'innervation générale des muscles doués de contractilité normale.

Détermination des dimensions des ultravirus par l'ultrafiltration. Le virus de l'herpès. — D'après MM. C. Levaditi, M. Paic et D. Krassnoff, le point terminal de la filtration devrait permettre la détermination des dimensions du virus étudié. Toutefois, au lieu d'un point terminal, il y en a toute une gamme, allant de 0,2 à 0,5 μ environ, ce qui correspondrait à des dimensions de germes de 0,1 à 0,25 μ.

Contribution à l'étude de l'action hémolysante d'un complexe saponine-phytolécithine. — M. B.-S. Levin. Une ovo-

lécithine protège le sang contre l'action lytique de la saponine. La dose la plus forte de lécithine employée, protège le mieux et la protection diminue en abaissant la concentration de la lécithine.

Avec une phytolécithine, on remarque que le pouvoir protecteur de celle-ci a son maximum pour une concentration donnée et s'affaiblit aussi bien vers le taux plus élevé que vers la concentration plus faible.

L'auteur montre qu'on peut attribuer ce phénomène à une nouvelle substance lytique formée par dégradations de la lécithine analogue à la formation de la lycocythine par l'action combinée de la lécithine et du venin de cobra.

Eloges nécrologiques. — M. ACHARD, président, prolonge les éloges nécrologiques de MM. PAWLOW et Charles NICOLLE.

(SÉANCE DU 7 MARS 1936)

Action stimulante de la sécrétine sur la sécrétion de la vagotonine par le pancréas. — MM. L. MERKLEN, C. FRANCK et R. GRANDPIERRE. Chez le chien chloralosé, l'injection intraveineuse de sécrétine est suivie : 1° d'un accroissement de l'effet cardiomodérateur de l'excitation faradique du nerf de Héring ; 2° d'un aplatissement des lois de sommation de ce même réflexe. Cette action ne s'observe pas chez l'animal dépancréaté, on ne saurait donc l'attribuer à la sécrétine elle-même.

En cas d'anastomose pancréatino-jugulaire entre un donneur hypovagotonique et un récepteur dépancréaté, l'injection de sécrétine au donneur ne provoque chez lui aucune modification du système végétatif, mais est suivie d'une augmentation du R. O. C., de l'effet cardiomodérateur de l'excitation du nerf de Héring et d'un aplatissement des lois de sommation de cet effet.

C'est donc en provoquant une stimulation de la sécrétion de vagotonine par le pancréas que la sécrétine exerce cette action sur le système végétatif.

Action stimulante de la poudre d'estomac de porc sur la sécrétion de la vagotonine par le pancréas. — MM. D. SANTENOISE, P.-L. DROUET, C. FRANCK et M. VIDACOVITCH. L'administration de poudre d'estomac de porc en ingestion est suivie de modifications végétatives semblables à celles qui sont produites par l'administration de la vagotonine. Elle se montre inefficace chez l'animal dépancréaté. Mais la transfusion de sang pancréatique par anastomose pancréatico-jugulaire entre un donneur, auquel on fait ingérer de la poudre d'estomac de porc, et un récepteur dépancréaté, produit chez ce dernier, et non chez le donneur, une augmentation du tonus vagal et de l'excitabilité réflexe vagale.

L'administration de poudre d'estomac de porc stimule la sécrétion de la vagotonine par le pancréas.

Les corps de Jolly chez les splénectomisés. — MM. P. Emile WEIL et S. PERTIS, étudiant le sang des malades atteints de splénomégalies chroniques de types divers, avant et après splénectomie, ont vu sur plus d'une centaine de malades : 1° que les corps de Jolly sont rares, exceptionnels au cours des affections septicémiques ; 2° qu'ils apparaissent de façon constante après splénectomie.

Les corps persistent pendant des années chez des sujets dont le sang est redevenu quasi normal, même en l'absence de toute anémie. Si leur nombre varie sans qu'on puisse en préciser la raison, aucun traitement antianémique ne les a fait disparaître. Ils coexistent cependant avec une légère augmentation de réticulocytes.

La splénectomie trouble donc l'évolution normale de l'hématopoïèse assurée par le couple rate-moelle osseuse, la rate n'est pas qu'un organe d'hémolyse dans le métabolisme de l'hématie.

Contribution à l'étude de l'action hémolysante d'un complexe saponine-ovolécithine. — M. B.-S. LEVIN décrit un phénomène qui consiste en ce que le pouvoir protecteur de la lécithine vis-à-vis de la saponine est d'autant plus important que la quantité de saponine est plus importante.

Ce phénomène est incompréhensible si on considère le pouvoir lytique des deux composants du complexe comme constant. On montre que la saponine ne change pas son pouvoir lytique pour les durées des expériences, contrairement la lécithine augmente graduellement son pouvoir lytique avec le temps en présence de la saponine.

L'auteur montre qu'il y a formation d'un nouveau corps lytique à partir de la lécithine ; il montrera ultérieurement que le phénomène décrit peut être utile dans la recherche de très petites doses d'une substance lytique, non décelable par l'hémolyse.

Eloge nécrologique de M. A. Netter. — M. Ch. ACHARD, président.

PRATIQUE MÉDICALE

OBÉSITÉ (TRAITEMENT PAR LE DINITROPHÉNOL) (1)

Par M. GILBERT DREYFUS.

La majorité des obésités relèvent du traitement dinitrophénolique.

Ce corps a une action immédiate sur les tissus ; il accroît le métabolisme basal et accélère les phénomènes de la nutrition.

En dehors des intoxications accidentelles, volontaires ou non, les phénomènes d'intoxication ne risquent jamais d'être déclenchés par les doses thérapeutiques (25 milligrammes par 10 kilos de poids, ne pas dépasser 25 centigrammes par jour) qui doivent être très progressivement administrées.

Les incidents de cure (urticaire, diarrhée, sueurs, etc...) disparaissent en diminuant la dose. Ils sont sans gravité aucune. Gilbert Dreyfus souligne que : agranulocytose, névrites et cataractes aiguës n'ont jamais été signalées avec les préparations françaises de nitrophénine.

Les insuccès sont rares. La chute de poids est habituellement de 2 à 3 kilogs par mois. Elle se manifeste souvent dès la première semaine, mais peut ne survenir qu'après trois ou six semaines de traitement.

Conclusion. — A condition de surveiller le malade et de s'abstenir chez les diabétiques, hépatiques et rénaux nets, d'en faire un produit de prescription strictement médicale, le dinitrophénol est un médicament de valeur dans les obésités exogènes et exo-endogènes, où le seul régime se montre insuffisant.

LIVRES NOUVEAUX

Synthèse des voies de conduction des centres nerveux (topographie structurale) (1), par M. E. LEBLANC, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine d'Alger.

L'auteur indique dans son introduction l'idée qui a présidé à l'élaboration de ce magnifique ouvrage. Nous ne pouvons mieux faire que de lui laisser la parole.

« J'ai voulu ce livre pour les neurologistes, pour les praticiens, pour les étudiants, pour tous les scientifiques qui s'intéressent aux centres nerveux.

(1) *Année médicale pratique*, 1936.

(2) Bibliothèque de la *Revue de médecine*. — Grand in-8 avec figures. — Prix : 50 fr. — Paris, F. Alcan.

« Ils y trouveront un schéma des origines et des trajets des voies de conduction que je me suis efforcé de rendre aussi clair, aussi complet qu'il m'a été possible de le faire, en l'accordant avec l'état actuel des connaissances de neurologie anatomique.

« J'ai essayé de mettre un ordre didactique pouvant être suivi sans trop de difficultés, dans des faits dont le nombre est considérable et la complexité décourageante.

« En matière de centres nerveux, rien n'est simple. Ce qui importe est, je crois, de ne pas perdre de vue des connexions qui, par des chemins détournés et des relais interposés, constituent des appareils définis ; d'écarter les conclusions indécises ; enfin, dans la mesure permise à un texte réduit et ambitieux d'une utilité pratique, de rapprocher les grands traits de la clinique et de la physiologie nerveuses, des constatations morphologiques.

« J'ai ainsi été amené à réaliser une continuité à trois étages ; chacun de ces étages, empruntant sa signification individuelle au groupement qui lui est propre des centres réflexes munis de leurs connexions, et une autre « sociale », à l'ensemble des voies de « transit » qui ne font que traverser l'étage considéré.

« Naturellement cet exposé exige pour être abordé une connaissance très sûre de la morphologie macroscopique bien décrite dans tous les traités classiques d'anatomie et de la description de laquelle je n'ai pas cru devoir grossir mon livre.

« Mon apport de faits inédits est infime, et pour réaliser la synthèse que je présente, si j'ai utilisé les vérifications personnelles de dispositifs décrits antérieurement, j'ai aussi puisé largement dans les ouvrages des neurologistes de notre temps. Une des grandes difficultés a été précisément de raccorder leurs conclusions en aspects continus.

« Morphologistes, expérimentateurs, cliniciens ont leur grande part de ce livre, avec Déjerine, Cajal, Van Gehuchten, Edinger, Winkler, Foix et ses collaborateurs, Bing, Pitres et Testut, Von Economo, Bechterew, Von Monakow, Kappers, Guillain et Y. Bertrand, etc., et les nombreux documents (articles originaux ou observations cliniques) publiés dans les revues de neurologie de langue française dans ces quinze dernières années.

« Je dois tout particulièrement signaler les emprunts faits au *Manuel de Neurologie* de Cornélis Winkler, bourré de relations pathologiques et expérimentales précieuses, mais d'une lecture si difficile par la discontinuité des chapitres, la terminologie compliquée et le caractère touffu de l'exposé.

« Enfin, j'ai accompagné mon texte de schémas, dont certains sont connus, que j'ai simplifiés, et d'autres sont construits par moi-même, pour éclairer des trajets difficiles à se représenter dans la suite des centres encéphaliques. »

Abrégé de pathologie expérimentale (1), par René FRANQUET, professeur de pathologie interne à l'Ecole de médecine de Reims, et B. GINSBOURG, lauréat de l'Académie de médecine. Préface de M. le professeur Noël FIESSINGER.

Cet ouvrage condense toutes les données de pathologie expérimentale indispensables à l'étudiant en médecine de troisième année.

Le médecin y trouvera le résumé des acquisitions les plus récentes dans le domaine de l'immunologie, de la bactériologie, des maladies infectieuses, de la physiologie pathologique et de l'endocrinologie.

Pour le praticien, une « Note clinique », en fin de chapitre, indique les directives thérapeutiques.

« Sans vouloir enlever au clinicien la prépondérance de son jugement, déclare le professeur Noël Fiessinger dans la Préface, je suis de ceux qui pensent qu'il doit savoir rai-

(1) In-8 écu de 310 pages avec figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Vigot frères.

sonner... et pour ce raisonnement, la pathologie expérimentale est, en quelque sorte, le sport d'entraînement. Le livre que je présente au public médical est un exemple de concision et de précision. Pas un livre actuel ne vaut celui-ci. »

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 18 *juin.* — Jury : MM. Roussy, président ; Claude, Gougerot, Chevallier. — M. Oudin. Epithéliomas du testicule. — M. Legarder. Etude de la valeur séméiologique du hoquet. — M. Baudet. Extension actuelle de la syphilis dans les pays de nouvelle civilisation. — M. Gazel. Maladie de Nicolas-Favre avec réaction de Frei.

Jury : MM. Marion, président ; Mocquot, Fey, Lantuéjoul. — M. Szégal. Les phlegmons périnéphrétiques bilatéraux. — Mlle Histmann. Etude des cloisons transversales congénitales du vagin.

Jeudi 18 *juin.* (*Thèse vétérinaire.*) — Jury : MM. Tanon, président ; Maignon, Panisset. — M. Monvoisin. Le lait et les produits dérivés.

NOTES POUR L'INTERNAT

TRAUMATISMES FERMÉS DU POIGNET[1]

EVOLUTION

Dans les *dislocations carpiennes sans fractures du scaphoïde*, après réduction immédiate correcte, la persistance d'arthrite traumatique a pu entraîner une incapacité allant jusqu'à 20 p. 100.

S'il s'associe une fracture du *scaphoïde*, l'ankylose est tellement fréquente qu'on compte souvent 40, 50 p. 100 d'incapacité.

L'absence de réduction entraîne : fatalement de l'arthrite traumatique avec ses douleurs, son évolution vers l'ankylose du poignet et la perte des mouvements des doigts

Très souvent des troubles dans le domaine du nerf médian (douleur névritique, atrophie musculaire, troubles trophiques et vaso-moteurs).

Quelquefois des décalcifications intenses des os du carpe, sur lesquelles nous reviendrons.

Un mot des *fractures du lunaire ;* elles entraînent peu d'impotence, donnant des signes d'« entorse du poignet » ; cependant la constatation d'un point douloureux, en avant et au-dessous du bord inférieur du radius, l'existence de douleur à la rétropulsion du 3e doigt doit y faire penser et réclamer une radiographie qui tranchera le diagnostic.

Nous avons volontairement rassemblé dans un même chapitre les lésions et aspects radiographiques du carpe post-traumatique. Sous le nom de *malacies post-traumatiques du os du carpe*, on peut décrire :

La maladie du semi-lunaire (Kienbock) ;

La maladie du scaphoïde (Kohler-Mouchet).

Dans certains cas (les plus fréquents), à la suite d'un traumatisme souvent minime, ce qui explique la venue tardive de ces blessés à l'examen, on découvre radiographiquement sur un poignet enraidi souvent gonflé et douloureux à tout essai de mobilisation :

Un aspect pomelé des os du carpe avec décalcification intense et qui dépasse largement les osselets carpiens, empiétant tant sur les métas que sur les deux os de l'avant-bras ;

Dans d'autres cas, il semble que la maladie soit affection primitive, idiopathique ou symptomatique d'une ostéomyélite larvée (os éburné et noir).

La sympathectomie périhumérale a amené d'excellent résultats thérapeutiques.

DIAGNOSTIC

Il est difficile ; il est nécessaire de penser devant tout poignet traumatisé, à la possibilité de lésions carpiennes, de ne pas se contenter de l'étiquette facile :

— *Fracture de Pouteau* (signes sus-articulaires, etc...) ;

— *Fractures articulaires* (encore peuvent-elles être associées à des lésions carpiennes comme nous l'avons dit) ;

— Surtout à l'*entorse du poignet.*

Dans un second temps, discriminer la nature de la lésion. — C'est affaire d'examen méthodique des trois zones majeures du poignet, que nous rappelons :

— Tabatière anatomique ;

— Partie sus-jacente à la base du 3e métacarpien en arrière ;

— Zone antérieure au-dessus du pli de flexion inférieur du poignet.

C'est encore nécessité d'une radio face et profil du poignet, indispensable pour localiser : l'étage des lésions : carpien ou antibrachial ; carpien associé à antibrachial ;

L'osselet en cause : sur un cliché de face : le *scaphoïde ;* sur un cliché de *profil :* le *semi-lunaire* et le *grand os.*

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

On doit essayer toujours, et aussitôt que possible, la réduction (nécessité de l'anesthésie).

1° Fracture du *scaphoïde :*

Si elle est *récente*, on doit essayer de réduire :

— Inclinaison radiale pour ouvrir la loge ;

— Refouler le fragment déplacé vers la paume ;

— Immobilisation puis massage. — En cas d'impossibilité, proposer l'ablation immédiate.

Si elle est *ancienne*, très souvent on est appelé à intervenir pour enlever le scaphoïde par voie dorsale.

2° La *dislocation du carpe.*

La radio seule permet de distinguer les énucléations du lunaire qui sont réductibles. (On regarde la face concave du lunaire.)

Si la rotation ne dépasse pas 180° :

— On placera la main dépassant la table, face postérieure de l'avant-bras prenant appui ;

— Traction de la main avec petits mouvements de flexion ;

— En même temps, hyperextension forcée ;

— Pousser le lunaire dans sa loge ainsi bâillante ;

— Plâtrer en demi-flexion.

Cette réduction peut être tentée jusqu'à *un mois après* l'accident.

S'il est *impossible de réduire*, ou si le malade est *vu tardivement*, on peut envisager :

Soit la reposition sanglante ;

Soit l'ablation du demi-lunaire ;

La voie postérieure donnant un meilleur jour. (Excellents résultats dans la deuxième intervention.)

Enfin, dans les cas très anciens, on peut :

Soit *extirper le lunaire* (traitement de choix) ;

Soit faire une *résection du carpe.*

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 45, p. 826 ; n° 47, p. 858.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 50. — SAMEDI 20 JUIN 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'aide d'anatomie des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Question donnée : « Rapports de l'artère sous-clavière droite. »

MM. Le Cœur, 24; Lortat-Jacob, 25 ; Huguier, 28; Coldefy, 23; Monsaingeon, 25; Neyraud, 28.

Epreuve de dissection. — Question donnée : « Nerf cubital à l'avant-bras et à la main, c'est-à-dire à partir de l'interligne articulaire du coude. »

MM. Neyraud, 23; Huguier, 24; Lortat-Jacob, 23; Monsaingeon, 25; Coldefy, 23.

Classement des candidats : MM. Huguier, 78; Neyraud, 77; Monsaingeon, 74; Coldefy, 72; Lortat-Jacob, 71.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — La chaire d'ophtalmologie est déclarée vacante. (*J. O.*, 16 juin 1936.)

ÉCOLE DE HANOI. — Le *Journal officiel* du 11 juin publie un décret relatif au complément de solde des professeurs agrégés ou titulaires de l'enseignement supérieur métropolitain détachés en Indochine. Ce complément est ainsi fixé :

Professeurs titulaires du cadre de Paris ou des départements : 4.500 piastres (45.000 fr.).

Agrégés de Paris ou des départements : 4.000 piastres (40.000 fr.).

Ce complément sera également attribué aux candidats institués agrégés à la suite d'un concours d'agrégation où des places auront été prévues pour l'Ecole de médecine de Hanoï.

SOCIÉTÉ ROYALE DE LONDRES. — M. le professeur H. Vincent a été élu à l'unanimité membre (honorary fellow) dans la section de médecine.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — M. Peltier, ancien médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales.

DÉFENSE NATIONALE. — M. le médecin lieutenant-colonel Arène est nommé à l'état-major particulier du ministre de la guerre.

MARINE. — Les médecins dont les noms suivent ont obtenu après concours, le titre de spécialiste des hôpitaux maritimes :

Médecine générale. — M. André, médecin de 1re classe, en service à l'Ecole de Bordeaux.

Bactériologie et anatomo-pathologie. — M. Duliscouet, médecin principal, en service à Cherbourg.

Médecine légale et neuro-psychiatrie. — M. Bayle, médecin de 1re classe, en service à la division d'instruction.

Dermato-vénéréologie. — M. Bousselet, médecin de 1re classe, en service à Lorient.

Electro-radiologie et physiothérapie. — M. Verré, médecin de 1re classe, en service à Lorient.

Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie. — M. Barrat, médecin principal, en service à Toulon.

SANTÉ PUBLIQUE. — Les délais d'inscription du concours pour trois emplois de médecins assistants au sanatorium national Vancauvenberghe de Zuydcoote sont prorogés jusqu'au 1er juillet 1936. (Pour les conditions, voir *J. O*, 9 juin 1936.)

CONCOURS. — Il est ouvert à Paris, au ministère de la Santé publique, un concours sur titres pour la nomination d'un médecin inspecteur départemental des services d'hygiène des Ardennes. — Inscription avant le 1er juillet à la Préfecture des Ardennes. (*J. O.*, 12 juin 1936.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE D'HYGIÈNE. — *Cours des gaz* (M. le professeur TANON). — Le cours des gaz s'est ouvert lundi par une conférence de M. le médecin inspecteur général SIEUR sur la protection des populations civiles.

Le colonel CARVILLE a parlé mardi des mesures de défense passive. Mercredi et jeudi, M. NAVARRE a traité la question chimique des gaz de combat. Vendredi, enfin, le médecin colonel COT a commencé à parler de la thérapeutique des gazés.

Voici les cours de la semaine prochaine :

Lundi 22 : M. COT. Organisation d'un secteur urbain.

Mardi 23 : M. COT. Appareils de protection.

Mercredi 24 : M. BRUÈRE. Organisation.

Jeudi 25 : M. COT. Fonctionnement d'un poste de secours.

Vendredi 26 : M. ANGLADE. Protection de l'habitation familiale.

Samedi 27 : M. BRUÈRE. La détection.

Rappelons que les cours ont lieu tous les soirs, à 18 h. (dimanche excepté), jusqu'au 3 juillet inclus, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales, chirurgie de l'abdomen (tube digestif et glandes annexes), en dix leçons, par M. le docteur Pierre Aboulker, prosecteur, commencera le lundi 29 juin 1936, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 250 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Un deuxième et même cours, en dix leçons, commencera le 29 juin 1936.

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours.

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

RENSEIGNEMENTS

HÔPITAL ET DISPENSAIRE FRANÇAIS DE LONDRES. — On demande un médecin-résident, remplissant les fonctions d'interne, disposé à venir pendant la période de vacances, c'est-à-dire pendant six semaines à partir du début de juillet. — Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Pierret (La Bourboule, Puy-de-Dôme), ou au secrétaire de l'hôpital et dispensaire français (172, Shaftesbury Avenue, Londres W. C. 2).

DOCTEUR recommande dame 50 ans, éduc. parf. Réf. mor. 1er ordre, dés. tr. sit. chez Dr pr recev. clientèle, tél., tiendr. pet. compt., dirig. intér., accomp. Dr stat. therm. été et hiver. — Renseignements : Mme le Dr Lesieur, 21, place de la République, Caen (Calvados).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 22 juin. — Jury : MM. Grégoire, président ; Mathieu, Ombrédanne, Cadenat. — M. HUIGNARD. Extension ganglionnaire dans le cancer du col de l'utérus. — M. POUGET. Etude du traitement des ulcères gastro-duodénaux. — M. THOREL. La jéjuno-jéjunostomie dans les gastrectomies du type Billroth II et ses dérivés. — M. FORT. Etude du traitement orthopédique des fractures de l'astragale. — M. BEAUFILS. La hanche paralytique en orthopédie. — M. ORENGO. A propos d'un cas de sténose cardio-œsophagienne de l'enfant.

Jury : MM. Baudouin, président ; Clerc, Sergent, Alajouanine. — M. BEAUMEL. Traitement de l'hypertension et ses complications par l'association médicamenteuse. — M. NAFTALIS. Contribution à l'étude du tétanos cérébral. — M. POULAIN. Etude de la sulfamido-chrysoïdine et de quelques-uns de ses dérivés. — M. ANDRÉ. Le feutrage arachnoïdien postérieur dans les lésions médullaires. — M. REYT. L'apicolyse avec plombage, paraffiné dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Mardi 23 juin. — Jury : MM. Brindeau, président ; Jeannin, Lereboullet, Vaudescal. — M. BAUDART. Les formes graves à allures septicémiques de l'infection puerpérale. — M. BAUDOUIN. Etude de l'anémie grave de la grossesse. — M. MARTIN. Infections ombilicales des nouveau-nés. — Mlle REVAULT D'ALLONNES. Consultation annexée à la Maternité Pitié. Son rôle médico-social. — M. COINTRE. Etude de l'acrodynie infantile à propos de sept cas de la maladie dans la région d'Orléans.

Jury : MM. Bezançon, président ; Carnot, Justin Besançon, Mlle J. Lévy. — M. PIGÉ. Les facteurs de sclérose dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — M. ROBERT. La cachexie hypophysaire. — M. ROIT. Importance de l'examen radiologique du poumon au cours de la typhobacillose. — M. G. FABRE. Recherches sur la cholémie et la cholestérinémie dans les maladies mentales. — M. GREMPLER. Ulcères variqueux chez les syphilitiques. — M. SZTROSBERG. Coliques hépatiques colloïdoclasiques.

Mercredi 24 juin. — Jury : MM. Léon Binet, président ; Couvelaire, Loeper, Portes. — M. CAHUET. L'allaitement maternel à la campagne. — M. CASTELLO. Recherches expérimentales sur l'action des injections intracardiaques d'atropine dans les syncopes chloroformiques primitives. — M. COLLOT. Etude des présentations primitives de la face. — M. SZWARCBORT. Etude sur l'hypotension artérielle au cours des cirrhoses hépatiques.


EUPHORYL
DERMATOSES
PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES
CUTANEES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA", 18, AVue DAUMESNIL. P
Euphoryl infantile
(GRANULÉ SOLUBLE)
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillérée à café par année d'âge.
LABORATOIRES "ANA" 18, Av. DAUMESNIL. PARIS
ANA
18, AVue DAUMESNIL. PARIS. XIIe
Hirudinase
(DRAGEES)
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues.
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA
COEFFICIENT DE FIXATION du Salicylate ANA sur la fibre cardiaque 170 %
Salicylate de Na
Salicylate ANA
150
100
50
0
Salicylate SURACTIVÉ "ANA"
SALICYLATE DE SODIUM en combinaison CALCO-MAGNÉSIENNE THIOSULFATÉE
32 gr. SALICYLATE de NA SURACTIVÉ 15 fr.
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
AMPOULES (INTRAVEINEUSES)
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HÉPATIQUES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe

REVUE GENERALE

LES NOTIONS RÉCENTES SUR LA PHYSIOLOGIE DU THYMUS

Par MM. G. WORMS et H.-PIERRE KLOTZ.

La question essentielle que pose l'étude physiologique du thymus est de savoir si l'on peut ou non ranger cet organe parmi les glandes endocrines.

Nous comptons envisager ce point particulier dans un article ultérieur et voulons seulement étudier ici d'une part les *effets des ablations thymiques* et des *injections d'extraits de thymus* et, d'autre part, les *corrélations* que présente cet organe avec les glandes à sécrétion interne.

I. — Ablation thymique

L'ablation du thymus chez les mammifères supérieurs est une opération délicate. Pour obtenir des résultats probants et constants, il faut opérer sur des animaux aussi jeunes que possible et faire appel à une technique impeccable.

Chez le CHIEN et le CHAT la thymectomie est rendue difficile par la situation basse du thymus qui rend particulièrement vulnérables, au cours de l'intervention, les gros troncs vasculaires rétrosternaux.

LE LAPIN est donc en dernier ressort l'animal de choix pour la thymectomie. Certains auteurs, à la suite de Ghika, Langerhans, Saweliew, se contentent d'une incision sus-sternale dans le fond de laquelle on voit jaillir, à chaque expiration, la partie supérieure du thymus. On saisit l'organe avec une pince, et levant fortement le manubrium sternal à l'aide d'une « Kocher », on décolle progressivement à la sonde cannelée sa partie inférieure, sans tirer, et en refoulant les plèvres avec beaucoup de soin. L'inconvénient de cette méthode est de laisser fréquemment subsister au fond de la loge thymique quelques lobules glandulaires détachés par les efforts de traction. Aussi Lucien et Parisot préfèrent-ils, comme Klose et Vogt le faisaient chez le chien, prolonger l'incision sur le manubrium sternal, ce qui permet d'obtenir un jour considérable facilitant l'intervention.

Toutes ces difficultés ont amené certains auteurs à tenter l'ablation du thymus chez le *cobaye*, la *poule*, ou même les batraciens anoures, mais l'existence de thymus accessoires chez ces animaux rend l'interprétation des résultats délicate.

A. Les suites post-opératoires immédiates de la thymectomie. — Restelli qui fit le premier en 1845 des exérèses de thymus n'obtint que 6 survies sur 98 opérés (chiens, chèvres, veaux).

Ces mauvais résultats sont en rapport avec l'atmosphère septique dans laquelle avaient lieu les expériences.

Il en est de même des tentatives d'Abelous et Billard qui, opérant sur des grenouilles, constatèrent une évolution fatale vers la mort, dans les quelques jours qui suivent la thymectomie. Les premiers qui réussirent à obtenir des survies post-opératoires furent Friedleben (1858) chez le chien, et Langerhans et Saweliew (1893) chez le lapin.

Les travaux de Ver Ecke, Hammar, Pari, Weill, Ghika montrèrent de façon indiscutable que l'extirpation du thymus était compatible avec une survie assez longue. Ces notions furent, plus près de nous, confirmées par les travaux de Klose et Vogt, de Matti, de Lucien et Parisot, de Soli, enfin de Maingot et Morel. Au cours de toutes ces expérimentations, l'on voyait par contre apparaître chez l'animal des manifestations lentes et progressives d'insuffisance thymoprive.

B. Les suites tardives de l'ablation thymique. Le syndrome d'insuffisance thymique. — Le syndrome est surtout bien connu depuis que Klose et Vogt (1910), Matti (1912), Maingot et Morel (1913), qui pratiquèrent chez le chien, les uns, une ablation chirurgicale, les autres, une destruction roentgenienne de la glande, obtinrent des résultats absolument similaires.

Ce syndrome d'insuffisance thymique évolue en plusieurs phases :

a) *Une phase de latence* qui dure un mois environ.

b) *Une phase de voracité* et d'embonpoint anormal qui dure environ deux mois : stade d'adiposité de Klose et Vogt. Le chien grossit, devient trapu, ses membres restent courts.

c) *Une phase de déchéance somatique et psychique.* Il apparaît des déformations osseuses : les pattes antérieures sont en varus, elles semblent trop courtes, les postérieures sont anormalement fléchies dans toute la jointure et se trouvent en adduction forcée. Le crâne est court et ramassé.

En même temps, l'animal maigrit. Il est triste, apathique, mange n'importe quoi, ne joue plus et somnole.

d) *Une phase cachectique* caractérisée par un état d'hypothermie progressive, puis de coma se terminant par la mort ; celle-ci est parfois hâtée par des infections intercurrentes.

On voit que, dans l'ensemble, les animaux thymectomisés présentent des troubles de la *croissance* et de l'*ossification*, une *sensibilité particulière aux infections et des lésions du système nerveux*. Ce sont ces différents troubles qu'il nous faut successivement étudier.

I. *Les troubles de la croissance.* — Signalés pour la première fois par Tarulli et lo Monacco (1896), ils ont été ensuite retrouvés par la plupart des auteurs, en particulier par Ghika qui opéra sur des chats et des lapins, par Klose et Vogt, Matti, Morel, Lucien et Parisot.

Certains auteurs soutiennent que cet arrêt de la croissance peut n'être que momentané (Ghika, Lucien et Parisot). L'étude systématique de l'insuffisance thyméoprive telle qu'elle a été faite chez le chien, nous permet de conclure que ces troubles transitoires sont le fait de thymectomies pratiquées sur des animaux trop âgés, ou de thymectomies incomplètes. Il faudra donc particulièrement se méfier de l'existence toujours possible de lobes thymiques aberrants, et n'opérer que des animaux tout jeunes, de 12 à 15 jours environ, ceci contrairement à l'opinion de Ghika, qui

croyait que le facteur « âge de l'animal » ne conditionnait pas les suites opératoires.

II. *Troubles de l'ostéogénèse.* — Friedleben, le premier, signala des troubles du squelette chez un chien éthymé ; les épiphyses étaient congestionnées, les os longs ramollis et flexibles, le périoste mince et les cavités médullaires énormes.

Tarulli et lo Monacco retrouvèrent cette incurvation caractéristique des os. Plus tard, Bash (1905) insista sur la lenteur des cals osseux après fracture chez les animaux éthymés.

Soli (1909) s'attacha à préciser la nature exacte des lésions osseuses. Elles consistent essentiellement d'après lui en :

1° Un appauvrissement de l'os en sels calcaires insoubles (appauvrissement de 50 |%) ;

2° Une diminution de l'os en longueur, d'où :

a) Une diminution du poids de l'os ;

b) Une grande fragilité de l'os ;

c) Et enfin des déformations particulièrement appréciables sur les os longs et le bassin.

Au point de vue histologique, le même auteur a montré qu'il y avait un développement insuffisant de la zone enchondrale des os longs, une tendance à la porosité, une raréfaction et une irrégularité du tissu ostéoïde, enfin des lésions nettes du cartilage sérié.

Klose et Vogt, Lucien et Parisot, Matti, confirmèrent pleinement le travail de Soli. *Il semble donc bien que le thymus joue un rôle important dans la fixation du calcium.* Certains auteurs essayèrent de préciser cette fonction.

Bash constate une abondante calciurie après thymectomie qui serait enrayée par une greffe thymique intra-péritonéale.

Bracci, à la même époque (1902), trouve chez les animaux opérés un abaissement du taux du calcium tissulaire et une abondante élimination de chaux dans les fécés.

Soli constate quelques années plus tard une diminution du taux de calcium osseux après thymectomie. Il insiste également sur la translucidité des œufs d'animaux éthymés, par suite de la minceur de la coque.

D'autres auteurs ont cependant discuté cette fonction calciorégulatrice du thymus. Sinnhuber (1904) ne trouve aucune modification de l'excrétion urinaire du Ca ni par ablation, ni par hyperthymisation. Pour Lucien et Parisot (1910), de même, la teneur en calcium des os d'animaux éthymés serait normale.

Les expériences récentes de Glaessner et Hass (1929), de Gomez (1931), qui montrèrent avec netteté l'influence considérable des extraits thymiques sur la formation des cals de fracture, et la lenteur de formation de ces cals chez les animaux éthymés, nous semblent affirmer sans discussion possible le rôle du thymus dans la fixation du calcium. Liésegang formule une hypothèse très plausible sur le processus de cette intervention. Normalement le thymus ferait la synthèse des nucléines, neutralisant, par conséquent, le Po4 H3 circulant. Du fait de l'ablation de l'organe, cet acide phosphorique se trouverait en excès dans le sang, solubiliserait les sels de Ca, d'où élimination rapide et excessive de la chaux organique. Au total, les modifications osseuses résultant de la perte du thymus, seraient la conséquence d'une intoxication acide.

III. *Sensibilité particulière aux infections.* — La résistance amoindrie aux infections, des animaux éthymés est un fait constaté et signalé dès les premières expérimentations. Cependant, il n'existe aucune expérience cruciale qui permette d'appuyer sur des bases solides cette action anti-toxique du thymus. Certes, Brieger et Kitasato ont montré que quelques bactéridies sporulées ne sporulent pas sur bouillon de thymus. Paton et Goodall ont vu que les cobayes thymectomisés succombaient plus vite que les normaux, sous l'influence d'injections de cultures de streptocoques ou de staphylocoques. Pour Ver Ecke et Pari, les grenouilles thymectomisées seraient plus fragiles que les témoins aux infections intercurrentes. Mais, par contre, Mac Lennan n'a-t-il pas prétendu que la thymectomie augmente la résistance des animaux, vis-à-vis de certaines infections ? Paton et Goodall, de leur côté, n'ont-ils pas constaté que leurs cobayes thymectomisés résistaient aussi bien que les témoins à l'intoxication diphtérique ? Les résultats de Crémieu ne semblent guère plus probants. Sur le terrain purement expérimental, la solution du problème demeure donc encore indécise.

IV. *Troubles nerveux.* — a) *Troubles psychiques.* — Klose et Vogt signalaient déjà dans leurs expériences les modifications du psychisme observées chez leurs animaux : triste, apathique, l'animal thymectomisé ne sort pas du chenil, ne joue plus, devient somnolent, mange n'importe quoi. Il devient insensible aux caresses comme aux menaces, présente des perversions variées, mange ses excréments, sa patte, sa verge (un cas de Klose). Morel insista sur ces troubles et en montra la constance. « Le chien, les traits détendus, les bajoues flasques, a l'air idiot et semble accablé. Il est lent à comprendre un geste d'accueil ou de menace ; chez le chien thymoprive, la déchéance psychique est parallèle à la déchéance somatique. »

b) *Lésions nerveuses.* — Moins connues que les précédentes, elles ont été cependant signalées. On a noté des lésions de névrite, de myélite, on a vu une augmentation de l'excitabilité électrique comparable à celle observée dans la tétanie. Matti a soigneusement étudié les lésions musculaires et a rencontré tous les intermédiaires de l'atrophie d'inactivité à l'atrophie dégénérative.

II. — Injection d'extraits thymiques

Injectés dans les veines, les extraits aqueux thymiques déterminent une brusque chute tensionnelle, avec vaso-dilatation. Cette action hypotensive avait été attribuée par les uns à une hormone vagotonique antagoniste de l'adrénaline, par les autres à la partie thymocytaire de la glande, ce qui expliquerait qu'on ne puisse l'obtenir avec les extraits thymiques d'athrepsique. En réalité, Parisot et Simonin ont montré que cette chute tensionnelle, qui pouvait s'accompagner d'accidents alarmants (dyspnée, parfois même mort subite), était d'origine protéinique. Il ne s'agit pas d'une action spécifique, mais d'une action ba-

nale commune à nombre d'extraits d'organes. Les expériences récentes d'Odinet confirment pleinement cette manière de voir.

Une administration prolongée d'extraits thymiques détermine une accélération de la croissance. Cette propriété fut étudiée chez des têtards par Guddernatsch, chez des rats blancs et des jeunes chiens par Miyagawa et Wada. Ces derniers auteurs, qui procédaient par injections parentérales et le plus souvent intrapéritonéales, ont constaté qu'au delà d'une dose optima, qui était d'environ 0 gr. 05 par kg. d'animal tous les deux jours, les doses plus élevées déterminaient au contraire un ralentissement de la croissance. Odinet a de même obtenu par hyperthymisation une augmentation du volume et de la longueur des os. Cette action stimulante s'exercerait par l'intermédiaire du thymus de l'animal, qui entrerait en hyper-activité.

Plus accessoirement, l'on a noté chez les animaux soumis à l'ingestion d'extraits de thymus, une augmentation de l'excitabilité galvanique des nerfs (Bash), un trouble du métabolisme de l'eau et des graisses.

III. — Relations fonctionnelles du thymus et des glandes endocrines

I. Thymus et thyroïde. — L'étude des rapports des glandes thymiques et thyroïdiennes a de tout temps attiré l'attention. Ces deux glandes sont-elles indépendantes l'une de l'autre ou au contraire existe-t-il une synergie étroite entre elles ?

1. Au cours d'une première période purement anatomo-clinique se fondant sur les constatations de Pierre Marie et Joffroy qui avaient constaté de l'hyperthymie chez les sujets atteints d'affection thyroïdienne (Basedow ou myxœdème), tantôt l'on regardait cette hyperthymie comme étant une manifestation secondaire, compensatrice, et l'on recommandait, par exemple, de traiter la maladie de Basedow par des extraits thymiques ; tantôt on la considérait comme primitive et l'on allait jusqu'à soutenir l'origine thymique du goitre exophtalmique ou, à l'opposé, du myxœdème. Ces théories demandaient la confirmation de l'expérimentation.

2. Les premières expériences furent contradictoires. Après extirpation thyroïdienne, certains auteurs constatèrent une diminution de poids du thymus (Hofmeister, Jeandelize, Lucien et Parisot). Cadéac et Guinard, au contraire, observèrent une augmentation de poids. Gley fit des constatations variables et conclut qu'il est fort probable qu'on décèle une hypertrophie ou une atrophie de l'organe selon qu'on l'examine avant ou après la cachexie post-opératoire.

L'extirpation du thymus a donné entre les mains de Béclard, Klose, Vogt, Matti une hypertrophie thyroïdienne, mais à l'opposé, l'hyperthymie expérimentale réalisée par injection de thymus dans la cavité péritonéale a permis également à Bucker de reproduire la maladie de Basedow.

Sous l'influence enfin de l'hyperthyroïdisme expérimental, Utterstrom ne constata aucune modification du thymus que Hoskins, au contraire, trouva fortement hypertrophié.

Devant de tels faits contradictoires, l'expérimentation devait faire appel à l'étude histologique des thymus d'animaux ainsi traités.

3. Worms et Pigache furent les premiers à pratiquer cette étude. Ils examinèrent ainsi le thymus d'un jeune chien et de deux jeunes lapins après thyroïdectomie et constatèrent l'apparition de lésions de pycnose cellulaire et de dégénérescence importantes précédées d'une phase congestive de courte durée. Malheureusement cette étude histologique du thymus après thyroïdectomie est passible d'une grosse cause d'erreur. Il est nécessaire en effet d'examiner les animaux avant la phase de cachexie stumiprive qui, comme tout état de dénutrition accentuée, entraîne une dégénérescence rapide du thymus. Aussi Dustin préfère-t-il l'étude des modifications histologiques du thymus après hyperthyroïdisation. Cet auteur put ainsi constater que l'administration de thyroïde à des têtards de Rana frisca provoque rapidement la pycnose d'un grand nombre de cellules thymiques et l'atrophie du thymus.

Plus récemment, étudiant les rapports du poids du thymus et de la thyroïde chez des sujets normaux, Dustin et Zunz concluent qu'à un corps thyroïde volumineux correspond un thymus relativement réduit et qu'inversement à un thymus volumineux correspond un corps thyroïde petit. Ces faits sont riches de conclusions théoriques : si réellement le thymus est un centre de régularisation, d'emmagasinement et de distribution des nucléoprotéines, nécessaires à l'édification des tissus, la sécrétion thyroïdienne pourrait être considérée comme un facteur de mise en liberté et d'utilisation de ces nucléines. L'action de la sécrétion thyroïdienne au cours du développement et de la réparation tissulaire s'éclairerait ainsi d'un jour nouveau.

A cette action de la thyroïde sur le thymus, il faut opposer une action inverse du thymus sur la thyroïde. Krizenecky a montré dans un premier travail que l'hyperthymie ralentit l'évolution du plumage, que l'hyperthyroïdie accélère, et diminue l'amaigrissement que cause une cure thyroïdienne. Cette action protectrice du thymus vis-à-vis de la thyroïde, ne s'exercerait qu'en cas d'hyperthyroïdisation. *Le thymus apparaît ainsi comme un régulateur de la glande thyroïde, dont la sécrétion elle-même est un excitant de la fonction thymique de mise en liberté des nucléoprotéides.*

II. Thymus et organes génitaux. — Les rapports du thymus et des glandes génitales ont de tout temps préoccupé les physiologistes. Cette question est particulièrement à l'ordre du jour depuis que M. Lereboullet et ses élèves ont introduit l'opothérapie thymique dans le traitement de certaines insuffisances génitales de l'enfance ou de la puberté.

Nous envisagerons successivement l'influence des glandes génitales sur le thymus, puis celle du thymus sur les glandes génitales.

A. *Influence des glandes génitales sur le thymus*

Hammar est le premier à avoir montré les relations étroites unissant l'*involution thymique au développe-*

ment des organes génitaux. C'est à la puberté seulement, en effet, contrairement aux notions classiques, que le thymus commence à décroître. Cette action antagoniste des glandes génitales sur le thymus fut retrouvée par la plupart des auteurs récents, dans les différentes espèces animales.

Elle est confirmée par les expériences de castration. Dès 1898 Calzolari avait noté que la castration non seulement retardait l'involution thymique, mais encore déclanchait *une hypertrophie thymique compensatrice.* Massanini, Henderson, Hammar, Soli obtinrent les mêmes résultats. Tout récemment des constatations analogues furent faites par Gellin chez le jeune lapin, Kiyonari chez le rat mâle et femelle, Jolly et Lieurre chez le cobaye mâle, enfin Greenwood chez le poulet.

En somme, l'influence antagoniste des glandes génitales sur le développement thymique est indiscutable. Elle est démontrée nettement par les deux faits essentiels suivants :

Déclin habituel du thymus à la puberté ;
Hypertrophie thymique après castration.

B. *Influence du thymus sur les glandes génitales*

A l'inverse de l'action nette des testicules et des ovaires sur le fonctionnement thymique, l'influence du thymus sur les glandes génitales est assez mal connue.

En effet, si les résultats thérapeutiques de Lereboullet, inspirés de la découverte fortuite de Camus et Gournay, sont des plus démonstratifs, les constatations des physiologistes sont, elles, très peu décisives. Elles portent sur les résultats des extirpations de thymus et des injections d'extraits thymiques.

Après *extirpation* du thymus, certains auteurs (Soli, Ranzi et Tandler, Lucien et Parisot, Williams) ont noté une atrophie testiculaire, d'autres au contraire (Bash, Klose et Vogt, Hammar) un développement prématuré des organes génitaux. Il est donc prudent de reconnaître avec Jolly et Lieurre que l'*action de la thymectomie sur le développement des organes génitaux n'est pas encore éclaircie.*

L'influence des extraits thymiques est également très discutée.

Si, cliniquement, de nombreux auteurs (Guy Laroche, Parhon et Elias, Monnerot-Dumaine) ont confirmé les premiers résultats de Lereboullet et Gournay, un travail physiologique antérieur (1914) de Hewer notait au contraire l'action inhibitrice des extraits de thymus sur la maturité sexuelle du rat. Selon la dose employée, celle-ci était seulement retardée ou complètement enrayée. Histologiquement, les cellules de la lignée séminale se détachaient sans arriver à maturation. Arthus au contraire note une action excitatrice nette sur le développement génital des rats.

Ces résultats paradoxaux trouvent peut-être leur explication dans un travail récent de Shigeru Kinugasa. Cet auteur, étudiant isolément l'influence du cortex et de la médullaire thymique sur le développement génital, aurait constaté l'action inhibitrice du cortex et l'action excitatrice de la médullaire. Selon l'âge le thymus présenterait successivement une zone corticale très épaisse (78 % de la totalité de l'organe chez l'enfant), puis une atrophie de celle-ci aux dépens de la zone médullaire, qui prendrait toute son importance au moment de la puberté et après elle.

Si cette conception venait à être vérifiée, elle éclairerait d'un jour nouveau les relations des glandes génitales et du thymus.

III. Hypophyse et thymus. — Les relations de l'hypophyse et du thymus sont mal connues.

Certains auteurs ont cru voir que dans l'acromégalie il existait une reviviscence du thymus. Soli, Matti ont observé un léger degré d'hypertrophie hypophysaire après thymectomie. Mais l'étude de la synergie hypophyso-thymique fut surtout précisée au cours de ces dernières années. Tesmesvary en 1926 montra que chez l'animal et chez la femme l'hormone thymique remplaçait et prolongeait l'action de l'hormone hypophysaire sur l'utérus. Graff Panscova démontra à son tour que l'addition de thymus augmentait le pouvoir frénateur que l'hypophyse exerce sur la diurèse. Le thymus semble également régulariser l'action hypophysaire, puisque l'adjonction d'extraits thymiques à des doses tétanisantes d'hypophyse, c'est-à-dire dangereuses, transforme les contractions utérines en contractions amples, fortes et prolongées. Aloncle confirma toutes ces notions (1931) et préconisa l'emploi de la thymo-physine chez la femme enceinte.

IV. Thymus et surrénales. — Matti a constaté une hypertrophie des médullaires surrénales après thymectomie ; par ailleurs, Boinet, Calogero, Auld, Pende ont observé une hypertrophie du thymus après surrénalectomie. Il semblerait donc exister une suppléance assez nette entre ces deux organes. Cependant Adler a observé chez des animaux ayant reçu des injections d'extraits de thymus, une augmentation de l'adrénaline du sang. Par ailleurs, les injections d'adrénaline déterminent une involution thymique accélérée. La question des rapports entre le thymus et les surrénales reste donc encore très confuse.

V. Thymus et autres glandes. — Il en est de même des rapports de suppléance ou d'antagonisme, qu'on a voulu voir entre le thymus et la rate, le foie, le pancréas ou l'appareil lymphatique.

Conclusion. — En somme, s'il est possible de soupçonner une association fonctionnelle entre le thymus et des glandes endocrines, telles que : thyroïde, surrénale, hypophyse, un seul rapport est indéniable et bien précisé : celui qui relie le thymus aux organes génitaux. *Leur développement est directement sous la dépendance d'un bon fonctionnement du thymus et leur maturité à la puberté provoque l'involution de cet organe, qui peut être retardée ou même empêchée par la castration* (1).

(1) On trouvera de plus amples détails et la bibliographie de la question dans notre ouvrage récent « Le Thymus » (1936, Paris, Masson).

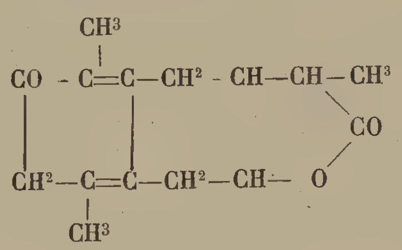
NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LA SANTONINE CHEZ L'ENFANT

Par M. L. BABONNEIX
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Syn. — Artémisine, anhydride de l'acide santoninique, lactone santoninique, santoninum (Codex), avec la mention : *à séparer.*

Définition. — La santonine est la lactone de l'acide santoninique. Inscrite à toutes les pharmacopées, figurant au tableau A, elle a pour formule brute $C^{14}H^{18}O^{3} = 246$: quant à sa formule décomposée, c'est la suivante :



Extraction. — On l'extrait des semences du semen-contra fournies par l'*Artemisia maritima,* plante de la famille des Synanthérées qui croît dans le Turkestan ainsi que dans le sud de l'Oural et qui en renferme environ 1,5 p. 100. Elle « se trouve encore dans un grand nombre de représentants du genre *Artemisia,* la tanaisie, la camomille, ainsi que dans le kousso, ce qui rend compte des propriétés de ces différentes drogues ». (G. Pouchet.)

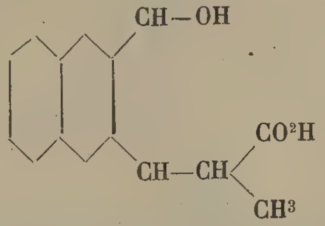
Indiquée au Codex de 1884, cette extraction se fait par digestion alcoolique en présence de chaux ; le santoninate de calcium, traité par un acide, donne naissance à de la santonine brute qui cristallise lentement ; elle est purifiée par traitement au noir animal et par cristallisation.

Propriétés physico-chimiques. — Elle se présente sous forme de « prismes rhomboïdaux droits, le plus souvent développés en tables ou en lamelles aplaties, incolores, d'aspect nacré, anhydres. Elle est inodore et possède une saveur légèrement amère ». (Codex 1920.) Très peu soluble dans l'eau, surtout froide, et dans l'éther de pétrole, peu dans l'alcool et dans l'éther, elle l'est beaucoup plus dans l'acide acétique, les alcalis, la benzine, l'essence de térébenthine, le chloroforme, les huiles grasses, le suc gastrique. Elle est fortement lévogyre.

Sèche ou humide, elle se colore en jaune sous l'action de la lumière.

Additionnée de soude ou de potasse, sa solution alcoolique prend une coloration carmin caractéristique.

Par hydratation, elle fournit deux acides isomères, solubles dans les solutions alcalines (soude, potasse ou chaux), en donnant les sels correspondant à l'acide santoninique.



Diverses réactions (distillation avec la poudre de zinc) montrent qu'elle dérive d'un composé hydrogéné et méthylé du naphtalène.

Action physiologique. — Avec MM. Richaud et Hazard, étudions successivement :

Son absorption et son élimination. — Il est vraisemblable que, dans le tube digestif, elle est, partiellement tout au moins, transformée en santoninate soluble et *absorbée* sous cette forme.

Elle est *éliminée* en nature par les fèces, mais non par les urines, qui sont colorées en jaune par un de ses dérivés, la *xanthopsine,* et qui, traitées par les alcalis, virent au rouge.

Son action générale. — Sur le *système nerveux central* des animaux à sang chaud, elle exerce une action excitatrice avec convulsions, surtout cloniques, portant principalement sur les appareils moteurs de la moelle et du cerveau, et que l'on rapproche de l'action produite par certaines huiles essentielles des plantes provenant de la famille des Synanthérées (absinthe, armoise, tanaisie). (G. Pouchet.)

Chez les animaux à sang froid, on observe surtout des paralysies, suivies d'une excitation convulsive type strychnique.

Sur *la respiration,* comme sur les *muscles* striés ou lisses, la santonine exerce une action inhibitrice.

Sur la *glycémie normale,* elle reste sans influence, mais, en cas de glycosurie, elle diminue le sucre urinaire en élevant le seuil d'élimination rénale du glucose (A. Leullier), action inverse de celle de la phloridzine.

Son *action vermifuge* se montre surtout efficace quand il s'agit d'Ascaris. Elle est moins nette sur les autres Nématodes, tels que les Oxyures. Quant aux Cestodes, ils ne sont tués que par des doses trop élevées pour pouvoir être utilisées en clinique.

Sur ces divers parasites, la santonine exerce une action d'abord excitante, qui se traduit par des mouvements désordonnés et par des convulsions, puis paralysante. « Dans les deux cas, les parasites ne sont plus fixés à la paroi intestinale et leur expulsion peut être réalisée par un purgatif approprié. » (Tiffeneau.)

Cette action vermifuge est liée à la réunion, dans la santonine, soit des fonctions lactone-O-CO- et cétone-CO-, soit de la fonction lactone et du noyau cyclique qui donne à la molécule de santonine toute son activité.

Au contraire des sels de l'acide santoninique, qui sont inactifs, les éthers éthylique et méthylique de cet acide possèdent les mêmes propriétés que la santonine.

La saturation des doubles liaisons fait disparaître l'action vermifuge.

Expérimentalement, le semen-contra se montre beaucoup plus actif que la santonine seule, particularité due à la présence, dans cette plante, d'une essence (*Oleum cinae*), très active et beaucoup plus vite absorbée que la santonine. Si, conformément aux décisions de la Conférence de Bruxelles (1925), on expérimente sur les vers de terre (Straub) ou sur les poissons rouges (Wasicki), on voit que le semen-contra et son essence produisent une paralysie rapide et définitive chez ces animaux, alors que la santonine les immobilise sans les tuer (Janot et Mouton).

Indications. — En pratique, il n'en est qu'une : **l'ascaridiose,** les autres restant encore du domaine expérimental.

Mode d'administration. Doses. — Pour donner de bons résultats, la santonine doit être administrée :

A petites doses : deux à cinq centigrammes par jour (M. Tiffeneau) ; *sous une forme convenable :* mélangée à de la confiture, à du miel, ou en paquets (v. plus loin), en dragées ou en tablettes (id.). La dose classique d'un centigramme par année d'âge nous paraît dangereuse ; ne conduit-elle pas à prescrire 0 gr. 14 de produit à un enfant de 14 ans ?

D'une manière discontinue : deux à trois jours de suite, par exemple. Il convient ensuite de *prescrire un purgatif approprié :* calomel, sulfate de soude ou de magnésie, qui s'oppose à son absorption et tue le ver, en évitant à tout prix, contrairement à l'opinion de Kuchenmeister, les *purgatifs huileux*, comme l'huile de ricin capable de dissoudre la santonine et de faciliter ainsi son absorption par l'économie.

Il est prudent de s'abstenir d'un médicament aussi actif quand il s'agit d'un *tout jeune enfant* ou d'un sujet *spasmophile.*

On formulera :

Santonine	0 gr. 03
Calomel	0 gr. 01
Sucre de lait	0 gr. 50

pour un paquet n° 2.

A prendre deux jours de suite, le matin, à jeun, dans un peu d'eau sucrée.

MM. Schikhobalova et M. S. Branzbourg admettent, pour la pratique courante, une dose journalière de 0 gr. 015 par année d'âge. Nous considérons cette dose comme trop forte. Pour la même raison, nous n'utilisons jamais les biscuits contenant chacun 0 gr. 05 de santonine, la dose toxique étant rapidement atteinte, et nous leur préférons de beaucoup les tablettes du Codex, dosées à un centigramme chacune.

Résultats. — Le médicament est-il convenablement administré, ils sont excellents. Au cas contraire, on voit souvent survenir des troubles nerveux : céphalalgie, parfois aphasie, xanthopsie, jadis attribuée à l'imprégnation des milieux transparents par la santonine ou par ses dérivés, mais qui, en réalité, doit reconnaître une cause centrale, ainsi qu'en témoigne l'association possible d'anosmie ou d'agueusie, stupeur pouvant aboutir au coma, convulsions, état confusionnel ou dépressif ; respiratoires : dyspnée ; digestifs : nausées et vomissements, diarrhée ; circulatoires : cyanose, ralentissement de la respiration et du pouls, abaissement de la température, œdèmes ; rénaux : hémoglobinurie, albuminurie. On a observé, dit à ce sujet le professeur Pouchet, un cas d'empoisonnement (Binz) après l'administration de 0 gr. 025 de santonine à un enfant de six mois.

M. E. Magri a vu, chez un garçon de 7 ans, qui avait pris de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 de santonine en une fois, survenir, au bout de deux heures, un coma complet, avec cyanose, dilatation et immobilité pupillaire et qui, après quelques secousses convulsives, se termina par la mort. Il rappelle à ce sujet deux cas analogues, dus à Coronedi et à Albertoni, dans lesquels la mort fut provoquée par l'administration de 0 gr. 30 à une fillette de 10 ans, de 0 gr. 40 à un garçon de 4 ans. M. Solmann a noté, dans trois cas où on avait donné 0 gr. 06 de santonine, une fois des accidents graves, deux fois des accidents mortels. M. H. Perrier a été appelé à donner ses soins à un petit garçon qui, ayant absorbé 0 gr. 30 de santonine en une semaine et la même dose en un jour, fut pris de troubles inquiétants : parésie des muscles de la nuque, astasie-abasie, agitation, ptosis gauche, aréflexie tendineuse, état confusionnel. MM. Ed. Lesné, Marquezy et Lambling ont apporté à la Société de Pédiatrie l'observation d'une fillette de 5 ans, probablement spasmophile, chez laquelle, consécutivement à l'absorption de 0 gr. 05 de santonine, apparut une violente crise de tétanie, accompagnée de coma et suivie, le lendemain, d'un érythème à type morbilliforme et, ultérieurement, de subictère avec splénomégalie. A la même séance, M. Robin rappela avoir constaté de graves phénomènes d'intoxication chez un enfant ayant absorbé de nombreuses pastilles à la santonine.

Avec cet anthelminthique, capable, par ailleurs, de réussir merveilleusement (Armand-Delille et ses collaborateurs), on risque toujours des accidents. Pourquoi ne pas lui préférer le semen-contra, où sa toxicité est nettement diminuée du fait qu'elle y existe sous forme de tannate et aussi grâce à la présence, dans cette plante, de l'huile essentielle qui inhibe momentanément l'absorption de la santonine, dont elle renforce d'ailleurs l'action ? Telle est la question que posent les pharmacologues et que la plupart des médecins d'enfants résolvent par l'affirmative.

Bibliographie. — ARMAND-DELILLE et ses collaborateurs, *Soc. de Péd.*, décembre 1935. — LESNÉ, MARQUEZY et LAMBLING, Crise de tétanie consécutive à l'administration de 0 gr. 05 de santonine, *Bull. et Mém. de la Soc. de Péd.*, 18 mai 1926, p. 199. — E. MAGRI, Empoisonnement accidentel par la santonine suivi de mort, *Gazz. degli Ospedali et delle Clin.*, février 1914. — NEVEU-LEMAIRE, Ascaridiose, *Traité Sergent-Ribadeau-Dumas-Babonneix*, t. XIV, Paris, 1930, p. 143-144. — H. PERRIER, Un cas d'empoisonnement par la santonine, *Revue méd. Suisse romande*, 25 mars 1925. — G. POUCHET, *Précis de pharmacologie et de matière médicale*, Paris, 1907, p. 791-793. — RICHAUD et HAZARD, *Précis de thérapeutique et de pharmacologie*, Paris, 1935, p. 886-889. — N. P. SCHIKHOBALOVA et M. S. BRANZBOURG, Essai de dosage rationnel de la santonine dans le traitement de l'ascaridiose infantile, *Arch. de Méd. des Enf.*, 1933, p. 352-358 (bibliographie). — M. TIFFENEAU, *Abrégé de Pharmacologie*, Paris, 1931, p. 88-90.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 JUIN 1936)

Sur la présence de sensibilisatrices antispermatozoïdes dans le sang de l'homme et de la femme. — M. ONG-SIAN-GWAN. En cherchant à différencier le sang de l'homme et de la femme par la réaction de fixation, l'auteur a constaté que le sang de l'homme aussi bien que celui de la femme peut fixer l'alexine en présence du sperme humain comme antigène.

Le pourcentage des réactions positives, qui est de 100 p. 100 chez les filles et les garçons au-dessous de 16 ans, diminue chez les adultes (55,8 p. 100 chez la femme et 81 p. 100 chez l'homme). A partir de 60 ans, il est sensiblement plus faible.

D'autre part, il ne semble pas y avoir de relation entre les groupes sanguins et la réaction.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 16 JUIN 1936)

Organisme et fonctionnement actuels du Service de santé en Afrique occidentale française. — M. SOREL. Jusqu'à ces dernières années, l'activité des services sanitaires de l'Afrique occidentale française s'était plus spécialement aiguillée vers l'organisation des formations hospitalières et des laboratoires.

A mesure, pourtant, que l'avaient permis le nombre accru des praticiens et le développement des services, des voies de communications plus ou moins étendues d'assistance médicale avaient été constituées.

Mais en 1924, à la suite des circulaires de M. Daladier, alors ministre des Colonies, le gouverneur général Carde et le médecin général inspecteur Lasnet donnèrent aux

services d'assistance médicale aux populations, les directives d'ensemble et la grande impulsion qui ont abouti à la mise sur pied, par le gouverneur général Brevié et le médecin général inspecteur Couvy, d'une organisation sanitaire d'assistance couvrant la presque totalité du territoire de la Fédération.

Cette organisation est représentée :

1° Par un système fixe d'hôpitaux, de dispensaires-maternités, de salles de consultations, de postes de secours avancés ;

2° Par un système de groupes automobiles ambulants.

Le personnel nombreux de ces formations (médecins, infirmiers, agents d'hygiène, sages-femmes, infirmières-visiteuses) ainsi que son outillage important leur permettent de réaliser à la fois, une œuvre médicale sociale et démographique, ainsi que d'accomplir sur place les petits travaux pour l'amélioration de l'hygiène rurale.

Une épidémie de varicelle maligne au Cameroun. — M. MILLIOUS relate une épidémie d'une maladie vésiculo-pustuleuse distincte de la variole et offrant de manière fréquente tous les caractères des cas mortels décrits exceptionnellement dans la variole par les pédiatres. Cette épidémie a fait près de 1.000 victimes au Cameroun en 1935. Elle a été d'autant plus dangereuse qu'on n'a pas contre elle l'usage de la vaccination jennérienne.

Fièvre récurrente. — Le professeur BRUMPT présente une note de MM. Jean Caminopetros et E. Triantaphyllopoulos d'Athènes, qui ont découvert au Péloponèse, une fièvre récurrente sporadique non transmise par les poux ainsi qu'il résulte de leurs expériences et de leurs études épidémiologiques. Cette maladie, d'allure bénigne, qui est une variété clinique de la fièvre récurrente hispano-nord-africaine, transmise par une tique, l'*Ornithodorus erratisus* (= *O. marocanus*), peut être également déterminée par cet acarien, dans des conditions expérimentales. Le vecteur naturel en Grèce n'a pas encore été trouvé et MM. Caminopetros et Triantaphyllopoulos continuent leurs recherches afin d'établir l'étiologie de cette fièvre récurrente. Au cours de cette note, les auteurs grecs signalent au Péloponèse l'existence de *Bullinus broechi*, mollusque hôte intermédiaire de la bilharziose urinaire, maladie qui n'a pas encore été signalée en Grèce continentale.

Volatilité et solubilité de l'acide cléique et de l'acide linéléique. — M. DELBET.

La tuberculose chez les femmes exerçant un métier. — M. RIST.

Election. — M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE est élu membre titulaire dans la 1re section (médecine) par 63 voix contre 5 à M. Babonneix, 3 à M. Pagniez, 2 à M. Gougerot, 1 à M. Milian, 1 à M. Ribadeau-Dumas et 1 à M. Flandin.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 MARS 1936)

Intérêt de l'acide ascorbique dans la prévention des accidents mortels de la séro-anaphylaxie du lapin. — M. Paul GIROUD montre l'intérêt de l'acide ascorbique dans la prévention des accidents de séro-anaphylaxie. Le lapin sensibilisé par voie dermique recevant 100 milligrammes d'acide ascorbique quelques minutes avant l'injection déchaînante, ne présente aucune réaction violente à la suite de celle-ci, tandis que 4 sur 7 des animaux témoins meurent de la 5e minute à la 20e heure.

Modification de l'agglutination O. E. H. de vibrion après traitement par le chloroforme. — M. VASSILIADIE.

Capacité de synthèse de l'acide ascorbique chez le fœtus. — MM. A. GIROUD, A. SANTOS-RUYZ, RATSIMAMANGA, M. RABINOWICZ et E. HARTMANN. La synthèse de l'acide ascorbique varie en fonction d'une série de facteurs âge : chez le jeune enfant, on a mis en évidence par l'étude urinaire des capacités de synthèse supérieures à celles de l'adulte : espèces : chez le bœuf, le mouton, le fœtus a des taux bien plus bas que ses parents. Chez le lapin, le rat (privés de vitamine), le fœtus a au contraire des taux plus élevés que sa mère. Les auteurs ont étudié spécialement le cas du cobaye, qui comme l'homme ne synthétise pas ou insuffisamment l'acide ascorbique. Chez le cobaye (au régime carencé), le fœtus présente un taux d'acide ascorbique bien plus élevé que celui de sa mère. Ce fait est en faveur d'une réelle capacité de synthèse. Celle-ci ne paraît pas suffisante pour empêcher l'apparition de lésions scorbutiques, comme l'ont vu récemment Mouriquand et ses élèves, mais elle apparaît néanmoins bien supérieure à celle de l'adulte.

Anisergies circulatoires dues à certaines interactions pharmacodynamiques. — M. M. BARIÉTY et Mlle Denyse KOHLER. La caféine, injectée à la suite de l'ergotamine ou du diéthyl-aminoéther du 2-méthoxy-6-allyl-phénol donne lieu à une anisergie réno-tensionnelle marquée et à une anisergie spléno-tensionnelle légère qui ne se produisent pas avec la caféine seule. Au contraire, les effets tensionnels de l'ergotamine sont renforcés par une injection préalable de caféine. D'autre part, le diéthylaminoéther du 2-méthoxy-6-allyl-phénol atténue considérablement les effets de l'adrénaline sur la tension et sur le volume du rein, et inverse l'action de l'adrénaline sur la rate, produisant une anisergie réno-splénique à laquelle ne donne pas lieu l'adrénaline employée seule.

Stimulation de la sécrétion gastrique par excitation du bout périphérique du nerf lingual. Passage d'une substance active dans la salive. — MM. G. UNGAR, J.-L. PARROT et A. GROSSIORD. L'excitation du bout périphérique du lingual libère une substance stimulant la sécrétion gastrique. Chez l'animal atropinisé, cette libération se fait dans le sang, alors que, chez l'animal à sécrétion salivaire conservée, la substance active passe dans la salive. Sans contester le mécanisme cholinergique de la sécrétion salivaire, les auteurs pensent que la vasodilatation déterminée par le nerf lingual se produit par un mécanisme histaminergique.

Augmentation du pouvoir hémolysant de la lécithine par la saponine. Esquisse d'une réaction permettant de déceler de très petites quantités d'un facteur lytique (saponine). — M. B.-S. LEVIN décrit le phénomène suivant : contrairement aux solutions récentes, les diverses concentrations de lécithine mises en contact pendant au moins 24 heures avec des solutions de saponine sublytiques, montrent un pouvoir lytique considérablement augmenté par rapport aux témoins.

L'auteur montre qu'on peut, par cette méthode d'augmentation du pouvoir lytique de la lécithine, déceler de très petites doses d'un corps lytique (saponine).

Election. — M. BEYNE est élu membre titulaire.

Vient de paraître, à l'*Argus* — doyen des Bureaux d'extraits de Presse de France et de l'Etranger, — la nouvelle édition, la septième, de : « *Nomenclature des publications en langue française du monde entier* ».

C'est un volume très documenté, genre de travail unique, classé méthodiquement, contenant plus de 15.000 noms de périodiques différents en langue française.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'INSPECTION MÉDICALE DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Le Syndicat national des professeurs de lycées de garçons et de l'enseignement secondaire féminin (dit S 3), a tenu son Congrès annuel au Musée Social, les 6, 7 et 8 avril 1936 et a voté une série de vœux concernant le Contrôle médical scolaire, dont il importe que le Corps médical connaisse la teneur :

« *Contrôle médical scolaire.* — Le Congrès émet les vœux suivants :

« 1° Que le contrôle médical des élèves externes et internes des lycées et collèges de garçons et de jeunes filles soit obligatoire.

« 2° Qu'il soit exercé sous la direction du chef d'établissement par les médecins du service normal au moins une fois par semestre.

« 3° Que les résultats de ce contrôle soient consignés sur un carnet médical qui suivra l'élève dans toute sa carrière scolaire et qui sera communiqué aux parents obligatoirement, pour les tenir au courant du développement physique de leurs enfants et les renseigner sur le « dépistage » des tares, déficiences ou maladies, réalisé au cours de cet examen.

« 4° Que les résultats de ce contrôle soient à la disposition des professeurs d'éducation physique et rapprochés par eux des observations qu'ils auront consignées sur le livret scolaire d'éducation physique et sportive et sur les fiches physiologiques établies par eux. »

Ce qui est grave dans de telles propositions, c'est qu'on enlève aux parents le contrôle de la santé des enfants et qu'on remplace lesdits parents par le proviseur ou le principal. De plus, on rend obligatoire ce contrôle de tout l'organisme de l'enfant de façon à dépister toutes les tares héréditaires pour établir des fiches sanitaires sur chaque élève, d'où on déduira les tares familiales. Peu à peu, et ceci dans un but d'orientation professionnelle décidée, on classera les lycéens par catégories, on les examinera du point de vue mental, et on fixera leurs aptitudes physico-intellectuelles. Un jour très prochain viendra où on leur assignera telle ou telle voie, telle ou telle carrière, car les médecins-inspecteurs, qui seront des sortes de surhommes, auront déterminé les possibilités de chaque élève.

Les milieux universitaires de l'Enseignement Secondaire rejettent le *certificat médical actuel d'entrée dans les lycées* comme insuffisant. Ils ne veulent plus ni de malingres, ni d'infirmes ; la *Gazette des Hôpitaux* a relaté, au temps de M. de Monzie, les phases de la lutte à laquelle j'ai été mêlé avec les docteurs Cibrie et Hilaire et le professeur Fedel pour réussir à rendre acceptable ce certificat médical.

M. de Monzie, alors ministre de l'Education nationale, fut le premier des siens à regretter *de nous avoir cédé.* Aussi les orthodoxes de l'orientation professionnelle, partisans acharnés de la sélection physico-intellectuelle des lycéens, reprennent-ils aujourd'hui la querelle sur un diapason beaucoup plus élevé.

Comme on pourra s'en rendre compte, nous sommes loin de l'inspection médicale actuelle qui existe dans l'enseignement primaire. Et le corps médical d'inspecteurs que l'on veut créer aura un pouvoir discrétionnaire, dangereux pour la liberté du père de famille et du lycéen, car le but que l'on cherche à atteindre sous des formules apparemment médicales et humanitaires, c'est tout simplement de fermer de nombreuses voies aux fils des citoyens *encore* libres de ce pays.

Les *syndicats médicaux* se doivent de se mettre en travers de pareils projets, ne serait-ce que pour les humaniser.

Parallèlement à l'action menée chez les professeurs de l'enseignement secondaire, une action analogue est déclenchée dans certains milieux touchant à la politique, qui ont décidé d'une façon absolue d'organiser la sélection des lycéens, surtout au point de vue mental. Une campagne envisagée contre l'augmentation du nombre des aliénés et des futurs aliénés doit servir de prétexte aux exigences de certains pour que l'examen mental de tous les collégiens soit très poussé, de façon à fixer les divers degrés de déficience intellectuelle de chacun d'eux.

Quelques aliénistes vont jusqu'à demander la *stérilisation* non seulement des aliénés, mais des gens qui sont en voie de le devenir. Pour dépister les tares mentales graves, un examen fréquent des collégiens est envisagé, et si les conseils des aliénistes sont suivis, combien d'enfants plus ou moins retardés risquent d'être classés un jour parmi les gens à stériliser. Tel est le très grave danger devant lequel nous nous trouvons, parce que les médecins, trop isolés dans les milieux intellectuels, persistent à éviter le contact avec les autres catégories d'intellectuels.

A cette idée de sélection et de stérilisation, il faut joindre celle de l'*examen prénuptial total* qui pourra, au lieu d'accepter le mariage, décider la stérilisation. Ainsi, l'on peut constater que nous nous trouvons en présence d'un plan d'offensive bien réglé *pour supprimer la liberté* de l'homme dès l'enfance.

MAURICE MORDAGNE.

LA JOURNÉE DE MÉDECINE MARITIME ET COLONIALE A VALS-LES-BAINS

Sur l'initiative conjuguée de M. le docteur Ribot de Marseille et de M. le médecin général Pezet, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, de Marseille, une caravane composée des anciens élèves de l'Ecole de Bordeaux, conduite par MM. les docteurs Ribot, Soulayrol, Fraissinet, Roudil, Gaussin, Arnould, Naudon, Asselin, etc., et d'autre part, des élèves de l'Ecole d'application, conduits par leurs professeurs, les médecins colonels Rouzoul, Roussy et Mercier, a passé la journée du lundi de la Pentecôte à Vals-les-Bains.

Sous la conduite des médecins de la station, les congressistes ont visité les parcs fleuris, les élégantes buvettes et les embouteillages des Sociétés, La Reine impeccable, La Favorite automatique et hygiénique. Ils se sont particulièrement arrêtés devant l'exploitation d'embouteillage de la Société Vals-Saint-Jean qui réunit tous les perfectionnements connus dans ce genre d'installation.

L'Etablissement thermal, présenté par M. Lauriol, a montré toutes les ressources hydrothérapiques de la station : bain hydrominéral, bain Dominique, douche sous-marine, douche gazeuse, douche massage en plan incliné et entéroclyse, douches diverses, bain carbo-gazeux, étuves, inhalations et pulvérisations.

Un banquet réunit tous les invités et les membres du Comité de propagande ; MM. Mouraret, maire de Vals ; Martin-Terrasse, adjoint à la Station ; Chalamon, administrateur-délégué de la Société Vals-Saint-Jean ; Mounier, président de la Société La Favorite ; Joseph Ribeyre, administrateur de la Société La Reine ; Guérin, Paul Ribeyre et Cédat, membres du Comité ; Lauriol, directeur de l'Etablissement thermal, les docteurs Chabannes, David, Galtier et Uzan.

Au champagne, la série des toasts fut ouverte par M. le docteur Chabannes, doyen des médecins valsois, qui, en termes heureux, célébra le dévouement du médecin colonial. Successivement MM. Paul Ribeyre, au nom du Comité de propagande ; Mouraret, maire de Vals, dirent la joie de Vals d'avoir en ce jour les médecins marseillais, réunis chez eux. M. le docteur Ribot prit enfin la parole pour dire toute l'amitié qui le lie à Vals et le plaisir qu'il éprouve toujours à se retrouver dans ce magnifique Vivarais qui devrait être de plus en plus le lieu d'excursions favori des Méditerranéens.

Au cours de l'après-midi, dans un salon de l'Hôtel des Bains, le docteur Maurice Uzan, médecin consultant à Vals, fit une conférence fort appréciée. Il traça l'historique des eaux qui ont rendu célèbre la cité de Vals. L'éminent conférencier, remontant à la naissance géologique de la région, commenta la composition des eaux minérales et exposa en termes aussi documentés que précis les indications thérapeutiques de nos eaux.

Ces indications sont précieuses surtout en médecine coloniale où se trouvent indiquées les cures les plus diverses : cure de diurèse, cure alcaline, cure reconstituante qui, par un caprice heureux de la nature, trouvent leur réalisation à Vals, grâce à la présence d'eau faiblement minéralisée, d'eaux alcalines au clavier étendu particulièrement souple et maniable, grâce aux eaux ferro-arsenicales de la Source Dominique.

A l'issue de cette conférence, les voyageurs allèrent admirer le jaillissement de la source Intermittente et firent un tour au Casino ; puis, par petits groupes, prirent le chemin du retour.

Cette Journée de la médecine maritime et coloniale, en se plaçant au début de la saison, constitue un véritable symbole, montrant ainsi l'importance prise de plus en plus par les eaux de Vals, dans les préoccupations thérapeutiques des médecins appelés à vivre dans la colonie, ou qui, de retour en France, continuent à recevoir et diriger les malades rapatriés des colonies.

Annuaire médical des stations hydro-minérales climatiques et balnéaires de France, sanatoriums et maisons de santé (1).

L'édition pour 1936 de cette importante publication comprenant 756 pages, et abondamment illustrée vient de paraître. Comme dans les précédentes éditions, on trouvera une notice sur toutes les stations thermales, climatiques et balnéaires et sur le plus grand nombre de sanatoriums et maisons de santé.

L'ouvrage est émaillé d'un certain nombre de chapitres scientifiques de la plus grande utilité pour les praticiens et les étudiants en cours d'examens :

Crénothérapie et climatothérapie (prof Carnot et Villaret), thalassothérapie (prof. Giraud), climatologie de la Côte d'Azur (Société des Médecins du littoral méditerranéen), climatologie de la Mer du Nord et de la Manche (prof. Duhot), climatologie du littoral Atlantique (Dr G. Barraud), climatologie de la Côte Basque (Dr Mercier des Rochettes), organisation de la lutte anti-tuberculeuse (Dr Louis Guinard).

On y trouvera aussi tous renseignements utiles concernant la législation, l'administration des stations et les différents groupements économiques ou scientifiques de caractère thermal ou climatique.

Cet ouvrage, dont le prix de vente est de 60 francs, sera remis gratuitement, dans un but d'intérêt général, à tous les médecins et à tous les étudiants en fin de scolarité, qui voudront bien le faire prendre aux bureaux de l'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e) Pour ceux qui désireraient le recevoir par poste, joindre à la demande d'envoi la somme de 5 francs pour la France et de 15 francs pour l'étranger, pour frais d'expédition et d'emballage. — Il sera perçu 7 francs pour les expéditions demandées contre remboursement.

(1) Edition 1936. — Direction : 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 51. — MERCREDI 24 JUIN 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION. — Le gouvernement de la République française cite à l'ordre de la nation :

« Mme de Brancas, née Grunspan (Mathilde), chef du laboratoire d'électroradiologie à la clinique Baudelocque : a toujours fait preuve du plus grand dévouement et de la plus haute conscience dans l'exercice de sa profession. Décédée le 24 mai 1936 des suites d'une affection contractée dans ses fonctions de radiologiste. »

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — *Médaille de bronze.* — M. le docteur Cléret (de Commentry).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Saint-Ylie (Jura) par suite du départ de M. le docteur Santenoise.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours est ouvert pour trois postes au moins de médecins assistants résidant au sanatorium national Vancauwenberghe de Zuydcoote (Hôpital maritime).

Le traitement de début est de 20.000 fr. et peut atteindre 30.000 fr. par avancements successifs.

Les intéressés bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

Il est interdit de faire de la clientèle et d'accepter un emploi accessoire.

Les femmes sont admises à concourir.

Les candidats devront être âgés de moins de 35 ans au 1er janvier 1936. Cette limite d'âge est reculée d'un temps égal à la durée légale des services militaires.

Les demandes devront être adressées au ministère de la Santé publique et de l'Education physique, direction du personnel, 1er bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e), avant le 1er juillet 1936.

— Un concours sur titres aura lieu, en juillet 1936, au ministère des P. T. T., à Paris, en vue de la nomination, à Rennes, d'un médecin suppléant au Comité médical régional siégeant dans cette ville.

Les demandes devront être adressées ou remises au directeur régional des P. T. T., à Rennes, avant le 1er juillet prochain.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Cours de perfectionnement du professeur Portmann, avec la collaboration de M. le professeur agrégé J. Despons; de MM. les professeurs Dupérié, Jeanneney, Leuret, Papin, Petges, Réchou, Teulières; de M. le professeur agrégé Delmas-Marsalet; et de MM. les docteurs Berger, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, Barraud, chef de clinique, et Junca, ancien aide de clinique.

Le cours aura lieu du lundi 6 juillet au samedi 18 juillet 1936, à l'hôpital du Tondu et à l'annexe Saint-Raphaël.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin pendant l'exécution sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants : la pathologie et la chirurgie spéciale infantile y sont développées avec un soin particulier.

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Prière de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, à Bordeaux. — Droit d'inscription : 300 fr.

QUINZE LEÇONS SUR LES TUBERCULOSES OSTÉO-ARTICULAIRES ET QUELQUES SUJETS D'ORTHOPÉDIE, par M. André Richard, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck, chirurgien des hôpitaux de Paris, avec la collaboration de MM. le professeur Mathieu, chirurgien de l'hôpital Cochin; les docteurs E. Sorrel, chirurgien de l'hôpital Trousseau, ancien chirurgien chef de l'Hôpital maritime; M. Lance, assistant d'orthopédie de la Clinique chirurgicale infantile de l'hôpital des Enfants-Malades; Bouquier, Delahaye, Allard, chirurgiens assistants de l'hôpital Lannelongue et de l'Hôpital maritime à Berck-Plage; M. Mozer et M. Parin, chefs des laboratoires de bactériologie et de radiologie de l'Hôpital maritime, du 15 au 31 juillet 1936.

Les cours auront lieu chaque jour, à 14 h.; les matinées seront consacrées aux opérations, aux ponctions, à la confection d'appareils plâtrés, aux démonstrations de laboratoire.

La première réunion aura lieu le 15 juillet, à 9 h. 30, et sera suivie d'une visite des différents services de l'Hôpital maritime.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Delahaye, à l'Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Edouard Chuton (de Brest), le médecin-colonel Paul Baron, décédé à Nice; le professeur Ludomil Korezynski (de Cracovie).

Les Journées médicales de Tunbridge Wells. — Les 3, 4, 5 et 6 juin se sont déroulées à Tunbridge Wells, des journées médicales organisées par « The Medical Association of the International Clinic », sous la présidence de Mme Joliot-Curie, sous-secrétaire d'Etat aux Recherches scientifiques.

Cette manifestation en l'honneur de la science française comprenait une réception à la clinique internationale et à l'Hôtel de Ville de Tunbridge Wells et une conférence au Wigmore Hall de Londres, sous la présidence de Lord Lytton, par Mme Joliot-Curie, en présence des plus hautes personnalités du monde scientifique et médical sur : « La synthèse des nouveaux éléments radioactifs ».

Le soir, au cours d'un banquet présidé par l'Ambassadeur de Chine, le professeur Hopwood retraça la vie du savant français et de ses illustres parents.

Le lendemain, à Tunbridge Wells, toute une série de conférences avec projections de films, démonstrations cliniques et présentation de malades eurent lieu.

Mme Joliot-Curie, rappelée d'urgence à Paris par le Président du Conseil, pour la présentation du ministère devant des Chambres, ne put présider à Tunbridge Wells la cérémonie de clôture des journées scientifiques, où fut définitivement établie la constitution de cette Association de médecine internationale, filiale de la S. D. N., dont le but est de permettre aux savants du monde entier de discuter et de confronter leur méthode clinique.

Des villes hanséatiques à l'archipel finlandais, par les lacs de Suède, Grandes Vacances 1936. — Délaissant les circuits classiques, le Comité des C. M. F. organise sa croisière d'été en Baltique, sur un itinéraire absolument nouveau.

Le « Colombie », un des plus confortables transatlantiques de la ligne des Antilles, quittera Le Havre le 11 juillet. — Empruntant le *canal de Kiel*, il fera sa première escale à *Lubeck*, ville la plus typiquement gothique de l'Allemagne où survit le souvenir de la fameuse Ligue Hanséatique. Gagnant le Danemark, notre paquebot tombera à *Copenhague*.

Tandis que le « Colombie » contournant la presqu'île scandinave, se dirigera vers Stockholm, une excursion permettra aux passagers de gagner la capitale nordique par les canaux et les lacs qui relient *Malmoë à Stockholm*, par Jon Keping.

Franchissant la mer d'Adland, nous nous engagerons ensuite dans l'archipel de Finlande avant de relâcher à *Abo* qui, mieux qu'Helsingfors, a conservé un caractère typiquement finlandais.

Nous visiterons ensuite *Tallin*, la capitale de l'Esthonie, et piquant vers le Sud, le « Colombie » gagnera *Kœnigsberg*, tapie derrière les dunes de la Prusse Orientale.

A la sortie du canal de Kiel, nous ferons une dernière escale à *Hambourg*, vieille ville de la Hanse devenue un des plus grands ports du monde.

Le « Colombie » sera de retour au *Havre* le 26 juillet.

Itinéraire inédit. Escales pittoresques. Traversée de la Suède. Paquebot confortable. Prix modérés, autant d'éléments qui feront le succès de cette croisière d'été vers les rivages baltes.

Les médecins qui s'adresseront aux C. M. F. bénéficieront d'une réduction de 5 % sur les billets de passage de 1re classe. Ceux de nos confrères qui viendront accompagnés de leur famille auront une réduction de 10 %.

La classe « Touriste » est spécialement réservée aux jeunes. Les élèves des hôpitaux qui en feront la demande pourront, comme dans nos précédentes croisières, obtenir des bourses de voyage. Un certain nombre de bourses de 1000 francs leur seront attribuées. Ils sont priés d'appuyer leur requête d'une recommandation patronale qui la justifie et de l'adresser au Secrétariat des C.M.F. Un train spécial sera mis à la disposition des passagers et une réduction de 50 % leur sera accordée. Comme pour nos précédentes croisières, un conférencier particulièrement qualifié accompagnera ce voyage.

Pour tous renseignements : Secrétariat des « Croisières Médicales Françaises », 9, rue Soufflot, Paris (5e). — Tél. : Odéon 20-63.

DU TRAITEMENT DE LA DOULEUR DANS LES CANCERS ABDOMINAUX ET PELVIENS INOPÉRABLES OU RÉCIDIVÉS [1]

Par M. René LERICHE,
Professeur de Clinique chirurgicale à Strasbourg.

Les cancers sont des maladies sournoises qui, généralement, évoluent pendant longtemps sans provoquer la moindre douleur, sinon celles qui résultent d'un trouble fonctionnel, et qui disparaissent dès que celui-ci est supprimé.

Il peut en être ainsi jusqu'à la fin, et il y a des cancéreux qui meurent sans avoir jamais souffert. Par contre, de temps en temps, la douleur devient pour ainsi dire le symptôme prédominant dans l'évolution cancéreuse.

Tout médecin sait que, si d'aventure, une douleur vive, fixe, est le premier signe d'un cancer, elle traduit presque toujours une métastase ou une propagation ganglionnaire distante, et que quand un cancer est ainsi douloureux du premier coup, il est presque toujours déjà inopérable. D'autre part, les cancers abandonnés à leur évolution, ou récidivés après ablation, radiothérapie, curiethérapie, finissent presque toujours, s'ils ne sont pas rapidement cachectisants, à provoquer de violentes douleurs, des douleurs térébrantes, des douleurs en étau, qui rendent plus terrible encore la situation lamentable de ces condamnés à mort, plus lucides souvent qu'on ne le croit généralement.

C'est dans ces conditions que peut se poser le traitement chirurgical de la douleur chez les cancéreux inopérables, tâche ingrate et difficile, qui exige autant d'ingéniosité dans l'analyse que de maîtrise morale.

La plupart du temps, le médecin se contente de prescrire des analgésiques : au début, les moyens simples réussissent, l'aspirine, le pyramidon, les divers barbituriques — puis, peu à peu, le malade s'habitue et, la douleur augmentant d'intensité, on en vient aux venins de serpent et à la radiothérapie.

Dans ces dernières années, on a attribué aux venins d'extraordinaires vertus qui ont paru, un instant, presque spécifiques. Certains faits ayant donné à penser que le venin de cobra dont le pouvoir neurotoxique est connu, pouvait atténuer des phénomènes douloureux et faire diminuer des tumeurs, Monaelesser et Taguet, à l'instigation de Calmette, ont soigné certains cancéreux par des injections sous-cutanées d'extrait glycériné de venin avec quelques résultats impressionnants au point de vue sédation des douleurs. J'en ai connu un qui fut remarquable. Malheureusement il y eut beaucoup d'échecs et actuellement la vogue du médicament décroît.

Partant d'une idée analogue, M. Haguenau a fait de consciencieuses recherches avec le venin de vipéridés. Les résultats furent sensiblement identiques à ceux qu'avait donnés le venin de cobra : quelques succès, beaucoup d'échecs. Puis, développant le même thème de l'affinité de certains virus neurotropes pour le système sensitif, Haguenau a essayé le virus antirabique qui serait un remarquable tonique. Il y a là une orientation thérapeutique, extrêmement intéressante, et qui peut être féconde. On conçoit que les virus neurotropes puissent avoir des actions électives sur la douleur. Mais je ne crois pas que M. Haguenau ait encore fait connaître les résultats de leur action contre la douleur. On ne saurait trop le louer de sa prudence et de sa réserve au milieu du déchaînement pharmacologique, qui fait courir un si grand danger à la médecine actuelle.

La radiothérapie, que l'on essaie presque toujours, n'agit guère dans les douleurs des cancers viscéraux, quelle que soit la dose employée. Personnellement, je ne connais que des échecs. Elle n'est efficace, à ce qu'il m'a semblé, que dans le cancer métastatique de la colonne. Là, elle fait souvent merveille. Elle recalcifie et elle calme pour un temps très appréciable. Mais pour tout ce qui n'est pas à proprement parler douleur rachidienne, elle échoue, probablement parce que les douleurs sont dues à de la lymphangite néoplasique et, qu'inefficace contre la tumeur primitive, la radiothérapie l'est plus encore contre son extension lymphatique.

Aussi, bientôt, quelque répugnance que l'on en ait, faut-il, toujours, dans les douleurs des cancéreux, en arriver à l'opium, sous ses différentes formes. Cela finit toujours par de la morphine, médicament admirable, mais difficile à manier, dont l'admnistration, quand elle est bien dirigée, réussit souvent à atténuer jusqu'à la mort la douleur physique des cancéreux.

Elle atténue leur douleur physique. Elle est un grand bienfait, et nous ne saurions plus nous en passer. Mais elle ne calme pas leur douleur morale, l'inquiétude, l'angoisse qui les harcèle dès que l'effet de la drogue commence à se dissiper, car les cancéreux qui souffrent, qui se doutent de ce qu'ils ont malgré nos mensonges les plus réconfortants, vivent dans une crainte épuisante aussi longtemps qu'ils ne se voient pas rendus à une certaine activité. Or la morphine ne permet pas la vie d'illusion dans une activité relative. Entendons-nous bien : il serait vain, sinon cruel, d'essayer de s'insurger contre elle. Mais on doit insister sur son insuffisance dans un certain nombre de cas. Il y a des douleurs cancéreuses qu'elle ne soulage qu'imparfaitement, et pour peu de temps. Il y a surtout des douleurs d'une telle intensité, que des doses croissantes de toxique sont rapidement nécessaires, alors cependant qu'elles sont mal supportées.

Aussi, quand le malade est encore résistant, quand il n'a aucune diminution sensible de ses forces physiques générales, peut-on songer à essayer de calmer la douleur par la chirurgie. C'est possible plus souvent qu'on ne le croit, et les médecins n'y songent pas assez. Il faut, je le sais bien, faire effort sur soi-même pour proposer à un cancéreux, que l'on sait condamné à mort à brève échéance, une opération, c'est-à-dire quelque chose qui apporte avec soi des craintes, des inquiétudes de tous ordres, qui exige des décisions, qui demande une prise de responsabilité. Alors que la morphine est une solution si facile, toujours admise, et qui paraît si humaine !

(1) Leçon faite au Collège de France, dans la chaire de Charles Nicolle, le 9 mai 1936.

Il y a cependant des cas où l'opération est un devoir, puisqu'elle apporte le soulagement physique et l'illusion. Beaucoup de chirurgiens se détournent de ces tâches ingrates qui exigent beaucoup de tonus et apportent avec elles une certaine usure. Mais j'estime que c'est à l'effort qu'elles exigent que se mesure le mieux la grandeur humaine et parfois surhumaine de la chirurgie.

Il y a une cinquantaine d'années que l'on a cherché à soulager pour la première fois opératoirement les cancéreux qui souffrent au delà des forces. Peu à peu, par l'effort soutenu de quelques hommes, s'est dégagée une doctrine, sur laquelle il importe d'être fixé. C'est ce que je voudrais faire aujourd'hui. Mais, avant de décrire nos possibilités, je voudrais indiquer quels sont les malades à opérer, les mécanismes variés de leurs douleurs. Je dirai ensuite ce qui est possible, et je conclurai en donnant le résultat de mon expérience.

***

Les trois types de la douleur des cancéreux

La douleur des cancéreux n'est pas une souffrance uniforme. Je parle de la grande douleur, de celle qui, pendant des mois, obsède et torture le malade, et que des doses croissantes de morphine n'arrivent pas à calmer.

On peut un peu schématiquement en isoler trois types : un type de douleur localisée et fixe, un type de douleurs diffuses, à topographie graduellement plus étendue, enfin le type rachidien connu depuis longtemps sous le nom de paralysie douloureuse des cancéreux.

Dans le premier cas, presque toujours, la douleur apparaît assez brusquement chez un malade qui ignore tout de sa maladie, et elle en est le premier symptôme, ou bien un an, deux ans ou plus, après l'ablation chirurgicale d'une tumeur. C'est d'emblée une douleur brutale, étreignant une partie quelconque de la colonne, le plus souvent le dos ou la région lombaire, écrasant la zone atteinte, gênant un peu les mouvements, mais sans les bloquer cependant. Quelquefois la douleur est sourde au début. On parle de rhumatisme, puis, très vite, elle devient intolérable et ne laisse aucun repos.

Généralement, dans ces cas, il s'agit d'une adénopathie plaquée contre la colonne. Son point de départ est d'habitude un petit cancer viscéral ne causant encore aucun trouble fonctionnel. L'ablation de la tumeur primitive n'améliore alors aucunement la douleur. Toute opération locale est inutile, hors le cas de trouble fonctionnel, car il y a longtemps déjà que la maladie débutante est en fait incurable. Et la douleur fixe qui caractérise ce type, souvent radiculaire, reste telle jusqu'à la fin, plus gravative sans doute, parfois un peu plus étendue, mais presque toujours identique à elle-même. La morphine est rapidement impuissante aux doses ordinaires. Et la maladie causale ne tue que lentement.

J'ai vu cette forme dans certains cancers de l'estomac ; l'adénopathie était bloquée contre la colonne dorsale, au niveau du plexus cœliaque ; et dans des cancers du rectum, de l'S iliaque, de la prostate ; souvent, alors, la douleur avait une irradiation sciatique intolérable. En somme, douleur de compression tronculaire ou radiculaire extrarachidienne.

Dans un second type, qui est surtout le fait des cancers abdominaux récidivés après opération, ou ayant continué d'évoluer après radiothérapie, la douleur est diffuse. Elle est au début une sensation pénible, vague, diffuse, difficile à définir, un peu partout dans le ventre, dans le dos, dans les cuisses, dans le périnée, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, souvent de tous côtés. C'est une douleur en étau avec des éclairs fulgurants. Les malades ont beaucoup de peine à dire comment ils souffrent, tant les aspects et les sièges de la douleur sont variés. Souvent ils n'attirent l'attention que sur leur irradiation du moment et ne se plaignent que d'une douleur dans le rectum, dans le dos, dans le vagin, dans la verge, en oubliant pour un instant tout le reste de leur martyre.

A vrai dire, la douleur n'a d'habitude pas de topographie. Elle est surtout pelvienne, mais toujours diffuse, et elle s'accompagne de crises vasculaires. C'est une douleur sympathique. Il s'y ajoute bientôt des troubles fonctionnels, de la constipation, de la dysurie. Et les malheureux qui souffrent ainsi deviennent de pauvres êtres exténués, aux traits tirés, à la figure défaite, crispée, qu'on ne voit jamais détendue. Leur angoisse vous étreint. On a envie de ne plus les voir. Les forces de votre vie vous disent de les fuir. Vous devez les écouter et les rassurer de tout votre optimisme. Puis il faut les soulager. Et pour cela, il faudrait les maintenir constamment sous une emprise de morphine. Mais souvent, dans la bonne pensée de ne pas augmenter trop vite les doses, on reproche doucement aux malades d'exagérer leur douleur ; on les fait attendre ; on leur prêche la patience, ironie des mots ! N'augmente-t-on pas cruellement leur souffrance en leur refusant l'apaisement ? Il faut avoir vécu le drame de celui qui souffre sans cesse et que soigne un médecin un peu rigide qui, bien intentionné, ne compatit pas assez pour deviner d'instinct l'horreur secrète d'un conflit latent. Certes, la tâche du médecin est amère et difficile, mais je me demande si nous la faisons toujours avec assez de compassion et si les malades n'emportent pas parfois dans l'autre monde un souvenir amer et révolté des derniers soins qu'ils ont reçus, des souffrances inapaisées qu'ils ont dû injustement supporter ?

Dans ces cas, on admet généralement de vagues compressions des nerfs périphériques. Il y a une douzaine d'années, j'ai pu montrer que les douleurs n'étaient pas dues à des compressions localisées, mais relevaient d'une sorte de lymphangite banale ou néoplasique, entourant les artères du bassin, les englobant, comprimant leurs parois, remontant avec elles jusqu'au voisinage des branches sympathiques nées de la chaîne lombaire, alors que les troncs nerveux spinaux ne sont pas envahis. Ce type se voit surtout chez les cancéreux de la prostate et de l'utérus, et particulièrement après radiothérapie. Parfois, chez les femmes traitées par les rayons, il s'y ajoute un autre mécanisme de douleurs : j'ai trouvé, en effet, parfois, des trompes enflammées, collées sur les vaisseaux ilia-

ques, peu volumineuses, mais distendues par du pus ou du sang. J'ai vu de même une adénopathie suppurée plaquée sur l'iliaque primitive.

Dans une dernière forme, la douleur est d'un caractère très différent. Elle n'est ni abdominale, ni pelvienne. Elle est rachidienne. Le malade a été opéré depuis un an, deux ans ou plus, il n'y a aucune récidive locale. La cicatrice est souple. On commence à respirer : enfin on tient la guérison définitive. Et voici qu'une douleur apparaît dans le dos, un peu sourde, un lumbago. Effectivement, les premiers traitements paraissent efficaces. La douleur s'atténue. Mais l'apaisement dure peu. Bientôt des névralgies en ceinture apparaissent, fugaces, puis plus tenaces, bientôt constantes. En même temps, à chaque pas, le malade sent sa douleur qui s'exagère. Il a bientôt l'impression de se casser en deux au moindre mouvement. Il a de la peine à se baisser. La douleur va croissant jusqu'au jour où s'installe une paraplégie spasmodique définitive, la classique paraplégie douloureuse des cancéreux, dans laquelle la mort se fait souvent attendre 2 à 6 mois et plus.

Dans cette forme, il y a deux éléments dans la douleur, il y a deux douleurs : la douleur de la colonne, pongitive, sourde, constante, fixe, exagérée par les mouvements, et l'irradiation radiculaire, généralement en ceinture, à topographie variée, suivant qu'il y a une ou plusieurs racines intéressées, suivant que les nerfs sont comprimés ou envahis. J'ai connu un malade qui, en plus de sa douleur dorso-lombaire, se plaignait avec obstination d'une brûlure au talon, comme si on lui emportait le talon avec un fer rouge. Il devint bientôt manifeste que sa 5e lombaire était intéressée.

L'ensemble du tableau, dans ces cas, relève d'une propagation métastatique de la tumeur à une vertèbre. Sicard et ses élèves Haguenau, Coste, ont étudié soigneusement l'aspect radiologique de ces cancers vertébraux secondaires. Sous toutes les formes, la douleur est la même. Mais la vraie paraplégie douloureuse, le vrai Mal de Pott cancéreux, se voit surtout dans la lésion destructive d'un seul corps vertébral.

En somme, avec toutes les atténuations qui conviennent à ces cadres rigides, trop rigides, dont il faut s'inspirer, mais dont on ne doit pas être esclave, je pense qu'il y a trois formes de maladie douloureuse chez les cancéreux, ayant chacune son schéma spécial de réalisation : la douleur fixe prévertébrale par adénopathie plaquée contre le rachis, la douleur diffuse du bassin et du ventre par lymphangite péri-artérielle et péri-sympathique, et la douleur osseuse du Mal de Pott cancéreux à ses différents stades.

Cette distinction n'a pas été faite jusqu'ici. On n'a voulu voir dans le syndrome douloureux des cancéreux qu'un bloc, dans l'analyse duquel il était inutile d'entrer. Et cette décision prise, on a essayé d'appliquer à toutes, indistinctement, une opération valable pour toute douleur.

Les diverses opérations possibles

1° *Radicotomie postérieure.* — Ce fut tout d'abord la *radicotomie postérieure.* Il y a 25 ans, on eut de très grands espoirs au sujet de cette opération, pour le traitement des symptômes douloureux. Elle apparaissait devoir résoudre les nombreux problèmes de la douleur. Il semblait qu'il suffirait de couper 5 ou 6 racines de chaque côté pour tout soulager. L'opération en soi est rapidement devenue bénigne, et je l'ai beaucoup pratiquée. Puis, à l'usage, je me suis aperçu que, même avec des sections radiculaires étendues, la douleur n'était pas toujours calmée, qu'objectivement l'anesthésie était toujours assez limitée, et que subjectivement, même dans les zones d'anesthésie, la douleur n'était pas supprimée. D'autres ont fait les mêmes constatations. On a cherché la raison de cette déconvenue, et on a cru la trouver dans le fait que des fibres de la sensibilité passaient par les racines antérieures. Que cela joue un rôle, c'est bien certain. Mais ce n'est peut-être pas là la vraie cause des échecs. Je pense qu'il y en a d'autres : tout d'abord, dans nombre de cas, la douleur est d'ordre sympathique, dès lors, elle est diffuse dans sa genèse et dans ses articulations avec les centres médullaires ; ensuite, très souvent la douleur des cancéreux n'est pas localisée à des champs radiculaires et à des origines complexes.

Ce qui tend à me faire penser ainsi, c'est que, dans des cas bien choisis, la radicotomie postérieure peut donner de remarquables résultats. J'ai publié autrefois le fait suivant :

Une femme de 46 ans entre dans la clinique de Poncet pour des douleurs abdominales très violentes, survenant par crises paroxystiques, deux à trois fois par jour. Elles sont apparues brusquement, sans cause apparente, au début d'août. Depuis, la douleur s'est installée tous les jours : localisée à l'épigastre, elle s'irradie à droite et à gauche, le long des 7e et 8e espaces intercostaux, au niveau desquels il n'y a aucun signe objectif.

La malade au reste ne rapporte aucun trouble capable de mettre sur la voie d'un diagnostic. Tout est négatif dans l'examen, y compris l'exploration radiologique.

Le 3 octobre 1913, une laparotomie fait découvrir un petit cancer très mobile de l'estomac. On se prépare à l'enlever, lorsque l'effondrement du petit épiploon fait découvrir une masse néoplasique plaquée contre l'aorte, blindant la colonne dorsale. Cela contre-indique toute tentative d'ablation. Le ventre est refermé, et quelques jours plus tard, je lui fais une radicotomie postérieure de D6 à D10 inclus, des deux côtés. La sédation est parfaite. Les douleurs ont complètement disparu. La malade reste en bon état, sans souffrir, jusqu'à la fin de janvier 1914, où elle meurt de cachexie lente, sans symptômes douloureux et sans morphine.

Je possède encore deux observations de ce genre. Mais ces cas étaient choisis, et toutes les fois que je n'ai pas su faire la discrimination du type douloureux, et quand il ne s'agissait pas de compression radiculaire localisée, j'ai échoué par la radicotomie.

Somme toute, mon impression est donc que dans certains cas précis, la radicotomie demeure un bon moyen de soulagement de certains types de douleurs.

2° *Myélotomie transversale.* — La section des racines postérieures échouant souvent, on a songé à s'adresser *aux voies sensitives intramédullaires.* Il y a déjà longtemps, Cushing avait pensé à couper les cordons postérieurs et il avait dans un cas sectionné la moelle transversalement.

J'ai moi-même fait autrefois cette *myélotomie transversale* chez une cancéreuse qui prenait 7 grammes de morphine par jour, qui avait une paraplégie avec fistule vésico-vaginale et une recto-vaginale. Elle-même et son entourage réclamaient qu'on la soulage à tout prix ou qu'on la tue. Je fis la section transversale de la moelle entre la 7e et la 8e dorsales. Dans l'après-midi, les douleurs furent vives, de même la nuit ; puis, ce fut une sédation complète impressionnante. L'anesthésie remontait jusqu'au pubis et se limitait par une petite bande d'hyperesthésie, au-dessus de laquelle les réflexes abdominaux étaient très exagérés.

La malade survécut 3 jours et mourut brusquement de syncope, n'ayant plus eu besoin du moindre analgésique depuis le lendemain de l'opération.

3° *Cordotomie.* — En réalité, on n'a plus aujourd'hui à faire cette opération un peu impressionnante pour celui qui la pratique et qui ne peut convenir qu'à des cas très particuliers de paraplégie complète avec troubles sphinctériens accusés. Frazier a, en effet, montré en 1912, que l'on peut obtenir une sédation complète de la douleur par la *section bilatérale des cordons antéro-latéraux*, plus spécialement du petit secteur médullaire qui s'étend de la racine antérieure au ligament dentelé. On coupe ainsi les fibres croisées de la douleur, et l'on produit une analgésie complète du côté opposé, dans le segment sous-jacent, avec isothermognoscie, pour employer le mot créé par Sicard, et conservation de la sensibilité tactile.

Le nombre est assez considérable aujourd'hui des cordotomies ainsi faites, à la façon de Frazier, et récemment encore on en a vanté les bienfaits, surtout chez les cancéreux. Tous les malades ou presque tous seraient soulagés au prix d'un risque minime, et la mort ne surviendrait que du fait des progrès de la maladie.

Je suis moins enthousiaste. J'ai introduit la cordotomie en France, il y a une quinzaine d'années. Je l'ai faite dans diverses algies, puis je l'ai pratiquement abandonnée, alors qu'elle avait l'air de devenir courante, non pas à cause de sa gravité opératoire, mais parce que j'ai vu plusieurs malades, ne souffrant plus de leurs douleurs pelviennes ou abdominales, être crucifiés par une douleur en ceinture à limite de l'analgésie. L'un de mes opérés me disait : « C'est terrible d'être scié en deux. J'aimais presque mieux ma douleur d'autrefois. »

Et j'ai entendu un de mes amis, que j'avais confié à de Martel, et dont l'opération fut un chef-d'œuvre de technique, me dire la même chose et dans les mêmes termes. Banzet l'a notée, cette douleur en ceinture, chez 60 % des opérés de Robineau, Stohr, chez 42 % des cordotomisés de Kirschner, et Babtchine chez 97,4 % des opérés de Polienoff. Bonniot me disait récemment l'avoir observée chez tous ses opérés, ce qui lui avait fait renoncer à l'opération.

Et puis, il y a autre chose ; la cordotomie est, très habituellement, suivie de troubles urinaires, d'une rétention qui exige le sondage, ce qui chez des malades ayant presque tous le bassinet et l'uretère dilatés par compression, expose terriblement à l'infection. Et le fait est que beaucoup de cordotomisés meurent de pyélonéphrite au bout de quelques semaines.

Il ne faut pas minimiser ce risque : j'ai vu plusieurs de mes opérés en être incommodés. Banzet a constaté les troubles urinaires chez 76 % des opérés de Robineau, Stohr chez 67 % des opérés de Kirchner, Babtchine chez 59 % des opérés de Polienoff.

4° *Section de la commissure postérieure.* — Pour ce motif et pour d'autres, j'ai essayé en 1928 de substituer à la cordotomie la section médiane de la commissure postérieure poursuivie jusqu'au canal épendymaire, qui coupe au niveau de leur entrecroisement les fibres dites de la douleur et les fibres thermiques.

J'ai fait en 1928 cette opération nouvelle dont je ne connais pas d'autre exemple (1). La malade fut soulagée complètement pendant les cinq semaines qu'elle resta à la clinique, puis elle fut perdue de vue. Et je n'ai pas refait cette myélotomie commissurale parce que, de plus en plus, je m'orientais dans une autre direction, dans le problème du traitement de la douleur.

5° *Opérations sympathiques.* — En 1924, en effet, j'avais pensé à étendre le bienfait de la sympathectomie péri-artérielle à ces malheureux en agissant sur la terminaison de l'aorte et sur les iliaques. Pour cela, je les ai laparotomisés, et ce que j'ai vu m'a singulièrement instruit. J'ai vu que les douleurs n'étaient pas dues, comme on le pensait habituellement, à la compression des troncs nerveux, mais à l'irritation de l'adventice des vaisseaux du bassin par de la lymphangite, néoplasique ou non, qui remonte jusqu'aux côtés de la veine cave et de l'aorte, et file ainsi le long des chaînes lombaires. Je n'ai pas vu l'envahissement du sympathique par des éléments néoplasiques, mais des coulées dures le long des vaisseaux et des chaînes.

J'ai donc soigneusement libéré les iliaques primitives, de toute la gangue qui les enserrait, et la bifurcation de l'aorte dans sa partie terminale. Et, ce faisant, il m'est arrivé trois fois de faire des constatations singulièrement intéressantes pour les cancérologues, mais que je n'ai jamais fait connaître.

Intervenant pour des douleurs diffuses liées à un cancer de la prostate, je vis sur l'iliaque primitive droite, 4 gros troncs lymphatiques distendus enjambant l'artère. Il y avait un ganglion au-dessous d'eux, et un ganglion au-dessus. Je prélevai entre 4 ligatures le bloc des 4 lymphatiques, et je les fis immédiatement porter au laboratoire d'anatomie pathologique, en priant mon ami le professeur Masson de les examiner. Il me répondit que les lymphatiques n'étaient pas envahis, qu'ils renfermaient de la lymphe, et que sur cette lymphe, voguaient plusieurs cellules néoplasiques isolées, comme de petites barques sur de l'eau. Or, le ganglion d'amont était sain, non néoplasique et celui d'aval était envahi. C'était le mécanisme de la métastase imprévisible saisie sur le fait.

J'en reviens au traitement de la douleur.

(1) Cette observation a été brièvement rapportée en 1929 dans un rapport à la Xe réunion internationale annuelle de la Société de neurologie, juin 1929, in *Revue neurologique*.

Par cette sympathectomie péri-iliaque et péri-aortique, mes malades furent soulagés. A la même époque, Bittman, Tisserand, faisaient la même intervention avec les mêmes résultats et les publiaient. Et peu après, Ferey lui substitua la section du nerf présacré, que Cotte venait de décrire.

Depuis lors, comme d'autres, sans doute, pour être plus sûr du résultat, j'ai ajouté aux sympathectomies péri-artérielles iliaque et aortique, la résection du présacré, parfois celle du plexus mésentérique inférieur, et souvent celle d'un fragment des deux chaînes lombaires, si l'opération se présente bien.

Nous avons opéré ainsi avec la méthode sympathique, Fontaine et moi, 9 malades atteintes de cancer inopérable de l'utérus, 6 ont été suivies de 2 à 8 mois. Elles ont été parfaitement soulagées, n'ayant ni douleurs, ni troubles urinaires, et sont mortes sans avoir été reprises de leurs douleurs.

Voici un exemple récemment publié par deux de mes aides, Jung et Lucinesco :

Une femme de 33 ans est adressée à la clinique pour des douleurs pelviennes et périnéales insupportables, avec crises d'obstruction. Un an auparavant, elle a subi deux applications de radium pour épithélioma du col. Elle a eu dix mois de guérison, puis les douleurs sont apparues. De toute nécessité, il faut faire d'abord un anus iliaque, qui améliore considérablement l'état général mais laisse persister des douleurs qui empêchent tout sommeil.

Le 11 septembre 1934, je conseille à Jung de faire une ablation du segment inférieur des chaînes lombaires et la résection du présacré.

L'effet en est remarquable : les douleurs disparaissent. On peut supprimer la morphine. La malade quitte la clinique, ravie de ne plus souffrir. En décembre, elle fait une fistule vagino-rectale. Mais elle ne souffre pas. Elle dort bien, mange bien, s'occupe de son ménage. Bref, elle mène une existence normale, avec l'illusion de la guérison, pendant six mois pleins. Puis elle meurt urémique très rapidement.

Je ne connais qu'un échec sur ces 9 cas, chez une récente opérée de Fontaine, qui a gardé — et cela se comprend — les violentes douleurs vaginales qu'elle avait avant l'opération en plus de ses douleurs abdomino-pelviennes. Il aurait fallu compléter la sympathectomie par une section des honteux. L'état général ne le permettait pas.

Un cancéreux de la prostate survécut 5 mois, sans souffrir.

De deux malades atteints de cancer rectal, l'un mourut rapidement, et l'autre survécut 3 mois sans douleur.

D'autre part, en partant pour semblable intervention, j'ai découvert une fois un double hématosalpinx sous tension, une fois une salpingite suppurée, une fois un gros ganglion suppuré collé sur les vaisseaux iliaques. Leur ablation a contribué considérablement au soulagement des douleurs.

On trouve parfois, en cours de route, un uretère dilaté et un rein hydronéphrotique. Il faut résister au désir que l'on a de les enlever. La distension pyélo-rénale ne joue aucun rôle dans la genèse des douleurs, et l'état des malades ne permet pas d'aggraver sans motif sérieux le pronostic opératoire.

Tout compte fait, j'ai l'impression que la méthode sympathique est très supérieure à la cordotomie. Elle n'aggrave pas les douleurs. Elle offre l'avantage de permettre une exploration abdominale complète, ce qui n'est pas inutile. Elle n'expose pas à l'infection rénale. Elle soulage bien les malades.

Aussi, depuis 7 à 8 ans, n'ai-je plus fait de cordotomie chez un cancéreux.

Pareille manière de faire a été adoptée par quelques chirurgiens, sans parler de Tisserand qui fut là un initiateur, par Cotte, par Jianu, et d'autres.

Mais, je ne crois pas que cette méthode puisse être étendue à tous les cas.

Aux compressions radiculaires localisées, il me semble que la radicotomie postérieure convient toujours, et j'ai récemment conseillé à Fontaine d'en faire une chez un homme qui fut très soulagé.

Et surtout, je pense qu'il faut faire autre chose. cela va de soi, pour les douleurs du mal de Pott cancéreux.

6° *Greffe osseuse.* — Pour ceux-ci, surtout si les métastases sont en surface, surtout s'il y a des grandes modifications de la calcification rachidienne, la radiothérapie suffit d'habitude à amener un grand soulagement.

Mais il n'en va plus de même quand les douleurs sont dues à une métastase vertébrale ayant provoqué de la dislocation du rachis et exposant à l'effondrement ; les moindres mouvements exagèrent alors les douleurs et il y a quelques années, dans un cas de ce genre, je me suis demandé s'il n'y avait pas lieu de traiter ces malades comme des pottiques et de bloquer leur rachis par une greffe rigide. On dira que c'est folie de songer à une greffe chez un malade qui va mourir avant même que la greffe ne soit réhabitée et reconstruite, qui sera condamné à une longue immobilisation pour qu'elle prenne bien. Mais, parler ainsi, c'est ne pas comprendre la position du problème. Elle est simple, cependant. En tout cas, j'ai réalisé cette folie et ma malade s'en est bien trouvée.

Mon but, dans le cas unique que j'ai ainsi opéré, a été de mettre une véritable prothèse vertébrale, une tige rigide donnant au rachis sa solidité perdue. J'ai donc chez une cancéreuse ayant une destruction par métastase d'une de ses dernières dorsales, et qui était menacée d'effondrement subit, mis une solide baguette de tibia sur le plan des apophyses épineuses sectionnées, et ceci sur l'étendue de six vertèbres. Cette malade ne voulait pas être arrêtée longtemps. Elle avait 3 enfants en bas âge, auxquels il lui fallait veiller. Au bout de 8 jours, je l'ai fait lever. Elle ne souffrait plus. Au 10e jour, elle est rentrée chez elle, et elle a pu, jusqu'à la mort survenue 4 mois plus tard, vaquer aux soins de son ménage et s'occuper de ses enfants.

Si je lui avais fait une cordotomie, elle aurait peut-être été soulagée. Mais son rachis se serait effondré, et certainement elle n'aurait pas pu reprendre la vie familiale qu'elle désirait mener.

***

Les contre-indications

On voit maintenant les ressources dont nous disposons pour soulager les douleurs des cancéreux.

Nous avons la possibilité de diverses opérations. Aucune ne peut convenir à tous les cas. Il importe de faire une thérapeutique nuancée, à la demande de chaque cas particulier.

Mais, avant de proposer une intervention à un cancéreux qui souffre, il importe de faire un bilan exact de son état de résistance.

Il faut tout d'abord voir s'il n'y a pas de métastase pulmonaire ou hépatique, qui serait de nature à rendre vaine toute tentative.

Il faut examiner le fonctionnement rénal, la fonction globale, l'élimination de la phénolphtaléine et le taux de l'urée sanguine. On se méfiera des moindres infections rénales. Si un uretère donnait du pus, il vaudrait mieux s'abstenir.

Mais, si tout est favorable, si cœur et poumons sont bons, le triste jeu en vaut vraiment la peine.

Et, suivant le type de douleur auquel on aura à faire, on se décidera pour l'une ou l'autre des interventions dont j'ai parlé.

En cas de compression tronculaire ou radiculaire par bloc ganglionnaire pré- et paravertébral, quand la douleur a une topographie fixe, bien dessinée, on pourra faire une *radicotomie postérieure*. Il faudra la faire assez étendue, 5 ou 6 racines au moins toujours et de chaque côté. On pourrait même couper les racines antérieures pour être plus sûr du résultat. Pour les douleurs abdominales diffuses, on préfère à tout la *méthode sympathique :* sympathectomie périiliaque et péri-aortique, résection du présacré, du plexus mésentérique inférieur ; dans le cancer rectal et prostatique, section des deux chaînes lombaires.

Pour le Mal de Pott cancéreux, la *greffe rigide* — avec une courte immobilisation au lit d'une semaine.

A la *cordotomie*, je ne garde comme indication que les échecs des autres méthodes, ou l'impossibilité de les appliquer, fidèle aux principes essentiels de la chirurgie de la douleur : Ne jamais nuire, ne jamais aggraver. Ne pas essayer de guérir une maladie en en produisant une qui soit pire — ce qui est toujours terrible — mais qui est chose encore plus amère chez les cancéreux.

Et si j'étais contraint de m'adresser aux voies sensitives intra-médullaires, il est probable que je m'adresserais de nouveau à la *myélotomie commissurale* dont j'ai parlé plus haut, mais dont je ne connais encore ni la valeur thérapeutique ni les conséquences physiologiques.

Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique et des goitres avec hyperthyroïdie, par Louis Courty, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, chirurgien de l'hôpital Saint-Philibert, associé national de l'Académie de chirurgie, et M. Ansel, chargé de cours à la Faculté libre de médecine de Lille. 1 vol. in-8° de 312 pages avec 36 figures et 31 courbes. — Prix : 60 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(Séance du 9 avril 1936)

Quelques cas de radiumthérapie du cancer de l'œsophage avec toutes les apparences de la guérison. — M. J. Guisez rapporte les observations de plusieurs malades atteints de cancer de l'œsophage, chez lesquels la radiumthérapie faite localement, suivant des règles très précises, a amené la disparition complète de la sténose et le retour à une alimentation et à une vie absolument normales. Chez tous, les résultats se maintiennent depuis plus de trois ans. Le diagnostic de cancer a été posé dans tous ces cas sous endoscopie et vérifié par la biopsie. Dans l'un d'eux, qui a repris 25 kgr. depuis trois ans que le traitement a été effectué, le diagnostic avait été posé auparavant par deux laryngologistes différents. La biopsie avait montré qu'il s'agissait d'un épithélioma d'origine glandulaire.

L'anesthésie électrique dans la dysphagie douloureuse du néoplasme œsophagien. — M. André Tardieu rapporte l'observation d'un homme de 68 ans, alcoolique ancien, atteint d'une sténose œsophagienne de nature néoplasique, dont le début remontait à trois ans, mais dont les manifestations dysphagiques et douloureuses étaient depuis trois mois particulièrement intenses, s'opposant à l'ingestion de presque tous les aliments, liquides compris. L'anesthésie électrique appliquée selon la technique utilisée pour le traitement de la dysphagie douloureuse dans la laryngite tuberculeuse, a permis dès la troisième séance la reprise d'une alimentation liquide et molle suffisamment abondante. La méthode est demeurée sans effet sur la dysphagie vraiment mécanique. L'auteur insiste sur l'action non seulement anesthésique, mais aussi anti-spasmodique de la méthode.

Néo-formation osseuse paracicatricielle. — M. L. Pron parle d'un malade opéré six mois auparavant de gastro-entérostomie avec suites normales, et chez lequel on sentait nettement, un peu à gauche de la ligne de suture, une petite masse très dure, arrondie, comparable à un bouton de pantalon.

L'oligophagie avec appétit normal ou exagéré. — M. L. Pron dit qu'à côté des dyspepsiques qui diminuent volontairement leur nourriture pour diminuer leurs douleurs ou malaises, prennent place deux groupes de patients qui, malgré un bon appétit, ne peuvent prendre qu'une quantité sous-moyenne d'aliments ; les uns par crise spasmodique du cardia ou du pylore ou des deux à la fois, survenant au début ou au cours du repas, les autres, au contraire, par atonie de la musculeuse. Le traitement est très différent selon le groupe.

A propos de la communication de M. Pascalis sur : 1° l'amputation iléo-abdominale ; 2° les diverticules de l'appendice, M. Dupuy de Frenelle rappelle que l'anesthésie par le chlorure d'éthyle donné au goutte à goutte et réchauffé permet de longues anesthésies avec le minimum de choc.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(Séance du 17 mars 1936)

Les docteurs Dechaume et Duchesne présentent un cas **d'ostéopériostite basilaire et adénite sous-mentale provoquées par la persistance d'un fragment de racine temporaire.**

Les docteurs Bernardbeig, E. Cadenat et Viela (Toulouse) rapportent un cas **d'ouverture sus-sternale d'un abcès d'origine dentaire** (dent de sagesse inférieure).

Le docteur Ginestet (Lyon) fait une étude des **extractions en série avec suture gingivale primitive** et montre le grand intérêt de cette technique dans l'armée, car elle permet de faire rapidement une prothèse fonctionnelle.

Les docteurs Dechaume et Duchesne exposent un travail sur le **traitement des ostéites des maxillaires par le bactériophage.** Ils présentent huit nouvelles observations et terminent en résumant les avantages : simplicité du traitement, absence de réactions locales et générales, bons résultats obtenus.

Le docteur Peyrus rapporte cinq observations de **dysmorphose maxillo-faciale.** Il conclut à la fréquence relative de ces dysmorphoses, et que l'enfant seul doit bénéficier d'un traitement actif.

REVUE DES THÈSES

Une médication substitutive de l'iode ; le rhodanate de potassium, (1), par le Dr Louis Géraud.

Lorsqu'il y a quatre ans environ, le rhodanate de potassium connut un renouveau de faveur en France, le Dr Géraud s'intéressa à ce corps comme médication substitutive de l'iode. C'est le fruit de ses essais dans différentes consultations hospitalières et divers services qu'il nous a donné dans une thèse claire et pleine de documents cliniques.

Connu dès 1790 en Europe, le rhodanate de potassium a eu des fortunes diverses. Les Américains l'étudièrent comme agent hypotenseur ; en France, Maire Améro le présenta au Congrès International du Rhumatisme de 1932 ; de différents côtés, on l'a préconisé dans les scléroses vasculaires et viscérales.

Après avoir rappelé la constitution chimique de ce corps curieux qui présente des analogies pharmacodynamiques frappantes avec l'iode (sans pourtant contenir d'iode dans sa molécule), l'auteur étudie sa tolérance qui s'avère parfaite.

Dans l'hypertension artérielle, il rappelle les travaux américains de Fineberg. Avec ce dernier et les auteurs français, il conclut que le rhodanate se montre un hypotenseur puissant et que son action se manifeste plus rapidement sur les chiffres manométriques que sur les phénomènes subjectifs. On aura donc intérêt à associer la médication rhodanique aux sédatifs nerveux et aux spasmolytiques vasculaires dès le début de la cure. Il en donne quelques observations particulièrement démonstratives.

Dans le rhumatisme chronique, selon Maire-Améro, on réservera le rhodanate aux cas relevant de la cure iodée et soufrée (présence d'un atome de soufre à double liaison dans sa molécule) et surtout aux rhumatisants gonococciques, aux polyarthrites déformantes chroniques en général.

Les rhumatismes diathésiques, la maladie de Charcot, d'ailleurs généralement rebelles à toute médication, constituent une indication infidèle de la cure rhodanique. Par un choix judicieux des cas à traiter, il a pu obtenir des guérisons inespérées.

Les scléroses viscérales, enfin, les polyscléroses, l'emphysème et les scléroses pulmonaires, en raison des propriétés lytiques du rhodanate sur les tissus fibreux, réagissent très bien à ce médicament.

D'autres indications récentes, telle la thérapeutique des oreillons par le rhodanate, méritent d'être retenues.

La rhodanothérapie, conclut L. Géraud, est entrée dans une nouvelle et brillante période ; le rhodanate de potas-

(1) *Th. de Paris*, 1936.

sium a, en quelques années, conquis ses titres de noblesse et il figure parmi les médicaments cardio-vasculaires que le professeur agrégé Hazard étudie dans son cours à la Faculté de médecine de Paris.

LIVRES NOUVEAUX

Connais-toi ou la physiologie sans pleurs (1), par M. H. Coutière, professeur à la Faculté de pharmacie, membre de l'Académie de médecine.

Voici un excellent livre et un livre d'une lecture très attachante. Ce n'est pas un traité, encore moins un manuel. Le savant éminent qu'est M. Coutière a voulu nous donner une vue d'ensemble des connaissances actuelles. Il l'a fait avec une clarté et une simplicité que l'on voudrait trouver dans bien des ouvrages modernes. Au surplus, l'auteur nous indique dans son introduction le sentiment qui l'a guidé. Laissons-lui la parole :

« Suivant que l'on se sent d'humeur enthousiaste ou chagrine, nos connaissances sur nous-mêmes peuvent être considérées, soit par le côté achevé, qui n'a plus de chances de varier, soit par le côté en voie de défrichement, lourd d'hypothèses et d'inconnues. Nous pensons qu'à chaque jour suffit sa peine. Telle qu'elle se présente, avec certains terrains encore mal assurés, cette somme est déjà magnifique ; elle représente le labeur pur, désintéressé, de milliers et milliers de savants venus de tout le monde civilisé. C'est elle que nous nous proposons de dérouler sous forme d'un film très sommaire, sans termes savants ni théories. »

F. L. S.

HYDROLOGIE

Voyage d'études médicales. — *Les élèves du cours de perfectionnement d'hydro-climatologie du professeur Maurice Villaret visitent la station thermale de Vichy.* — La série des voyages d'études médicales à Vichy a été ouverte par les élèves du cours de perfectionnement d'hydro-climatologie du professeur Maurice Villaret. C'est ainsi que le samedi 16 mai, à 18 h. 15, ayant à leur tête ce maître éminent, entouré de ses dévoués collaborateurs : M. le professeur agrégé Justin Besançon et M. le docteur Deval, sont arrivés à Vichy de jeunes médecins étrangers, représentant dix nations différentes : Angleterre, Grèce, Iran, Mexique, Roumanie, Suisse, Tchécoslovaquie, Yougoslavie, ainsi que des internes et externes des hôpitaux de Paris.

Ces distingués visiteurs ont été installés à l'Hôtel du Parc, par les soins de la Compagnie Fermière.

Après le dîner, ils étaient reçus au Grand Casino et assistaient à la représentation de « Trois et Une », la délicieuse comédie de Denys Amiel.

Le programme de la journée du dimanche 17 mai débutait par la visite du Laboratoire de recherches hydrologiques, créé par la Compagnie Fermière de Vichy, et qui est placé sous le patronage et le contrôle de l'Institut d'Hydrologie du Collège de France. M. le docteur Lescœur, qui dirige avec la plus haute compétence ce laboratoire, a fourni à ses visiteurs de nombreux renseignements sur ses travaux et le résultat de ses recherches.

Puis vint la réception par la Société des Sciences médicales de Vichy : M. le docteur Binet, président, salua MM. Maurice Villaret, Justin Besançon et Devai, et souhaita une cordiale bienvenue à ses jeunes confrères français et étrangers. Et, dans une fort intéressante causerie, il rappela les origines de la station, donna des précisions sur ses différentes sources et sur les indications de la cure de Vichy.

M. le professeur Maurice Villaret fit ensuite à ses élèves la dernière leçon de son cours d'hydro-climatologie.

A midi, un banquet offert par la Compagnie Fermière dans les salons de l'Hôtel du Parc, réunissait les distingués hôtes de la Compagnie, et quelques personnalités du corps médical de Vichy, autour de M. Normand, directeur des services administratifs de la Compagnie Fermière, qui présidait.

Au champagne, des discours furent prononcés par : M. Normand, qui mit ses auditeurs au courant de la création du bureau permanent de surveillance médicale des régimes, qui fonctionne au Grand Etablissement thermal, et donna, en outre, de nombreux renseignements sur les différentes installations de la Compagnie Fermière et sur les nouveaux travaux, en cours d'exécution ou projetés ; M. le docteur Binet, président de la Société des Sciences médicales ; les représentants des différentes nations, au nom de leurs pays respectifs, et enfin M. le professeur Maurice Villaret, qui se livra à une improvisation charmante, faite comme toujours sur le ton le plus aimable.

A l'issue du banquet, les participants à ce voyage d'études médicales assistèrent à une conférence faite par M. le professeur agrégé Justin Besançon. Ils procédèrent ensuite à la visite des différents services du Grand Etablissement et des Sources. Ils se rendirent, vers la fin de l'après-midi, au Sporting Club de Vichy, dont ils parcoururent les installations et les terrains de golf, et où le thé leur fut offert au charmant Club-House.

Pour terminer la journée, ils assistèrent, au théâtre du Casino, à une soirée de gala, où ils eurent l'occasion d'applaudir, dans le « Maître de son cœur », de Paul Raynal, trois grandes vedettes parisiennes : Mlle Annie Ducaux, MM. Jean Servais et Jean Marchat.

La matinée du lundi 18 mai fut consacrée à la visite de l'établissement « Callou », puis des ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat et de la Centrale thermique, installations qui constituent la cité industrielle, complétant la cité thermale de Vichy. L'ensemble ainsi obtenu, vraiment unique, justifie bien pour Vichy le titre de « Capitale des Stations thermales ».

Au cours de ces visites, les participants à ce voyage ont manifesté à plusieurs reprises leur profonde admiration pour l'organisation remarquable de la station, et pour les précieuses ressources qu'elle offre aux malades relevant de son traitement.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Jeudi 25 juin. — Jury : MM. Balthazard, président ; Laignel-Lavastine, Tanon, Duvoir. — M. Baré. Etude de la loi du 31 mars 1919 relative aux pensions militaires d'invalidité. — M. Bacicurinschi. Etude de l'alimentation chez les intellectuels. — M. Trieu. Le traitement de l'opiomane. — M. Villaret. Climatologie médicale de la région parisienne.

Jury : MM. Gougerot, président ; Boulin, Chevallier, Gastinel. — M. Bontzolakis. Syphilis traumatique viscérale. — M. Carranza. Valvus variqueux ostéo-hyposiophique de Kilippel. — M. Chapereau. Le traitement des épithéliomas cutanés par le thermocautère. — M. Flato. Comment se soignent les syphilitiques dans le dispensaire. — M. Jeziernicki. Les urticaires non digestives de l'état de l'estomac. — M. Manuel. Modifications physico-chimiques dans la genèse des granulations éosinophiles des leucocytes. — M. Rabitz. Etude de la substance d'Oriel.

Vendredi 26 juin. — Jury : MM. Fiessinger, président ; Marcel Labbé, Lemierre, Abrami. — M. Biron. Utilisation

(1) In-8 relié. — Librairie Polytechnique Ch. Béranger, 15, rue des Saints-Pères.

des courbes glycémiques après injection veineuse en pathologie viscérale. — M. BLANC. Les diabètes de l'âge mûr. — M. GUDYS. Les rétinites stellaires pseudo-néphritiques. — M. LE QUAN-DANG. Etudes de certaines formes particulières de myélites dues à la fièvre typhoïde.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANEVRISME ARTERIEL POPLITE

Dilatation segmentaire pathologique de la paroi vasculaire, formant une poche en communication avec la lumière artérielle et remplie de sang liquide et de caillots. Sans aucune tendance à la régression spontanée, l'anévrisme réalise une affection grave et nécessitant une *sanction chirurgicale assez précoce.*

ETIOLOGIE

Les plus fréquents des anévrismes artériels des membres ;
Surtout rencontrés chez l'homme adulte (30 à 50 ans) ;
Exceptionnellement traumatiques.

Presque toujours spontanés et relevant d'un processus d'artérite chonique (intoxications chroniques, peut-être artérites infectieuses, surtout *syphilis*), l'altération de la paroi vasculaire précédant sa distension.

Des causes locales ont été invoquées (zone de fatigue artérielle et gêne circulatoire). Rôle prédisposant possible de certaines exostoses de l'extrémité inférieure du fémur traumatisant l'artère.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Forme variable :
Rarement *fusiforme.*
En règle **sacciforme :** sac diverticulaire, poche implantée par un collet sur une quelconque des faces de l'artère. D'abord petit et régulier, le sac anévrismal grossit et devient irrégulier, multilobé, englobant l'artère.

Structure. — La paroi du sac diminue d'épaisseur du collet vers la périphérie, où il peut être assez mince pour menacer de rupture.

Les trois tuniques artérielles sont altérées : tunique interne épaissie et infiltrée ; *tunique moyenne élastique presque disparue ;* tunique externe désorganisée, remplacée par du tissu conjonctif, avec une *gangue péri-anévrismale d'inflammation chronique,* qui domine l'évolution de l'anévrisme.

Le contenu est formé, en dehors du sang circulant, de *caillots* disposés en deux couches : en dedans caillots rouges de stagnation (caillots passifs récents) ; en dehors caillots blancs, plus anciens, caillots actifs formant une lame fibrineuse doublant la paroi du sac et plus ou moins organisée.

Siège. — Deux grandes variétés :

L'anévrisme haut fémoro-poplité, à l'aise dans le triangle fémoral du creux poplité, au-dessus des collatérales qui sont respectées, permettant le développement d'une circulation de suppléance suffisante.

L'anévrisme bas ou jambier, à l'étroit dans le triangle inférieur du creux, triangle petit et inextensible, d'où compression rapide. L'anévrisme intéressant les collatérales qui se détachent du sac, gênant la suppléance circulatoire par développement des anastomoses, entraîne des troubles marqués.

EVOLUTION ANATOMIQUE. — Aucune tendance à la régression.

L'anévrisme grossit, comprime et tend à se rompre.

Processus endo-anévrismal : *thrombose,* les caillots actifs blancs tendent à l'oblitération du sac, de la voie principale, des collatérales.

La pression à l'intérieur du sac tend à le faire se fissurer.

Processus exo-anévrismal inflammatoire aseptique : la *gangue* péri-anévrismale irrite, englobe et comprime les organes de voisinage et les collatérales artérielles, gêne le développement de la circulation de suppléance, précipite gangrène et rupture.

La circulation collatérale de suppléance tend à s'établir par les anastomoses des cercles péri-articulaires et le système des artérioles postérieures intra-nerveuses. Son développement dépend en grande partie du siège et de l'ancienneté de l'anévrisme :

Facile dans l'anévrisme supérieur, où les collatérales sont respectées ;
Difficile dans l'anévrisme jambier, où les collatérales sont englobées ;
Insuffisant dans l'anévrisme jeune, et il faut laisser le temps aux collatérales anastomotiques de se développer.

CLINIQUE

L'anévrisme est longtemps latent, méconnu, se développant insidieusement sans gêne et sans douleurs. Le malade sera vu plus ou moins tardivement, souvent alors qu'une tumeur déjà ancienne ne se traduisait que par des troubles minimes, d'où la possibilité à un premier examen de deux tableaux très différents :

Anévrisme jeune : la nature vasculaire de la tumeur est manifeste, les signes fonctionnels au minimum.

Anévrisme vieux : les signes ont perdu de leur netteté ; le syndrome fonctionnel est souvent dominant.

L'ANEVRISME JEUNE. — *Tantôt latent* et découvert à l'occasion d'un examen systématique ;
Tantôt révélé par quelques troubles discrets :
Quelques élancements après la marche ;
Gêne légère à l'extension complète du genou ;
Léger œdème malléolaire vespéral ;
Tous troubles dont *l'unilatéralité stricte* doit faire penser à l'anévrisme.

Examen. — Le malade est couché à plat ventre, les deux jambes nues.

A l'inspection, la jambe en extension : souvent un creux poplité semble partiellement comblé, parfois même il fait saillie et des battements sont visibles.

La palpation, la jambe fléchie, permet de sentir *une tumeur* profonde et médiane,
Dans l'axe du losange poplité,
Tumeur arrondie ou ovoïde, peu volumineuse, de limites souvent difficiles à apprécier, de consistance molle, pâteuse, peu mobile surtout dans le plan vertical, semblant partiellement réductible.

Deux caractères affirment sa nature :
Elle est **battante :** ses battements synchrones aux pulsations.
Elle est **expansive :** les doigts qui la palpent s'écartent à chaque battement.

Enfin *l'auscultation* de la tumeur, à l'aide d'un stéthoscope, montre l'existence d'un *souffle discontinu systolique,* souffle rude, synchrone au pouls, maximum au niveau de l'anévrisme, se propageant peu et uniquement selon le sens du courant atériel.

Tous ces signes sont diminués ou supprimés par compression artérielle en amont, ils seraient augmentés par compression au-dessus de l'anévrisme.

(A suivre.) CHRISTIAN PIERRA.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 52. — SAMEDI 27 JUIN 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'aaresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — *Section de chirurgie générale.* — Sont proposés :

Paris : MM. Ameline, Ménégaux, Funck.
Aix : M. Figarella.
Alger : M. Sabadini.
Bordeaux : MM. Masse, Darget.
Lyon : MM. Bertrand, Clavel.
Toulouse : M. Fabre.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le vendredi 17 juillet 1936.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront accompli leur service militaire.

Les registres d'inscription seront clos le 8 juillet 1936, à 16 h. (*J. O.*, 24 juin 1936.)

— PARIS. — *Prix Landau.* — Ce prix a été institué en faveur d'un jeune homme pauvre ayant perdu son père ou sa mère, âgé de dix huit ans au moins et de vingt-cinq ans au plus, ayant fait preuve de « qualités propres à le faire réussir dans une situation difficile par suite de revers de fortune, et se préparant à une carrière libérale, artistique ou littéraire ».

Les candidatures (demande sur timbre et feuille de renseignement, fournie par le secrétariat) doivent parvenir à M. le Doyen le 1er juillet au plus tard.

Les candidats doivent habiter le Ve arrondissement.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le ministère de la Santé publique communique :

« En vue de parer aux menaces de conflit dans les établissements hospitaliers, tant publics que privés, le ministre de la Santé publique a pris l'initiative de réunir une conférence paritaire, aux fins d'élaboration d'un statut type pour le personnel des établissements publics, et d'une convention collective de travail type pour le personnel des établissements privés. »

ASSOCIATION DES AMIS D'ADOLPHE COURTOIS. — Une Association vient d'être créée dans le but d'honorer la mémoire et de perpétuer l'œuvre scientifique du docteur Adolphe Courtois, médecin des asiles, prématurément enlevé à ses travaux et à l'affection de ses nombreux amis.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire, M. P. Sivadon, chef de clinique à la Faculté, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE D'HYGIÈNE. — *Cours des gaz.* (M. le professeur TANON.) — Programme des prochains cours :

Samedi 27 juin : M. Bruère. La détection.
Lundi 29 : M. Clerc. La désinfection.
Mardi 30 : M. Sée. Rôle du personnel sanitaire.
Mercredi 1er juillet : M. François. Brancardiers. Moyens de transport.
Jeudi 2 : M. Galtier. Matériel.
Vendredi 3 : M. Neveu. Le péril microbien.

Les cours ont lieu tous les jours (dimanche excepté), à 18 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. S'inscrire au laboratoire d'hygiène pour la visite du poste de secours sous abri de la Faculté de médecine.

L'EXPOSITION DE LA PROTECTION DANS L'INDUSTRIE s'est ouverte à la Maison de la chimie, 28 *bis*, rue Saint-Dominique. Elle durera jusqu'au 1er juillet inclus. Les visiteurs seront particulièrement intéressés par la section de défense passive contre les attaques aériennes.

CHRONIQUE

XVe SESSION DES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES (JUIN 1936)

Malgré les graves difficultés actuelles, nos amis belges, avec un magnifique courage et l'esprit méthodique que nous admirons, ont assuré aux journées médicales leur succès habituel.

Samedi dernier, la séance inaugurale a eu lieu dans la noble salle des Académies. La loge royale, où nous vîmes tant de fois S. M. la reine Elisabeth, puis l'infortunée reine Astrid, était vide... Dans la loge diplomatique, l'ambassadeur de France et Mme Laroche, l'ambassadeur d'Italie et tous les diplomates accrédités à Bruxelles.

M. Emile Vandervelde, ministre de la Santé publique, préside la séance. A ses côtés, M. le professeur Danis, président des Journées, le Dr Maurice Bedel, le professeur Nicolas (de Lyon), chef de la délégation française, M. le recteur Dustin, le baron Houtart, gouverneur du Brabant, MM. Léopold Mayer, René Beckers et Raoul Bernard, les infatigables animateurs de *Bruxelles médical* et de ses Journées, les professeurs F. Héger, Nolf, Bordet, Rubay, le général médecin Declecq, M. Goossens-Bara, président de la Commission d'assistance publique, M. René Sander, directeur de la Société internationale de la Croix-Rouge.

Parmi les Français, MM. les professeurs Devraigne et Grégoire (Paris), Billet et Leclercq (Lille), Dechaume (Lyon), L. Merklen (Nancy), Weiss (Strasbourg), Blanc (Maroc). Parmi les étrangers, les professeurs Nuttall (Cambridge), Jimenez Diaz (Espagne), Audet (Canada), Burgi, Ramel, Robert d'Ernst (Suisse), Saenz (Uruguay), Netousek (Tchécoslovaquie), dos Santos (Portugal), Pavel (Roumanie).

Il me faudrait encore citer tous les éminents confrères belges qui étaient particulièrement nombreux.

M. Vandervelde prend le premier la parole. En termes émouvants, il rappelle le deuil qui frappa si cruellement la Belgique, il y a dix mois, puis il trace, très éloquemment, le programme de travail que les événements dictent à un ministre de la Santé publique soucieux de son devoir.

M. le professeur Nicolas parle ensuite au nom des gouvernements étrangers.

Le Dr René Beckers associe l'assemblée au deuil de son pays, et il demande un instant de recueillement, tandis que la musique du 9e de ligne joue, en sourdine, « la Brabançonne ».

M. Beckers rappelle ensuite les progrès constants réalisés par les Journées médicales. Puis, abordant de graves questions professionnelles, il se fait l'interprète des médecins belges pour demander que l'Ordre des médecins n'ait d'autre juridiction qu'une juridiction médicale.

Enfin, M. le professeur Robert Danis prononce le discours d'usage et déclare ouverte la XVe session des Journées médicales de Bruxelles.

M. Maurice BEDEL fait alors sa conférence. Oubliant un instant qu'il est médecin, notre spirituel confrère se fait « patient » pour exposer sa *Pétition à MM. les médecins au nom des malades.* Conférence étincelante, comme on pouvait s'y attendre. M. Maurice Bedel, malgré son évidente santé, se met dans la peau du malade au point de ne pouvoir s'empêcher de dire à ses confrères quelques vérités. Si la vérité n'est pas toujours bonne à dire pour le commun, elle est très goûtée quand elle sort des lèvres de Maurice Bedel, accompagnée de piquantes anecdotes.

... Je ne sais plus comment le conférencier fut amené à parler de l'aérophagie, mais ce fut un spectacle amusant de voir tout l'auditoire se mettre à déglutir de l'air sur la seule description du syndrome.

Mais revenons, avec Maurice Bedel, à des sujets plus graves sur lesquels il donna des avis pleins de bon sens.

Avec énergie, il protesta notamment contre la fonctionnarisation de la médecine et contre les excès scientifiques. Il demanda le retour à la saine clinique, seule capable d'habituer les élèves à considérer le malade comme un *homme* et non comme un assemblage d'organes justiciables d'un nombre infini de spécialistes. Son appel en faveur du médecin de famille fut très applaudi, mais c'est peut-être surtout aux malades qu'il faudrait le faire comprendre.

Nous parlerons prochainement des travaux des Journées médicales.

Pour aujourd'hui, bornons-nous à remercier nos aimables confrères belges. Comme de coutume, ils ont reçu leurs invités d'une façon exquise. Le raout, avec spectacle de « variétés », fut une soirée charmante. Enfin le banquet officiel sortit de la banalité. Il eut lieu dans le beau cercle de l'*Etrier belge*, au bois de la Cambre. Après le dîner, nous avons pu assister dans le manège voisin à une admirable présentation de chevaux qui remporta le plus vif succès.

F. L. S.

REVUE GÉNÉRALE

LES GROS INFARCTUS DU REIN

PAR MM.

R. DESJACQUES, et A. BOIJEAU,

Chirurgien des hôpitaux Interne des hôpitaux

de Lyon.

Bien décrits anatomiquement, d'étiologie parfaitement connue, les Infarctus du Rein sont rarement diagnostiqués sur le vivant et restent le plus souvent des découvertes d'autopsie. La littérature médicale n'en contient qu'une trentaine d'observations complètes tant anatomiquement que cliniquement, alors qu'aux autopsies, ce n'est pas une lésion exceptionnelle (11 cas sur 263 observations de Teissier). Il est vrai que la maladie causale garde le plus souvent le premier plan de la scène clinique, et si la guérison survient on n'a pas la preuve directe de la nature de l'accident rénal observé. Mieux connues, ces lésions seraient peut-être plus souvent diagnostiquées. Un cas personnel nous a incités à reprendre l'étude d'ensemble de ces gros infarctus du rein.

Historique. — Rayer le premier décrivit ces lésions, dont l'étiologie est précisée par Virchow, Rokitansky, Conheim, Litten, Ribbert, Chomel (Th. de Paris 1867). L'expérimentation vint rapidement compléter ces premières connaissances avec Schultz, Cohn, Panum, Blessig, Prévost et Cottard. L'étude clinique resta plus longtemps indécise : Traube (1856), Weber (1864) rapportent les premières observations ; Schmidt et Halperin en ont présenté des études détaillées.

Anatomie pathologique. — I. LES LÉSIONS. — *Les lésions macroscopiques* sont plus ou moins étendues et l'on peut distinguer les I. partiels et les I. massifs.

a) INFARCTUS PARTIEL. — Il se présente, à la coupe, comme un îlot triangulaire dont la base répond à la capsule et le sommet regarde le hile ; il est *blanc grisâtre ;* les contours en sont bien limités et *bordés par une zone congestive.* Il siège plutôt au pôle supérieur ou à la partie moyenne ; la coexistence avec des infarctus de la rate est fréquente. Le volume est variable (du grain de millet au volume d'une prune).

L'aspect blanchâtre des infarctus rénaux contraste avec les caractères hémorragiques des infarctus de la plupart des autres organes ; ce n'est pas un stade avancé d'évolution ; c'est bien l'aspect même, précoce comme l'a démontré l'expérimentation. On peut cependant observer des infarctus hémorragiques en cas de forte pression veineuse, dans les petits infarctus, en cas d'oblitération des veines et non plus des artères. Le plus souvent, l'absence de voies de secours empêchant le reflux du sang, la teinte gris sale est observée.

b) INFARCTUS MASSIFS. — Ils sont produits par l'oblitération complète d'un volumineux vaisseau du rein. Le rein, après une augmentation temporaire de volume, tend à s'atrophier ensuite. Il a une teinte grisâtre, nécrotique. A la coupe : médullaire et corticale sont plus ou moins fusionnées sous l'aspect d'une substance jaune grisâtre, plus ou moins striée de marbrures ecchymotiques.

Souvent il y a de petits infarctus concomitants dans le rein opposé, ou la rate. Il y a des cas d'I. massifs bilatéraux.

Les lésions histologiques sont identiques quel que soit le volume de l'I. Elles sont caractérisées par une nécrose à marche centrifuge, et de la congestion périphérique.

La Nécrose à marche centrifuge se traduit par une dégénérescence granuleuse progressive des cellules des glomérules, puis des tubuli. Rapidement le tissu devient méconnaissable. Elle débute au centre de l'I. et s'étend lentement vers la périphérie.

La Congestion périphérique est réalisée en deux zones : la zone interne (zone cellulaire) avec une importante infiltration de polynucléaires (Levrat) plus ou moins altérés ; la zone externe (zone vasculaire) caractérisée par une vaso-dilatation considérable ; elle correspond à la bordure cyanique souvent constatée macroscopiquement.

L'*intégrité relative de la région sous-capsulaire,* au moins dans les lésions précoces, provient de la conservation de la perméabilité des vaisseaux capsulaires.

II. ÉVOLUTION DES LÉSIONS. — La cicatrisation des lésions, qui est de règle, est constituée par l'effacement progressif de la zone nécrotique centrale, et l'organisation des zones périphériques, qui gagnent peu à peu sur la zone centrale. Une cicatrice fibreuse se forme ; elle ne contient que quelques glomérules atrophiés, quelques adénomes ou quelques cellules épithéliales.

Les Infarctus Partiels aboutissent à une cicatrice fibreuse, rétractile, déprimant la capsule sous laquelle on peut trouver de petits kystes ; les reins farcis de vieux infarctus ont une allure bien caractéristique avec leur surface bosselée, bigarrée dont la décapsulation est laborieuse sinon impossible.

Les Infarctus Massifs aboutissent à l'atrophie plus ou moins complète du rein atteint. Les tissus cicatrisés sont grisâtres, durs, et même infiltrés de calcaire.

III. ÉTAT DU REIN OPPOSÉ. — Le rein malade retentit dangereusement sur le rein sain. Castaigne et Rathery l'ont montré expérimentalement et il en va sans doute de même chez l'homme ; un volumineux infarctus rénal reste dangereux pour l'organisme malgré sa cicatrisation habituelle.

Expérimentation. — On a reproduit l'I. par des ligatures de veines, et d'artères du rein.

La Ligature des Veines a été réalisée par divers auteurs : Buchwalden et Litten, Alessandri, Giani, Jungano, Morel, Papin et Verliac. Ces expériences montrent la gravité considérable de la ligature veineuse, qui, unilatérale, entraîne la mort dans 60 % des cas ; les anastomoses avec les veines capsulo-adipeuses sont souvent insuffisantes.

La Ligature des Artères (Schulz, Cohn et Blessig, Alessandri, Giani) donne des résultats constants : une nécrose rapide et totale avec atrophie en masse ; en

accord avec l'anatomie qui n'admet entre les branches des artères rénales que des anastomoses capillaires totalement insuffisantes fonctionnellement.

L'expérimentation peut reproduire certains symptômes : diminution de la sécrétion urinaire, et même anurie ; hématurie ; albuminurie brusque.

Pathogénie. — L'infarctus rénal est provoqué par l'occlusion brusque et totale d'une artère ou d'une veine d'un rein, entraînant comme dans tout organe à circulation pratiquement terminale, la nécrose rapide du parenchyme ischémié.

Cette oblitération peut être réalisée :

I. Par l'*embolie*, cause la plus fréquente (Chauffard, Laederich, Widal, Lemierre, P. Vallery-Radot); l'embol viendrait le plus souvent du cœur gauche, de l'aorte ou d'affections veineuses périphériques.

2. Par la *thrombose* due à une lésion des vaisseaux rénaux. Elle est considérée comme rarement en cause. Pour Favre et Levrat, reprenant les idées de Tripier, la thrombose pariétale primitive par lésions vasculaires locales doit être responsable de nombreux cas.

3. *Le spasme* seul pourrait difficilement produire de telles lésions. Karl Neuburger a noté cependant sa participation certaine.

Etiologie. — L'oblitération vasculaire peut relever de causes très diverses.

1. *Les affections cardio-aortiques* sont en cause dans la grande majorité des cas (63 %). Il s'agit d'*endocardite* dans 47 % des cas (endocardites végétantes aiguës, plus souvent endocardites secondaires développées sur des affections valvulaires chroniques) : cette grande fréquence dans l'étiologie des I. du R. de l'endocardite est confirmée par les statistiques de Sperling, Rokitansky, Barney et Mintz. *La myocardite* est plus rarement en cause. *Les aortites de toute nature* (par athérome, aortite syphilitique et anévrysme) sont souvent notées.

2. *Les affections des vaisseaux périphériques* provoquent l'I., qu'il s'agisse de *phlébites, d'artérites périphériques* (on ne peut guère admettre ici l'embolie rétrograde ; il s'agit au niveau des artères rénales, du même processus qu'au niveau des autres artères).

3. *Les infections aiguës ou chroniques* notées sont variées : diphtérie, scarlatine, lésions pulmonaires chroniques, grippe, gastro-entérites aiguës et diarrhées des enfants, infection puerpérale.

4. *Les traumatismes* peuvent agir par compression, tiraillement ou torsion sur les tuniques internes des vaisseaux (Pisani, Recklinghausen).

5. *Les néoplasmes* agissent le plus souvent par envahissement veineux (Lorrain et Chaton, Escat).

Etude clinique. — L'observation d'un cas personnel et l'étude de 33 observations recueillies dans la littérature nous permet de décrire l'aspect clinique de l'I. R.

1. Symptômes subjectifs. — *La douleur* est la manifestation la plus fréquente et la plus caractéristique de l'I. du Rein. Elle ne manque que rarement (7 fois non signalée sur 34 cas). Cependant Barney et Mintz, sur 143 cas d'I. découverts à l'autopsie ne retrouvent que très rarement la douleur dans le tableau clinique (35 % seulement) et concluent à la possibilité d'absence de douleur même dans de volumineux infarctus. On ne possède cependant pas d'observation indiscutable de gros I. R. sans manifestations douloureuses. Le plus souvent la douleur paraît dépendre en proportion directe du volume de l'I.

Le début de la douleur est habituellement *brutal ;* l'intensité est variable, atroce chez notre malade ; elle est presque maxima d'emblée, *continue, sans intermittence,* sans crises à répétition, séparées de périodes indolores. Elle est soulagée par le décubitus du côté atteint ; elle s'exagère dans les mouvements de la respiration et au palper de la région lombaire. La morphine reste le plus souvent sans action.

Elle siège dans la région lombaire au-dessous des fausses côtes ; plus rarement elle est abdominale ou diffuse.

L'absence d'irradiations est un signe non constant, mais de valeur.

Elle peut ne durer que quelques heures ; très souvent elle atteint 2 ou 3 jours en moyenne.

La douleur reste parfois le seul symptôme au cours de l'évolution d'un I.R.; beaucoup plus souvent, comme dans notre cas elle est le seul symptôme au début et ce n'est que quelques heures après qu'on voit apparaître des signes objectifs.

2. Symptômes objectifs. — *Les modifications urinaires* dominent.

La diurèse est diminuée (sur 34 cas : 7 cas avec oligurie, 4 avec anurie, 5 avec diurèse normale, 18 non précisés). L'oligurie oscille entre 200 et 600 gr. (50 à 100 gr. dans le cas de Pic et Bonnamour). L'anurie complète dans les 4 cas où elle est signalée correspondait à des I. massifs des deux reins. L'oligurie paraît due à la brusque suppression d'une partie plus ou moins importante du filtre rénal avec participation réflexe d'intensité variable suivant les sujets.

L'albuminurie est fréquente (79 % des cas) ; elle apparaît brusquement ; elle est massive ; elle est transitoire et ne persiste guère après 4 ou 5 jours. C'est le meilleur et le plus constant des signes urinaires. Elle est due soit à l'élimination des produits de nécrose, soit à la congestion périphérique des lésions (expliquant mieux le caractère passager de l'albuminurie).

L'hématurie est signalée dans 61 % des cas. Elle est d'intensité moyenne, totale, passagère et fugace (2 à 3 jours).

L'hémoglobinurie est plus rare et n'est signalée que dans les cas de Halperin et Desjacques-Boijeau où, avec une réaction de Weber très positive, l'examen du culot de centrifugation ne montrait que de rares hématies. Cette rareté est peut-être expliquée par ce fait que l'hématurie macroscopique n'a, dans la plupart des cas, pas été vérifiée par le microscope.

La cylindrurie est fréquente : rarement très abondante et rarement longtemps persistante (cylindres hyalins, ou granuleux ou épithéliaux). *La présence de leucocytes* dans l'urine est rarement signalée ; d'ailleurs la suppuration reste très exceptionnelle.

L'examen de l'abdomen montre rarement de la défense ou de la contracture. Dans 7 observations, on a pu percevoir une masse lombaire ; mais le plus souvent cette recherche reste négative car le rein est très peu augmenté de volume.

Les examens urinaires spéciaux apportent de nouveaux et importants éléments de diagnostic des I. du rein.

Le Cathétérisme séparateur des Urines, utilisé pour la première fois par Achard et Grenet, et surtout par Bull (en 1924), permet d'étudier pour chaque rein : la diurèse (considérablement diminuée du côté lésé), les éléments anormaux (hématurie, albuminurie et cylindrurie existent du côté malade et sont souvent signalées du côté présumé sain ; ce qui diminue leur valeur localisatrice mais est intéressant en montrant une véritable néphrite aiguë du rein sain intoxiqué par le côté malade).

La séparation des urines a jusqu'à ce jour été peu utilisée. Elle est un moyen de diagnostic fondamental, et permet d'apprécier la valeur de chaque rein en vue d'une intervention.

La pyélographie a été utilisée dans quelques cas (Weiss, Eisendrath) ; en comparant les images de la pyélographie intraveineuse et de la pyélographie ascendante, on peut apprécier le blocage plus ou moins accusé du rein atteint, mais il ne semble pas qu'on puisse en attendre des résultats plus précis.

3. Symptômes généraux. — Les signes généraux n'ont rien de caractéristique et bien souvent égarent le diagnostic. *Les vomissements* alimentaires ou bilieux sont très fréquents, ils sont d'origine réflexe et non d'origine urémique.

Un état de Shock avec pâleur, sueurs froides, faciès grippé, dyspnée, agitation, est habituel dans les gros I.

Il peut y avoir de la *température*. L'absence de phénomènes urémiques est habituelle, sauf cas d'anurie totale.

Evolution. Pronostic. — Le pronostic des I. du rein dépend, semble-t-il, du volume des lésions.

La guérison habituelle dans les petits I. pourrait s'observer dans des I. volumineux à symptomatologie dramatique, mais la clinique ne permet pas toujours de préciser la réalité et l'étendue des lésions.

Les récidives sont fréquentes. *Le pronostic dépend avant tout* de l'affection causale.

La mort est fréquente dans les I. volumineux, même unilatéraux ; en dehors des cas d'anurie, son mécanisme est imprécis. Une véritable intoxication aiguë en est la cause, et peut-être aussi le retentissement sur l'autre rein.

Formes cliniques. — Les divers symptômes de l'I.R. peuvent se grouper de façon très variée en de nombreuses formes cliniques. On peut distinguer :

La forme franche à symptomatologie complète (douleur, oligurie ou anurie, albuminurie, hématurie) ;

Les formes frustes à symptomatologie incomplète : forme douloureuse pure (cas de Bartels, Schmidt et Riebold), forme albuminurique pure ;

Les formes trompeuses : pseudo-néphrétique, péritonéale.

L'existence de *formes totalement silencieuses* n'est pas démontrée.

L'Observation suivante, que nous avons pu recueillir, illustre l'étude clinique précédente :

Observation. — C. Maurice, 52 ans, est amené d'urgence le 4-12-35 à l'Infirmerie de Porte de l'Hôtel-Dieu pour un syndrome douloureux abdominal d'une rare violence.

Le malade a toujours joui d'une excellente santé ; mais depuis plusieurs années, il est traité pour de l'*hypertension artérielle* avec albuminurie intermittente. Depuis quelques semaines, il a maigri et a des céphalées violentes et fréquentes.

Le début de l'affection actuelle a été brutal : à 4 heures du matin, le malade est réveillé, sans prodromes, par une douleur d'emblée très intense, et immédiatement localisée dans la région lombaire des deux côtés et en avant au creux épigastrique. Il n'y a pas d'irradiation. Depuis son début, malgré une injection de morphine, la douleur n'a cessé de croître, sans présenter la moindre rémission.

Le malade est vu à 9 heures : pâle, angoissé, dans un état d'agitation extrême, et réclamant à grands cris un soulagement à ses atroces souffrances. La température est à 37°, le pouls est rapide. Le malade a vomi à plusieurs reprises.

L'examen de l'abdomen contraste avec l'intensité des signes fonctionnels : pas de contracture notable des fosses iliaques ; mais un peu de défense au creux épigastrique, qui, ainsi que les fosses lombaires, est légèrement sensible à la pression. Pas de matité ; pas de masse perceptible. Au toucher rectal : rien d'anormal.

Le malade urine sans peine ; ces urines sont claires et ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Tension 19/15. Pouls à 100. Le pouls radial et fémoral sont synchrones. Rien aux poumons. Réflexes pupillaires et tendineux normaux

Le diagnostic apparaît singulièrement difficile : on élimine la colique néphrétique (urines normales, douleurs de type différent). Retenant l'hypertension, on pense à la possibilité d'infarctus des vaisseaux mésentériques ; on émet aussi l'hypothèse de pancréatite aiguë hémorragique. Une laparotomie exploratrice apparaît légitime et est réalisée immédiatement.

Intervention (Dr Desjacques, M. Boijeau). — Anesthésie générale.

1. Laparotomie médiane sous-ombilicale : exploration intestinale (grêle, côlon, appendice) entièrement négative.

2. Laparotomie médiane sus-ombilicale : exploration de l'estomac, du pancréas, du foie et de la vésicule biliaire, du côlon transverse entièrement négative. Les reins sont palpés et ne paraissent pas de volume anormal. Fermeture.

Dès le réveil, le malade recommence à se plaindre ; la douleur est toujours aussi violente. Tard dans la soirée, elle s'atténuera pour faire place à une pénible sensation de pesanteur lombaire, qui persistera encore plusieurs jours, pendant lesquels on remarque que le malade reste presque toujours couché sur le côté droit.

Le lendemain de l'intervention, les urines se troublent et contiennent une grande quantité d'albumine.

Examen des urines le 5-12-35 : Diurèse 1,600 ; albumine 1 gr. 60 p. 1.000 ; cytologie : très nombreux leucocytes plus ou moins altérés, nombreux cylindres leucocytaires et granuleux, quelques cellules épithéliales, pas de pus.

Sucre : 0.

Le second jour, on constate que les urines qui restent troubles ont pris *une coloration rougeâtre, foncée*, on fait pratiquer un :

Examen des urines le 7-12-35 : diurèse 1,500 ; albumine : 2 gr. 10 p. 1.000 ; cytologie : très nombreux leucocytes plus

ou moins altérés, cylindres granuleux en très grande quantité, plus rares cylindres hyalins, rares hématies.

Recherche du sang (Weber) : très positive.

Sucre : 0.

Dans les jours qui suivent, la température ne dépasse pas 38°8, la diurèse quotidienne se maintient entre 1 litre, 1,600. De jour en jour, les urines s'éclaircissent, la pesanteur lombaire s'atténue. Le sixième jour, les urines sont à peu près normales, le malade ne souffre plus ; on pourrait le considérer comme guéri. Mais vers midi, il est pris d'une violente douleur rétro-sternale « en coup de poignard », dit-il ; pendant quelques minutes, il reste assis sur son lit, pâle et angoissé ; mais cette douleur ne persiste pas, elle ne laisse qu'une gêne thoracique légère. Mais depuis cet épisode, le malade n'est plus aussi bien qu'auparavant ; il est abattu, un peu dyspnéique et se plaint de douleurs thoraciques fugaces.

Dosage de l'urée dans le sang : 0,39 p. 1.000.

Le huitième jour, il meurt subitement alors qu'il parlait à sa femme, après avoir quelques minutes auparavant rejeté quelques crachats striés de sang.

Autopsie, 24 heures après la mort : le 13-12-35.

L'attention est attirée tout d'abord par la présence dans la plèvre gauche d'un énorme caillot de 1.800 gr., noirâtre, uniforme, moulé sur la paroi costale et ayant l'allure générale d'un poumon : ce caillot nage dans un litre environ de liquide séro-hémorragique, vraisemblablement constitué par le sérum du sang épanché, le poumon gauche est aplati contre la colonne.

L'examen de la cavité pleurale révèle rapidement l'existence d'une large rupture de la crosse aortique, un peu audessous de l'origine de l'artère sous-clavière gauche.

Après éviscération, on isole en premier lieu l'appareil cardio-vasculaire :

Le cœur est assez gros, la cavité ventriculaire gauche est un peu dilatée et les parois de ce ventricule sont hypertrophiées. Le myocarde paraît normal. On ne décèle aucune lésion orificielle. En somme : gros cœur gauche, légèrement dilaté sans lésion valvulaire.

L'aorte : l'ouverture de l'aorte révèle l'existence sur toute son étendue de lésions diffuses à type d'*aortite syphilitique ;* il s'agit de plaques gélatiniformes, d'aspect typique, s'étendant des sigmoïdes, qui semblent respectées jusqu'aux branches collatérales et terminales, qui sont elles-mêmes profondément atteintes. Ces plaques extrêmement abondantes prédominent autour des orifices vasculaires, en particulier des intercostales, et dans la région de la crosse qui apparaît comme légèrement dilatée dans son ensemble. La paroi aortique est peu résistante et se laisse facilement cliver en deux couches d'égale épaisseur, ce qui laisse présumer d'importantes altérations de la média.

L'examen histo-pathologique (Dr Dechaume) : le fragment d'aorte montre des lésions *d'athérome* associées à une *aortite syphilitique*, avec endo-péri-artérite et lésions des couches musculaires.

La rupture de l'aorte : sur la crosse, un peu au-dessous et à gauche de l'origine de la sous-clavière gauche, la tunique interne est rompue suivant un trait sensiblement linéaire, long de 3 à 4 centimètres, et dirigé parallèlement à l'axe du vaisseau. L'adventice, infiltrée de sang, distendue, est décollée de la tunique interne sur une longueur d'une quinzaine de centimètres.

Entre ces deux tuniques existe une petite poche, véritable anévrysme disséquant, qu'on trouve partiellement remplie de caillots noirâtres, non adhérents, donc récents.

L'adventice ectasiée est rompue dans la plèvre gauche par un orifice à bords déchiquetés, admettant largement l'index.

En somme : grosse aortite syphilitique diffuse avec athérome ; rupture de la tunique interne, infiltration hémorragique à l'intérieur des tuniques aortiques, création d'un anévrysme disséquant rompu secondairement dans la plèvre gauche.

L'artère mésentérique supérieure présente la même disposition ; la tunique interne est rompue à 5 centimètres environ de l'aorte et une infiltration sanguine distend l'adventice sur une longueur de 7 à 8 centimètres. L'adventice n'est pas rompue. La lumière du vaisseau quoique aplatie reste largement perméable.

Examen histo-pathologique (Dr Dechaume) : le fragment d'artère mésentérique montre des lésions d'endartérite avec peut-être coagulation en un point au niveau d'une zone où l'endartère est altérée.

L'intestin vérifié de bout en bout est absolument normal, sans aucun signe de trouble vasculaire.

Poumons normaux, légère congestion des deux bases.

Reins. — Rein gauche assez gros (270 gr.), d'aspect extérieur normal ; la capsule se décolle facilement sans zone d'adhérence anormale. A la coupe : corticale pâle, un peu épaissie, substance médullaire d'aspect normal.

Rein droit : petit (160 gr.), l'aspect extérieur frappe aussitôt. Après avoir facilement décollé la capsule, qui ne présente que quelques petites zones d'adhérence, on découvre sur un fond rénal plutôt pale :

a) En avant : sur presque toute la hauteur de la face antérieure, parallèle à 1 cm. environ du bord convexe une bande grisâtre, résistante, ceinte d'une zone très étroite de coloration cyanique.

b) En arrière : la moitié supérieure de cette face présente au milieu d'une coloration rougeâtre, une zone grisâtre, nécrotique, ramollie, surtout à son centre. Son contour festonné, irrégulier, est bordé d'un liseré cyanotique. Il existe une autre petite tache d'aspect identique à la partie inférieure de cette même face.

A la coupe : la pâleur de la corticale contraste avec la coloration de la médullaire qui est rougeâtre, surtout à sa périphérie. Les zones blanchâtres de la surface ont la même coloration et le même aspect nécrotique à la coupe, elles intéressent uniquement la corticale sur une profondeur variant de quelques millimètres à 1 cm. 1/2 suivant les régions. Elles semblent sans rapport avec la structure histologique du rein.

La dissection des artères du rein droit révèle des lésions diffuses de ces artères ; en plusieurs points l'endartère présente un aspect ecchymotique. La dissection des principales branches permet de découvrir dans une artère du pôle supérieur un caillot fortement adhérent à une endartère ecchymotique.

Examen histo-pathologique (Dr Martin) : Autolyse cadavérique marquée. Pas de lésion histologique sur le fragment de rein gauche. Sur le fragment de rein droit, il s'agit, comme on l'a diagnostiqué macroscopiquement, de lésions d'*infarctus* en voie de remaniement.

Par ailleurs : Foie de 1.900 gr. d'aspect muscade,
Rate de 270 gr. sans lésions apparentes,
Surrénales sans lésions apparentes.

En somme, pour *le rein droit :* c'est un infarctus massif, car les lésions observées intéressent des territoires irrigués par des artères différentes ; la date récente de l'infarctus (8 jours) suffit à expliquer le peu d'extension relative des lésions. L'aspect macroscopique répond bien aux caractères généraux des infarctus (Falci) : nécrose à marche centrifuge, congestion périphérique.

Diagnostic. — Le diagnostic d'I.R. est extrêmement difficile et n'a été que rarement fait. L'apparition subite de douleurs lombaires violentes et d'hématurie serait, pour Sénator et Rosenstein, pathognomonique d'une nécrose rénale étendue. La notion d'une maladie embolisante peut mettre sur la bonne voie. Il

faut y penser dans toutes les affections douloureuses lombaires.

Le diagnostic se pose avec certaines affections douloureuses non urinaires : crise gastrique, infarctus mésentérique comme chez notre malade, pancréatite aiguë.

Il faut éliminer la colique néphrétique, dont les irradiations diffèrent de la douleur de l'I.R. Dans le rein mobile on perçoit le rein ptosé. *Une poussée de néphrite aiguë* peut revêtir le même tableau apparent que l'I.R.: l'étiologie, les caractères moins violents de la douleur, l'urée du sang, la plus grande durée de l'albuminurie et de la cylindrurie sont des éléments permettant un diagnostic facile.

Ce diagnostic d'I.R., en dehors des cas à symptomatologie complète, reste extrêmement difficile ; il en résulte de grandes difficultés pour le traitement.

Traitement. — En l'absence d'un diagnostic précis, le traitement se borne souvent à rester *symptomatique :* visant à l'atténuation de la douleur (opiacés, sangsues ou ventouses scarifiées au Triangle de J.-L. Petit), au rétablissement de la sécrétion urinaire en cas d'oligurie et d'anurie (diurétiques légers, purgations, sérum glucosé hypertonique intraveineux), au traitement de la défaillance cardiaque. Le traitement de l'affection causale doit être mis en œuvre.

Le traitement chirurgical est légitime : le rein lésé est devenu inutile, sa sécrétion est pratiquement nulle, il est dangereux pour l'autre rein où il peut déterminer des lésions secondaires, et pour l'organisme qu'il intoxique. *La néphrectomie* ne sera pratiquée qu'après examen urologique complet et dans certaines conditions bien définies (suppression fonctionnelle à peu près absolue du rein infarcté, intégrité suffisante du rein opposé, étiologie compatible avec une survie appréciable). *La décapsulation* serait utilisable en cas de néphrectomie impossible ou quand l'I. bien que volumineux permet un fonctionnement assez important du rein ; son action sur la douleur pourrait être efficace.

Il faut reconnaître que ces notions restent théoriques. Il faut d'abord diagnostiquer l'Infarctus, donc le connaître et y penser ; c'est dans ce but que nous avons publié cette étude.

Bibliographie

La Bibliographie complète et le résumé des observations seront publiés dans un mémoire plus important : *Lyon Chirurgical*, 1936 :

Voir : *Encyclopédie Française d'Urologie*, III, p. 523. — Halperin, *Arch. of Intern. Med.*, 1908, p. 320. — Levrat. *Th. de Lyon*, 1930. — Rey, *Th. de Lyon*, 1911. — Eisendrath. *Journ. d'Urol.*, 1934, p. 47. — Desjacques et Boijeau, *Lyon Médic.*, 1936.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(Séance du 8 juin 1936)

Isolement d'un principe hypoglycémiant dans la muqueuse jéjunale. — MM. Francis Rathery, André Choay et Pierre de Traverse.

Contribution à l'étude des propriétés alexiques de la protéine C. — M. Maurice Doladilhe et Mlle Marguerite Michel.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 JUIN 1936)

Notice nécrologique. — M. GORIS lit une notice nécrologique sur M. Louis Maillard (d'Alger), correspondant national depuis 1919 dans la division de pharmacie.

La recherche systématique du bacille de Koch dans les expectorations broncho-pulmonaires. — MM. Fernand BEZANÇON, Paul BRAUN et André MEYER. Au cours de leur recherche systématique du bacille de Koch par la culture des crachats sur milieu de Pétragnani-Lœwenstein, les auteurs ont pu recueillir 5 observations de suppurations broncho-pulmonaires, sans apparence d'évolution clinique tuberculeuse pendant le temps de l'observation, où le bacille n'a pu être dépisté que par la culture ; ils en rapportent également une autre où il n'y avait que de très rares bacilles par l'homogénisation et où la culture fut positive.

Dans tous ces cas, il s'agissait bien de bacilles tuberculeux authentiques et ils insistent, d'après leur expérience, sur ce fait que les bacilles paratuberculeux sont extrêmement rares dans les crachats.

Les auteurs rapportent en outre un certain nombre d'observations cliniques, où la constatation de bacilles au cours d'une suppuration pulmonaire faillit entraîner un diagnostic de tuberculose pulmonaire, alors que l'observation subséquente démontra qu'il ne s'agissait que de suppuration pulmonaire sans évolution tuberculeuse apparente.

Les auteurs signalent également à côté des cas où il s'agit de pures constatations bactériologiques, des cas plus rares, à leur avis, où l'on observe soit en même temps que la suppuration broncho-pulmonaire, soit à sa suite, une évolution clinique tuberculeuse.

Ils rattachent ces constatations de bacilles à la présence si fréquente dans le poumon de foyers de tuberculose occulte qui, à l'occasion du processus aigu de la suppuration, ont subi un réveil qui peut être momentané ou de plus longue durée.

Des inconvénients des solutions d'adrénaline trop acides. — MM. GORIS et LEGROUX pour éviter ces inconvénients, proposent les deux formules suivantes :

1° Pour les injections hypodermiques :

Adrénaline	1^{g}
Chlorure de sodium pur et desséché	$7^{g}50$
Solution de bisulfite de sodium	5^{cc}
Eau distillée Q. S. p.	1.000^{cc}

Mettre en ampoules de 1 cent. cube aussitôt la préparation de la solution, en ayant soin de remplir le plus possible les ampoules (1).

— Stériliser par 3 tyndallisations à 70° à un jour d'intervalle.

2° Pour les prescriptions courantes, la formule suivante :

Adrénaline	1^{g}
Chlorure de sodium	$7^{g}50$
Acide chlorhydrique normal	10^{cc} (soit 0,365 de HCl)
Sulfite neutre de soude	$0^{g}80$
Eau distillée Q. S. p.	1.000^{cc}

L'addition de cette solution à celles de novocaïne pour l'anesthésie serait sans inconvénient, car elle n'augmente pas leur pH. C'est ainsi que la formule la plus courante : novocaïne, 1/200, 20 cent. cubes ; adrénaline 1/1000, XX gouttes, possède un pH de 5,2 après la stérilisation.

Etudes électrencéphalographiques du chat et du cobaye nouveau-nés (1re note). — MM. G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER. Berger a montré qu'on peut dériver directement à l'aide des aiguilles enfoncées jusqu'au périoste du crâne des variations du potentiel électrique, la fréquence des vibrations électriques, de 8-11 Hertz et d'une intensité maxima de 100 microvolts.

Le problème des électrencéphalogrammes a fait également le sujet de recherches d'Adrian et Mathews, de Kornmüller, Gozzano, etc. Ayant constaté des différences considérables de structure entre le névraxe du cobaye et du chat nouveau-nés, le premier offrant une accélération ontogénétique du névraxe, dans tous ses éléments, nous avons dérivé de courants bioélectriques, à l'aide de l'oscillographe de Matthews, en enfonçant des aiguilles jusqu'à la dure-mère de l'animal non anesthésié. Voici les caractéristiques des courbes obtenues :

Cobaye nouveau-né : ondes α à une fréquence de 6 à 8 Hertz ; potentiel ; variations entre 40 et 80 microvolts.

Chat nouveau-né : fréquence des ondes α de 4 à 5 Hertz ; potentiel variant entre 10 à 20 microvolts.

Chat adulte (anesthésié au dial) ; fréquence des ondes α 7 à 9 Hertz, potentiel variant entre 50 et 90 microvolts.

Il résulte donc de ces chiffres que l'activité bioélectrique du cerveau du cobaye nouveau-né est plus accentuée que chez le chat nouveau-né, ce qui correspond à une activité fonctionnelle plus intense chez le premier. Ce fait apporte une confirmation à l'existence d'une étroite relation entre les courants bioélectriques du cerveau, sa structure et son activité fonctionnelle.

Etudes électrencéphalographiques (2e note). **Electrencéphalogrammes chez une malade à laquelle on a extirpé une portion du lobe frontal gauche.** — MM. G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER. Une malade a subi pour des crises jacksoniennes très fréquentes et un état d'agitation intense l'ablation partielle du lobe frontal gauche en avant du champ 6 de Brodmann. L'électrencéphalogramme de l'hémisphère droit, est à peu près normale, tandis que sur celle de l'hémisphère gauche, opéré, les ondes α sont d'une fréquence très diminuée : 2 à 3 Hertz (au lieu de 8 à 11) et la longueur d'onde offre de 400 à 500 σ. Une lésion du lobe frontal modifie donc l'allure de l'électrencéphalogramme.

L'activité du centre de sérum de convalescent de Strasbourg (1934-1936). — MM. BOREL et LŒWENBERG.

Election d'un membre titulaire dans la 1re section (médecine).

Classement des candidats. — En première ligne : M. Ribadeau-Dumas.

En seconde ligne, *ex aequo* et par ordre alphabétique : MM. Babonneix, Noël Fiessinger, Gougerot, Milian, Pagniez. Adjoints par l'Académie : MM. Flandin et Harvier.

Au premier tour de scrutin, M. Louis RIBADEAU-DUMAS, médecin de la Salpêtrière, a été élu par 55 voix.

M. Babonneix a obtenu 2 voix ; M. N. Fiessinger, 5 voix ; M. Gougerot, 2 voix ; M. Milian, 2 voix ; M. Pagniez, 5 voix ; M. Flandin, 1 voix ; M. Harvier, 1 voix.

Fête Nationale. — Il n'y aura pas de séance le mardi 14 juillet.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1936)

Epilepsie extra-pyramidale avec crises pseudo-émotives et polypnée paroxystique. Diagnostic différentiel avec les crises psycho-motrices hystériques. — MM. H. BARUK et G. POUMEAU-DELILLE rapportent l'observation d'un malade de quarante-huit ans, atteint d'hémiplégie droite avec aphasie, qui, à la suite de certaines excitations cutanées ou de conditions émotives, présentait des crises nerveuses consistant dans le déroulement successif d'une polypnée paroxys-

(1) On pourrait également remplir les ampoules en présence d'un gaz inerte, l'azote par exemple.

tique, de manifestations d'allure émotive (angoisse, agitation, etc.), puis d'une phase tonique, clonique, et enfin d'une sorte d'absence avec chute de la tête. L'ensemble de ces diverses phases reste très court, et leur déroulement, toujours le même, différencie, malgré les manifestations émotives, ces crises des crises névropathiques ou pithiatiques. D'ailleurs, les thérapeutiques habituelles (persuasion, scopochloralose) restent ici sans effet.

Les auteurs discutent la nature de telles crises, ainsi que les conceptions récentes relatives aux crises nerveuses et à l'épilepsie extra-pyramidale.

Mal de Pott dorsal, avec paraplégie flasco-spasmodique et dissociation syringomyélique de la sensibilité, traité par laminectomie. Evolution de la paraplégie et de la gibbosité — M. SOREL et Mme SOREL-DEJERINE présentent l'observation d'un jeune garçon atteint de mal de Pott sur D_7 et D_8 avec paraplégie flasque, mais clonus du pied, signe de Babinski bilatéral, exagération des réflexes de défense et troubles de sensibilité de type syringomyélique. En raison de cette dernière particularité et du début brusque et de la persistance de la paraplégie, on crut à une compression par un séquestre et on pratiqua une laminectomie. Il y avait un volumineux abcès extra-dural, mais il n'y avait ni séquestre ni compression. En quelques mois l'abcès fut ponctionné trois fois, sans que ces ponctions modifient en aucune manière la paraplégie, mais, à la suite de la laminectomie, la gibbosité s'est fortement accentuée. La paraplégie guérit spontanément après un an environ d'état stationnaire, dans les mêmes conditions que les paraplégies pottiques habituelles non opérées.

Cette observation met en évidence l'inutilité et les dangers des ponctions et des laminectomies dans les paraplégies pottiques. Celles-ci, soumises au simple traitement orthopédique, guérissent définitivement dans 80 p. 100 des cas. Lorsqu'il y a compression véritable, elle s'exerce par des corps vertébraux entiers, qu'il est impossible d'enlever chirurgicalement.

M. Lhermitte insiste sur l'importance de l'œdème dans les paraplégies pottiques.

M. Barré signale une cause de dissociation dans le tonus des paraplégiques : la contracture du crural coïncidant avec la flaccidité des vastes.

M. André Thomas admet que la dissociation syringomyélique ne témoigne pas toujours d'un retentissement épendymaire, mais peut être due à une sensibilité spéciale des voies de la sensibilité thermique ou douloureuse. L'œdème médullaire est à l'origine non seulement de beaucoup de paraplégies pottiques, mais aussi de certaines paraplégies des scoliotiques.

Forme acroparesthésique de la syringomyélie. — MM. Lhermitte, Mijon et Nemours-Auguste présentent une malade qui est un nouvel exemple de cette forme de syringomyélie, que Lhermitte et Nemours ont décrite récemment, et qui est caractérisée par l'apparition précoce et presque exclusive de perturbations de la sensibilité subjective : engourdissement, fourmillements des mains, et même sensations intolérables survenant dans la deuxième moitié de la nuit. Ces perturbations sont accompagnées de modifications vasomotrices des extrémités : rougeur, pâleur, refroidissement. Le mouvement des bras fait disparaître ces phénomènes.

A cette période marquée par les perturbations acroparesthésiques, l'examen objectif ne permet de relever que très peu de signes caractéristiques : pas de troubles trophiques, pas de modifications des réflexes, pas de parésie, seule la thermo-analgésie se montre caractéristique.

Cette forme spéciale est due sans doute à l'envahissement précoce et électif de la colonne sympathique intermédio-latérale de la moelle ; on en a d'ailleurs la preuve dans l'existence de modifications objectives que font apparaître les épreuves du bain chaud et du bain froid.

De même que chez la malade présentée précédemment, la radiothérapie se montra, d'emblée, d'une remarquable efficacité.

Un cas d'hématome sous-dural reconnu grâce à l'encéphalographie artérielle. Opération. Guérison. — MM. Alajouanine, de Martel, Guillaume et Thurel présentent un homme qui, renversé par un taxi, semblait remis de sa commotion cérébrale trois jours plus tard. C'est seulement au bout d'un mois qu'une paralysie subite frappa le membre supérieur gauche, puis, deux jours après, le membre inférieur gauche. L'examen du fond de l'œil ne révélait rien d'anormal ; le liquide céphalo-rachidien était légèrement hypertendu, mais normal par ailleurs. L'hémiplégie, qui s'accompagnait des signes habituels de l'irritation pyramidale, régressait et semblait presque guérie lorsqu'une encéphalographie artérielle mit en évidence une déviation importante des hémisphères, permettant le diagnostic d'hématome sous-dural. L'opération vérifia le diagnostic et assura la guérison.

Syndrome constitué par l'association de polynévrite, de néphrite et de crampes. — MM. J. Dereux (de Lille) et J. Titeca (de Bruxelles) rapportent l'observation d'une malade qui présente l'association de trois signes : polynévrite, néphrite et crampes.

Ils discutent l'autonomie du syndrome, qui se rapproche de celui qu'ont décrit Wernicke et Wilder sous le nom de « Crampuskrankheit ».

Maladie osseuse de Paget. Installation progressive de signes de compression médullaire grave. Décompression opératoire avec restauration de l'état antérieur. — MM. Cl. Vincent, L. Langeron, J. Dereux et L. Lemaitre rapportent l'observation d'un malade atteint de maladie de Paget, chez lequel un syndrome de compression médullaire dû à la malformation osseuse fit son apparition.

La laminectomie fit rétrocéder les troubles de compression. La guérison de ce malade se maintient stable et complète depuis trois ans.

Sur un cas de radiculo-névrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire. Guérison complète, mais persistance de l'abolition des réflexes tendineux ; ses conséquences pour les diagnostics d'avenir. — M. Georges Guillain a observé, en 1930, chez une femme de trente ans, le syndrome de radiculonévrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire, qu'il a décrit avec J.-A. Barré. La malade présentait des signes paralytiques prédominant aux extrémités, de type polynévritique, des paresthésies, des douleurs à la pression des muscles ; la démarche était ataxique, tous les réflexes tendineux étaient abolis, les réflexes cutanés normaux ; l'examen électrique montra une hypo-excitabilité galvanique et faradique aux membres supérieurs et inférieurs.

L'examen du liquide céphalo-rachidien fit reconnaître une hyperalbuminose de 2 gr. 40, sans hypercytose. La réaction de Wassermann était négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Par un traitement anti-infectieux et un traitement électrique, la guérison fut complète en quelques mois. Cette malade reprit sa vie normale, eut deux grossesses normales. Toutefois, depuis cinq ans, on constate la persistance de l'abolition clinique de tous les réflexes tendineux, qui, d'ailleurs, ne provoque aucune gêne.

M. Guillain attire spécialement l'attention sur cette persistance de l'abolition des réflexes tendineux. En effet, que dans dix ans ou dans quinze ans, cette jeune femme ait des signes d'hyperchlorhydrie, des douleurs abdominales en rapport avec une ulcération gastrique ou duodénale, des algies rhumatismales, il est certain que tout médecin, même très compétent, qui l'examinera et constatera l'abolition des réflexes tendineux, portera le diagnostic de tabès. On fera des ponctions lombaires qui seront négatives ; on pratiquera des réactions de Wassermann qui seront négatives. Malgré ces résultats, on instituera des traitements antisyphilitiques, en invoquant une syphilis héréditaire, un tabès hérédo-syphilitique ; on traitera peut-être aussi les enfants innocents de toute syphilis, on créera un désastre familial. C'est dans le but d'éviter de telles erreurs d'avenir que cette simple observation clinique est mentionnée.

MM. Baudouin, André Thomas, Charpentier discutent la valeur de l'aréflexie tendineuse pour le diagnostic de la syphilis du névraxe et pour les indications du traitement spécifique.

Apraxie dite visuelle avec troubles légers de la somatognosie et désorientation vestibulaire accentuée. Considérations sur les bases de la pensée spatiale. — MM. J.-A. Barré et Corino d'Andrade (de Strasbourg) relatent l'histoire clinico-anatomique d'un adulte atteint de tumeur des lobules pariétaux et du corps calleux.

L'intelligence, le sens critique, le calcul sont normaux ; la mémoire à peine réduite.

Les tests caractéristiques de l'apraxie visuelle (épreuve des cubes, etc.) sont nettement positifs, mais la somatognosie peu altérée : le sujet montre correctement les diverses parties de son corps, mais la « Rechtslinksblindheit » est nette et le sujet s'en étonne sans pouvoir la corriger. Il sait où se trouvent les objets de sa chambre, mais il fait de grosses erreurs en les montrant du doigt, les yeux fermés.

Par ailleurs, une latéro-rétropulsion constante, ressemblant trait pour trait à l'ataxie frontale de Bruns (le pôle frontal n'est pas altéré), l'empêche de marcher ; quand on le fait tourner, il sent pendant un court moment la rotation, mais ne peut dire son sens ; aux autres épreuves, il y a une forte hyperréflectivité : nystagmus de quatre minutes après écoulement de quelques centimètres cubes d'eau dans l'oreille.


ANGIOXYL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 2 à 3 cuill. à dessert par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24
R.C. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

Les auteurs insistent sur le fait que la somatognosie, considérée comme base essentielle de l'apraxie visuelle, était peu altérée, et ils se demandent si l'interprétation proposée est légitime.

D'autre part, les troubles de l'orientation vestibulaire, qui n'ont guère été considérés jusqu'ici, pourraient bien jouer un rôle de premier plan dans la pensée spatiale et dans l'apraxie dite visuelle. Il y aura désormais grand intérêt à les rechercher, même si rien n'y invite cliniquement.

Les travaux récents assignent comme base de ces troubles une lésion de la région du sillon interpariétal, où passe également le faisceau sensorio-visuel d'Eliott Smith. Peut-être cette coïncidence explique-t-elle qu'on ait rapporté l'apraxie constrictive ou visuelle aux voies visuelles bien connues et négligé jusqu'à maintenant le rôle des troubles des voies et des centres vestibulaires auxquels on s'est beaucoup moins intéressé.

Traitement de la neurasthénie. — M. Roxo (de Montevideo) préconise un tonique à base d'extrait cérébral, de lécithines et de glycérophosphates, auxquels il joint la psychothérapie et un calmant spécial à base de bromure, dont ses malades, anxieux ou phobiques, ne se séparent jamais, pour pouvoir l'utiliser le cas échéant.

La rigidité latente chez les parkinsoniens. — M. Noica (de Bucarest), dans une note présentée par M. Souques, décrit des procédés qui permettent de mettre en évidence, tant pour les membres supérieurs que pour les membres inférieurs, la rigidité latente dans les formes dites akinétiques du parkinsonisme.

La localisation de l'état fenêtré dans les couches du cortex cérébral. — MM. Alajouanine et Hornet montrent, par des projections de coupes, que, dans divers cas de ramollissement ou d'hémorragie, les lésions corticales affectent plus volontiers l'une ou l'autre couche de ces cellules selon les cas.

Arachnoïdite spinale secondaire. — MM. Alajouanine et Hornet, comme suite à leur communication antérieure, présentent en projections les coupes d'un cas de maladie de Friedreich et d'un cas d'hérédo-ataxie accompagnés d'arachnoïdite.

Cysticercose cérébrale. — M. Monnier-Vinard présente les pièces d'un cas de cysticercose cérébrale dont il a pu suivre l'évolution clinique pendant les six derniers mois.

Hypertension artérielle et hypertension cranienne. — M. Puech présente les observations de trois malades chez lesquels on avait constaté une hypertension artérielle élevée, avec paroxysmes, sans phénomène d'ordre cardio-rénal ni endocrinien. Or ces malades avaient de la stase papillaire. Chez deux de ces malades, une trépanation décompressive, avec ponction ventriculaire, montra la méningite séreuse et fit céder à la fois les symptômes subjectifs, la stase papillaire et l'hypertension artérielle.

Neuro-myélite optique aiguë. — MM. Halbron, Desvignes et Klotz relatent l'observation d'un homme de cinquante-sept ans qui, à la suite d'un syndrome grippal, fut pris d'une amaurose à type de névrite rétrobulbaire, puis de signes neurologiques diffus, qui ont guéri. Après avoir discuté les diagnostics de syphilis, de sclérose en plaques et d'encéphalite épidémique, ils admettent qu'il s'agit d'une neuro-myélite optique aiguë.

Le traitement de la dysenterie amibienne, par le Dr Maurice Hamburger, médecin des hôpitaux de Paris, 1 vol. grand in-8 de 84 pages. — Prix : 12 fr. (Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles », J.-B. Baillière et Fils.)

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de l'infirmière Z (1), par A. Ardisson, infirmière-major S. S. B. M., directrice de l'Ecole régionale d'instruction anti-gaz. Préface de M. le professeur Legueu, vice-président de la Société de secours aux blessés militaires. 1935.

Tous les pays du monde se préoccupent à l'heure actuelle de l'organisation de la lutte contre le danger aéro-chimique. La France n'a pas voulu rester en arrière, et les pouvoirs publics ont pris en mains cette préparation. On sait que les mesures de défense sont devenues récemment obligatoires.

Mais la nation mobilisée ne saurait être en parfaite sécurité sans le généreux et courageux concours de civils, et en particulier de femmes au grand cœur comme les infirmières. Avec leur sens du service, qu'elles possèdent au plus profond d'elles-mêmes, elles ont, dès le temps de paix, entrepris de s'instruire et de s'entraîner.

L'une des plus actives d'entre elles, Mme Ardisson, déjà bien connue par la bonne parole qu'elle est allée porter à tous les coins du pays, vient de publier un petit volume appelé à rendre les plus grands services, non seulement à ses collègues, mais aussi à tous ceux et à toutes celles qui cherchent les moyens de se défendre. La longue et fructueuse expérience de l'auteur lui a permis de réunir en quelques pages, en formules brèves et claires, l'essentiel de ce que doit savoir le sauveteur des victimes des gaz.

Point de discours inutiles, des faits, des conseils nets et pratiques. L'ouvrage étudie successivement les différentes sortes de gaz, la symptomatologie des gazés, les premiers soins à donner, les moyens de protection, et enfin donne une véritable série de « fiches » sur tous les problèmes qui se posent (tenue, masque, différents rôles à jouer, désinfection, etc...). De nombreuses figures et des planches complètent utilement ce « Manuel », dont l'éloquente préface du professeur Legueu souligne l'importance et la valeur.

Il sera demain entre les mains de tous, infirmières, médecins, agents des services municipaux de secours, équipiers bénévoles, et de tout Français soucieux aussi bien de se protéger que de venir en aide à des compatriotes dans la pénible éventualité d'une guerre aéro-chimique. Ce livre sera un brevet d'assurance sur la vie.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Samedi 27 juin. — Jury : MM. Cunéo, président ; Lemaître, Velter, Halphen. — M. Meir. La duodénostomie transgastrique. Etude des techniques de gastrostomie. — M. Stherman. Etude du traitement chirurgical du goitre simple. Récidives. — M. Sorillet. L'ostéomyélite du maxillaire inférieur et son traitement.

Jury : MM. Rathery, président ; Maurice Villaret, Chabrol, Philibert. — M. Roy. Tuberculose chez les diabétiques. — M. Dhréau. Les bains dans l'Inde antique, monuments et textes médicaux. — M. Legmann. L'hormone parathyroïdienne dans la thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal. — M. Pizon. Etude radiologique de l'œsophage de l'adulte.

(1) In-8 de XII-64 pages avec 18 figures et 1 planche hors texte. — Prix : 5 fr. — Editions Berger Levrault.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


UNE NOUVELLE FORME DE LA
BULGARINE
Adultes et enfants : XX gouttes
Enfants de moins de 3 ans et nourrissons : X gouttes
4 fois par jour
GOUTTES DE BULGARINE
BULGARINE THÉPÉNIER
THÉPÉNIER
GOUTTES DE BULGARINE
BULGARINE
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DR. THÉPÉNIER
10, RUE CLAPEYRON - PARIS 8e

N° 53. — MERCREDI 1er JUILLET 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50**. — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — *Service central d'électro-radiologie de la Pitié.* — Des places d'attachés seront vacantes au 1er octobre 1936 au service central de l'hôpital de la Pitié.

Ces postes qui ne comportent aucune rémunération sont réservés aux médecins déjà spécialisés qui désireraient se perfectionner en électrologie et en radiologie.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Delherm, chef de service d'électroradiologie, hôpital de la Pitié, boulevard de l'Hôpital, 83, Paris.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — La suppléance de médecine expérimentale est supprimée à dater du 1er octobre 1936. Il est créé à compter de la même date une chaire magistrale de médecine expérimentale.

LÉGION D'HONNEUR. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* (A titre posthume.) — Mme de Brancas, née Grunspan (Mathilde), chef de laboratoire d'électro-radiologie à la clinique Baudelocque, à Paris ; 34 ans de pratique professionnelle particulièrement distinguée. Décédée, victime de son devoir, des suites d'une affection contractée dans l'exercice de ses fonctions. A été citée le 19 juin 1936 à l'ordre de la Nation.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. le professeur Jean Sabrazès (de Bordeaux) a été élu membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement du professeur Léon Frédéricq, décédé. Nous sommes heureux d'adresser à notre éminent confrère, M. Sabrazès, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* l'expression de nos très vives félicitations.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur est convoqué en session ordinaire le mardi 7 juillet 1936. La durée de cette session est fixée à deux jours.

GUERRE. (Réserve.) — Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Gault, Ancel, Aubaret, Gougerot et Parisot.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Sibille, Groc (E.-P.-H.-M.), Savy, Barberousse, Chon, Nandrot, Delherm (Louis), Rouch, Gaud, Rambaud, Lamy et Mayer (André).

Le même numéro du *Journal officiel* (25 juin 1936) publie les promotions au grade de médecin commandant, médecin capitaine et pharmacien colonel, lieutenant-colonel, commandant et capitaine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUES. — *Voyages d'études aux stations thermales et climatiques.* — Le commissariat général au tourisme met à la disposition des étudiants français cinq à six nouvelles bourses de voyages individuelles qui, cette année (été 1936) remplacent le petit V. E. M.

Le montant de chaque bourse ne sera pas inférieur à 500 fr. et ne dépassera pas 1.000 fr.

Les bourses sont réservées aux étudiants de 5e année ayant été reçus à l'examen de thérapeutique et d'hydro-climatologie thérapeutique.

Les bénéficiaires des bourses feront connaître, avant la répartition, la région thermo-climatique où, de préférence, ils désirent faire leur voyage d'étude. On leur demande de visiter trois stations au minimum et de séjourner dans chacune d'elles trois jours au minimum. A leur retour, ils devront remettre un mémoire justificatif sur leurs observations relatives à chacune d'elles.

Inscriptions. — Les inscriptions des candidats sont reçues tous les jours, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1, de midi à 15 h.), jusqu'au 5 juillet 1936.

Les candidats agréés seront convoqués à cette date par le professeur Maurice Villaret, au laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques, en vue de répartir leur destination et le montant de leur bourse.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léon Cochez, ancien chirurgien des hôpitaux d'Alger, décédé à Paris.

XXIVe Congrès Français de Médecine. — Ce Congrès se tiendra à Paris, du lundi 12 au mercredi 14 octobre 1936, sous le haut patronage de M. le Président de la République.

Le BUREAU DU CONGRÈS est ainsi composé : Président : M. le prof. Marcel Labbé, 158, rue de Rivoli, Paris (1er). — *Vice-Présidents :* M. le prof. Antonin Clerc ; M. le médecin général inspecteur Rouvillois ; M. le médecin général Oudard. — *Secrétaire général*: M. le prof. Harvier, 1, rue du Bac, Paris (7e). — *Secrétaires adjoints :* M. R. Boulin, 47, rue de Courcelles, Paris (8e), et M. Justin-Besançon, 2, rue Guynemer, Paris (6e). — *Trésoriers :* M D. Troisier, 32, rue Jouvenel, Paris (16e), et M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e)

PROGRAMME SCIENTIFIQUE. — Trois questions feront l'objet des travaux du Congrès : 1° *Les méningites aiguës curables ;* 2° *les syndromes parathyroïdiens ;* 3° *les médications du sympathique.*

La séance solennelle d'ouverture se tiendra au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, le lundi 12 octobre, à 9 h. 30 du matin, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale. — Les autres séances auront lieu les matins, à 9 h. 30, les après-midi, à 3 heures, à la Faculté.

Lundi 12 octobre, à 10 h. 30. Rapports sur la première question : *Méningites aiguës curables.* — Rapporteurs : M. Roch (Genève) : Les méningites aiguës curables de l'adulte. — MM. Lesné (Paris) et Boquien : Les méningites aiguës curables de l'enfant. — M. R. Cruchet (Bordeaux) : La méningite tuberculeuse est-elle curable ?

Lundi 12 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la première question.

Mardi 13 octobre, à 9 h. 30 : Rapport sur la deuxième question : *Les syndromes parathyroïdiens.* Rapporteur : M. Snapper (Amsterdam) : Du rôle des parathyroïdes dans la pathologie des os. — MM. Bérard et M. Henry (Lyon) : La tétanie parathyréoprive. — M. Coryn (Bruxelles) : Du rôle des glandes endocrines (parathyroïdes exceptées) dans la pathologie des os.

Mardi 13 octobre, à 15 h. : Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 14 octobre, à 9 h. 30 : Rapport sur la troisième question : *Les médications du sympathique.* Rapporteurs : Mlle Jeanne-Lévy et M. Justin-Besançon (Paris) : Les médicaments sympathicolytiques. — M. Wangermez (Bordeaux) : Physiothérapie du sympathique. — MM. Gouin et Bienvenüe (Brest) : Radiothérapie du sympathique. — M. Laignel-Lavastine (Paris) : Traitement médical des sympathiques abdominales (pelvis exclus). — M. E. May (Paris) : Traitement médical des troubles neuro-végétatifs diffus d'origine non endocrinienne.

Mercredi 14 octobre, à 15 h. : Discussion des rapports et communications sur la troisième question.

Programme des réceptions. — Lundi 12 octobre : Séance d'ouverture à 9 h. 30 : Faculté de Médecine, sous la présidence de M. le Ministre de l'Éducation Nationale. — Mardi 13 octobre : A 17 h. : Réception à l'Hôtel de Ville offerte aux congressistes et à leur famille, par M. le Président du Conseil municipal (audition musicale). — Mardi 13 octobre : à 21 h. 30 : réception offerte par M. le président du congrès. — Mercredi 14 octobre : à 20 h. : banquet par souscription.

Le Secrétariat du Congrès se tiendra à la Faculté de Médecine, salle Béclard, rue de l'Ecole-de-Médecine, où les congressistes pourront retirer les enveloppes contenant les invitations et les documents divers, ainsi que la correspondance les concernant.

CHRONIQUE

LA RÉCEPTION DU DOCTEUR G. DUHAMEL A L'ACADÉMIE FRANÇAISE

L'Académie française a reçu la semaine dernière notre illustre confrère, le Dr Duhamel. M. Duhamel a fait l'éloge de ses deux prédécesseurs immédiats : René Bazin et Lenôtre. Dans son admirable discours, le nouvel académicien se montra comme toujours l'homme « matelassé de bon sens » dont l'œuvre, comme la vie, est faite de labeur, d'équilibre et d'un sain optimisme.

M. Henri Bordeaux lui répondit.

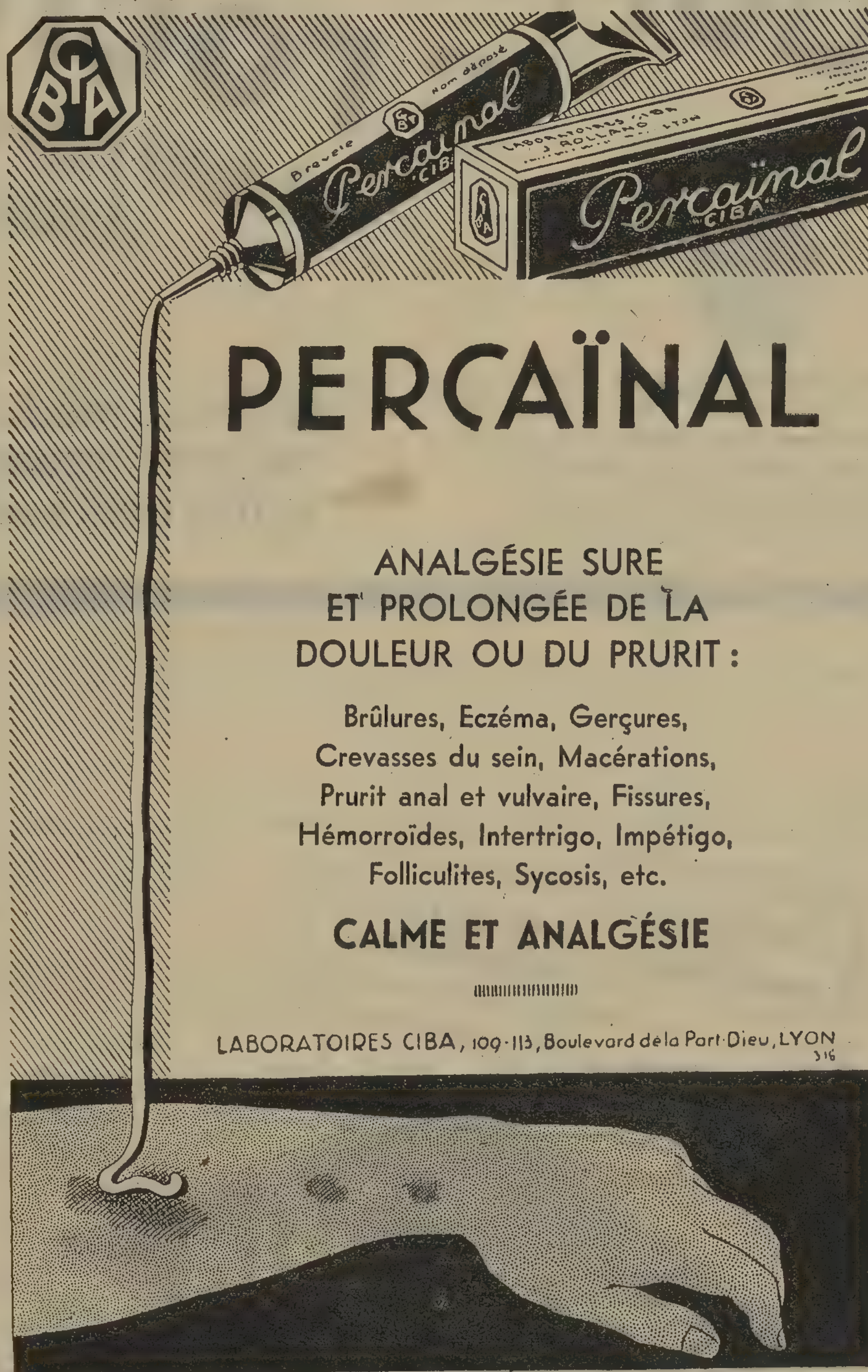
Contrairement à un usage qui paraissait constant à l'Académie française, il se montra bienveillant pour son nouveau confrère et sut trouver des termes émouvants pour louer le dévouement du médecin et le talent de l'écrivain.

ÉCHANGES MÉDICAUX FRANCO-ITALIENS

Deux de nos confrères de la presse médicale viennent en France et en Italie de faire un essai digne d'être noté au moment où les absurdes sanctions vont disparaître.

La *Riforma medica* a publié un numéro entièrement consacré à des travaux français. De son côté, le *Paris médical* a réservé un numéro à des articles de confrères italiens parmi les plus éminents. On ne peut que se réjouir de ce double geste si conforme à l'amitié fidèle qui n'a cessé — au milieu des circonstances les plus difficiles — d'exister entre les médecins des deux pays latins.

Le traitement de la dysenterie amibienne, par le Dr Maurice HAMBURGER, médecin des hôpitaux de Paris, 1 vol. grand in-8 de 84 pages. — Prix : 12 fr. (Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles », J.-B. Baillière et Fils.)


Percaïnal
CIBA
Percaïnal
CIBA
PERÇAÏNAL
ANALGÉSIE SURE
ET PROLONGÉE DE LA
DOULEUR OU DU PRURIT :
Brûlures, Eczéma, Gerçures,
Crevasses du sein, Macérations,
Prurit anal et vulvaire, Fissures,
Hémorroïdes, Intertrigo, Impétigo,
Folliculites, Sycosis, etc.
CALME ET ANALGÉSIE
LABORATOIRES CIBA, 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON
316

LE DRAME EPIGASTRIQUE
DANS LES
PLEURO-PNEUMOPATHIES AIGUES

Par M. A. BERNARD,
Professeur suppléant à la Faculté libre de Lille.

Les manifestations abdominales accompagnant les affections pleuro-pulmonaires sont bien connues.

Elles surviennent en général :

1° Soit au début de la pneumopathie et provoquent un syndrome de la région appendiculaire ou de l'épigastre ;

2° Soit dans la seconde moitié de la maladie pulmonaire et se traduisent sous forme d'iléus paralytique ou de péritonite purulente.

Nous laisserons de côté le syndrome appendiculaire, ainsi que les manifestations tardives, pour ne retenir que la douleur brutale localisée dans l'étage supérieur de l'abdomen.

Elle débute, chez certains pleuro-pneumoniques, avec une telle brutalité ; elle atteint une telle acuité que des cliniciens même avertis font le diagnostic de perforation gastrique et opèrent. Dans les jours qui suivent l'intervention pendant laquelle on n'a trouvé aucune lésion, se développe une pneumonie ou une pleuro-pneumonie.

Diagnostic très important puisqu'il s'agit d'éviter une opération inutile, d'éviter une opération qui aggrave le pronostic de l'affection respiratoire. Mais aussi diagnostic hérissé de difficultés ainsi qu'en font foi les trois observations suivantes :

Obs. I. — Mas..., 63 ans, cultivateur, hépatite éthylique ancienne, obésité.

Antécédents : nombreuses poussées de bronchite avec parfois filets de sang dans les crachats.

27-12-34. Depuis 4 jours, malaise général : le malade est resté alité deux jours.

28-12-34. A 18 heures, à l'occasion d'une petite quinte de toux, douleur extrêmement vive, brusque, au creux épigastrique, irradiée à l'hypocondre droit et dans le dos au même niveau de la colonne vertébrale, grosse difficulté de respirer ; facies pâle, angoissé, pouls 140. Nausées et vomissements.

Injection de 1 cgr. de morphine.

A 24 heures. Six heures après le début de la douleur, facies un peu meilleur, pouls 120.

Dyspnée encore vive ; inspiration arrêtée brusquement par la douleur.

Par instant, la douleur subit des exacerbations au creux épigastrique, dans l'hypocondre droit et dans la gouttière vertébrale droite à la hauteur de la base thoracique.

La palpation révèle un hypocondre droit résistant, dépressible légèrement par une pression douce. Epigastre un peu moins douloureux, hypocondre gauche assez souple. Matité hépatique très diminuée (4 cm.) ; rate non percutable.

Râles fins aux deux bases ; pas de souffle.

Température 39°6. Tension 14-8. Urines foncées.

La question était de savoir s'il s'agissait d'une perforation gastrique ou d'une cholécystite aiguë ayant infecté le péritoine.

La soudaineté et la brusquerie de la douleur évoquaient la perforation gastrique, mais la paroi épigastrique n'avait pas la dureté ligneuse observée en pareil cas ; la fièvre, la persistance de la matité hépatique, le facies congestif, la position demi-assise n'étaient pas non plus en faveur d'une telle hypothèse.

La fièvre élevée, les antécédents hépatiques pouvaient faire penser à une cholécystite aiguë ; mais, en général, la défense musculaire est plus marquée.

Restait une troisième hypothèse : la pancréatique aiguë, à cause de la douleur épigastrique irradiée dans les lombes. Dans le but de la vérifier nous avons fait un prélèvement de sang qui montre en général de l'hyperglycémie.

Nous écartions donc l'intervention d'urgence pour perforation gastrique et prescrivions un traitement sédatif.

En prenant congé, le malade fut pris d'une petite quinte de toux et expectora un crachat hémoptoïque. Il confirmait ainsi notre dernière hypothèse : congestion pleuro-pulmonaire de la base avec douleur irradiée au creux épigastrique.

29-12-34. Température 40°2. L'épigastre est moins douloureux, plus souple.

Matité du lobe inférieur droit, souffle, râles crépitants. Crachats toujours rouillés ou sanglants peu abondants. Pouls bien frappé. Dyspnée moins accentuée. Délire.

31-12-34. Le souffle persiste, mais atténué. Plus de râles. On pense alors à une complication pleurale. Une ponction exploratrice ramène du liquide purulent (l'analyse n'a pas été faite).

Emphysème chirurgical à 22 heures : environ deux litres de pus sont évacués. Le malade a été très shocké.

Mort le 2 janvier 1935 au matin, de défaillance cardiaque.

Nota. — L'analyse du sang a montré une hyperglycémie à 1 gr. 74, hémoculture négative.

Obs. II. — François H..., 48 ans, débardeur, antécédents héréditaires nuls ; antécédents personnels : éthylisme avéré, 4 à 5 litres de bière par jour, sans compter liqueurs et apéritifs. Souffre de l'estomac depuis une dizaine d'années : 3 heures après les repas, douleur épigastrique irradiée dans le dos, calmée par l'ingestion d'aliments ou d'alcalins. Jamais de vomissements ni d'hématémèse ni de melœna. Les douleurs duraient environ 3 à 4 semaines et étaient entrecoupées de périodes de rémission de 3 à 6 mois.

Le 23 août 1927, le malade fut pris vers midi d'une douleur très violente, au creux épigastrique. Il fut soulagé par le repos allongé et une boisson chaude, à tel point qu'il se rendit à son travail. A 16 heures, la même douleur, en coup de poignard au creux de l'estomac, recommença. Elle fut si violente qu'on dut ramener d'urgence le malade à son domicile.

Jusqu'au lendemain matin, la barre épigastrique, douloureuse, fut tenace, très violente et s'irradiait un peu vers la base du thorax, à gauche.

Le malade ne vomit pas, eut une selle dans la nuit. Pas de toux, ni d'expectoration.

Le 24 août 1927, à 8 heures du matin, un médecin fait le diagnostic de perforation gastrique et conseille une intervention d'urgence. Effrayée, la famille demande une consultation, et avec lui nous voyons le malade à 11 heures.

H... est à demi assis dans son lit, il a un facies vultueux et présente une dyspnée intense. Pouls 80, température 38°. Il insiste bien sur l'horaire et le début brusque de la douleur ; l'abdomen est distendu, particulièrement dans l'étage supérieur. La palpation est très douloureuse, à l'épigastre notamment on provoque une douleur violente. Les muscles sont tendus, la contracture est généralisée. L'abdomen est hypersonore, mais la matité hépatique n'a pas complètement disparu. Les fosses iliaques sont peu dépressibles et également douloureuses.

Un pareil tableau clinique ne manquait pas d'évoquer l'idée d'une violente réaction péritonéale due à une infec-

tion microbienne ou à la perforation d'un organe creux ; d'autant plus que le passé éthylique et les troubles gastriques antérieurs cadraient bien avec cette hypothèse.

Toutefois, il n'y avait pas de véritable « ventre de bois », le malade n'avait pas le facies péritonéal et n'était pas constipé. La dyspnée et le facies vultueux nous orientèrent vers l'appareil respiratoire. En effet, nous trouvâmes, à la base gauche, un foyer de congestion pulmonaire caractérisé par de la matité ; une exagération des vibrations et un souffle tubo-pleural avec râles crépitants et sous-crépitants. Toux discrète sans crachats. Cœur normal, ni sucre, ni albumine dans les urines. Il nous sembla logique de rattacher le syndrome péritonéal à l'affection pulmonaire et nous écartâmes l'intervention.

Le traitement médical consista en révulsion locale, applications chaudes sur l'abdomen et une injection de sérum glucosé. Le soir, température 38°5.

25 août. Même température. Après une nuit encore agitée, le malade était cependant amélioré. Le ventre, encore très douloureux, était plus dépressible, surtout dans les flancs. Mêmes signes stéthoscopiques.

La toux avait augmenté et l'expectoration était apparue sous forme de crachats rouillés.

Le 26 et les jours suivants, le ventre reprit sa souplesse normale et les signes pulmonaires s'amendèrent sans aucun incident.

OBS. III. — Florimond A..., 53 ans, tousse fréquemment l'hiver. Pas d'éthylisme, pas de passé gastrique.

Le 25 avril 1928, se trouvant aux champs, il est pris d'une douleur violente, aiguë, syncopale, au creux épigastrique, vers 17 heures. Le malade est vu à 21 heures par son médecin traitant, qui trouve un syndrome épigastrique constitué par de la contracture des muscles du creux de l'estomac, contracture moins violente de la région sous-ombilicale, douleurs spontanées dans la région épigastrique avec exacerbation dans la position horizontale par allongement des muscles grands droits.

Douleurs violentes par la pression manuelle au même endroit : irradiation des douleurs à la base gauche du thorax jusque dans la région sterno-cleido mastoïdienne gauche.

Pas de vomissements, mais des nausées. Arrêt des matières et des gaz. En somme syndrome épigastrique faisant penser à une perforation.

Ni toux, ni expectoration. Rien à l'auscultation des poumons. Expectative.

Le lendemain, 26 avril 1928, après une mauvaise nuit, on note l'apparition progressive de la toux. Température 38°. A l'auscultation, quelques râles aux deux bases, surtout à gauche, avec submatité. Injection de morphine.

Dans la journée, les symptômes gastriques tendent à s'atténuer et les phénomènes pulmonaires prennent le premier plan.

Le 27, apparition nette de râles dans la région axillaire gauche et à la base gauche. Le point de côté se localise dans la région de l'hémithorax gauche.

Le malade, qui est à la diète hydrique, avale et digère l'eau sans aucune douleur.

Les jours suivants, évolution d'une congestion pleuro-pulmonaire subaiguë avec température entre 37°5 et 38°1.

***

Ainsi donc chez nos trois malades, le syndrome douloureux localisé à l'étage supérieur de l'abdomen, s'accompagnant de résistance et rigidité de la paroi avec vomissements, évoquait bien l'idée d'une perforation d'un organe creux.

Et de fait la ressemblance entre cette pseudo-perforation et la perforation vraie est telle que dans certains cas on a opéré. Entre autres, citons une observation de Richardson (*Boston Med. and Surg. Jour.*, avril 1902), et celle de Flandrin, Debray et Françon (Soc. Méd. Hôp. de Paris, 7 nov. 1919) ; dans les deux cas, l'opération ne montra aucune lésion abdominale; les malades sont morts et l'autopsie permit de découvrir une pneumonie des deux bases avec, chez le malade de Richardson, une pleurésie diaphragmatique.

Nous allons établir un tableau synoptique des signes douloureux au cours des pleuro-pneumopathies aiguës et du drame épigastrique dû à une lésion vraie de l'étage supérieur de l'abdomen (perforation gastro-duodénale, cholécystite suppurée, pancréatite aiguë...). Et quand nous disons pleuro-pneumopathies nous ne préjugeons pas de l'étiologie de l'affection (pneumo, strepto...), nous devrions ajouter les infections cardiaques (angor abdominal), péricardiques aiguës, rhumatismales ou autres, qui peuvent donner des irradiations douloureuses abdominales.

Ce tableau synoptique est emprunté à Mondor (Diagnostics urgents, chez Masson) qui lui-même s'est inspiré des travaux de Cope. Nous y ajouterons les symptômes radiologiques que nous avons constatés au cours de ces drames épigastriques.

Disons auparavant que chaque symptôme pris isolément n'est pas pathognomonique. Il en est ainsi, même pour la défense musculaire allant jusqu'à la rigidité qui peut ne pas être le témoin d'une perforation gastrique. Inversement, il existe des perforations gastriques qui ne s'accompagnent pas de « ventre de bois ». C'est dire que parfois le diagnostic est fait, non pas d'impression, mais d'un ensemble, d'un faisceau de signes qui sanctionnent l'orientation thérapeutique.

Ainsi en est-il, avant tout, de l'attitude du malade : en général le pulmonaire est demi-assis, ou couché sur son séant, le facies coloré, même vultueux, dyspnéique et fébrile; l'abdominal est à plat, le facies pâle, le nez pincé comme le péritonéal, il ne peut pas respirer « du ventre » ainsi que l'a bien souligné Delbet.

L'examen radiologique apporte des notions souvent décisives pour le diagnostic : ombres pulmonaires ou pleurales, pneumopéritoine, mise en évidence d'une perforation par l'ingestion de baryte. Cet examen est devenu très facile, même à domicile, grâce aux appareils portatifs.

LÉSION ABDOMINALE	LÉSION THORACIQUE
Interrogatoire	
Indigestion, coliques, constipation, diarrhée.	Rhume, frisson, contagion, refroidissement.
Début	
Aigu, quelquefois sans fièvre, quelquefois avec collapsus, syncope. Vomissements nombreux et revenant après accalmie. Douleur continue ou paroxystique, mais évoluant en bas.	Aigu, presque jamais sans fièvre. Souvent froid, sensation de froid. Si vomissement, habituellement unique. Douleur liée à la respiration, thoracique ou abdominale.
Examen	
Facies d'abord normal, puis péritonéal, pâle, excavé, anxieux.	*Facies* vultueux, avec battements des ailes du nez, avec herpès labial.

Decubitus horizontal, cuisses fléchies.	*Decubitus* souvent latéral ou demi-assis.
Peau normale ou froide, moite, taches cyanotiques dans la pancréatite aiguë.	*Peau* sèche, brûlante.
P/R. Le rapport du nombre des respirations au nombre des pulsations est de 4 à 4 1/2 environ.	P/R. Le rapport du nombre des respirations au nombre des pulsations est diminué : 2, 3.
Contracture importante, souvent rigide.	*Contracture*, mais jamais rigide, finit par céder à une palpation prolongée.
Immobilité respiratoire abdominale totale ou partielle.	Moindre *immobilité* respiratoire abdominale.
Douleur claviculaire ou scapulaire, rarement sous-claviculaire.	*Douleur* haute, fréquente, plus souvent sous-claviculaire. Pas d'hyperesthésie cutanée sous-ombilicale.
Hyperesthésie cutanée.	
Douleur abdominale bilatérale.	*Douleur* abdominale unilatérale.
Toucher rectal : douleur de Douglas, signes du psoas, de l'obturateur, de la douleur testiculaire quelquefois positifs.	*Toucher rectal* négatif. Signes du psoas, de l'obturateur, de la douleur testiculaire jamais positifs.
Radiologie	
Pneumopéritoine sous forme d'un arc clair, épousant la forme concave du diaphragme, le malade étant en station verticale.	Pas de pneumopéritoine.
Passage de la baryte à travers l'orifice de perforation.	Pas de déformation gastroduodénale.
Agrandissement du cadre duodénal avec compression du bulbe et de l'angle duodéno-jéjunal dans la pancréatite aiguë.	
Immobilité bilatérale du diaphragme.	Diaphragme immobile du côté malade, l'autre hémidiaphragme ayant conservé totalité ou partie de sa mobilité.
Pas d'opacité pleuro-pulmonaire.	Opacité de la totalité ou partie d'un lobe. Parfois, disparition du sinus costo-diaphragmatique.

Un mot de pathogénie pour expliquer l'irradiation douloureuse épigastrique dans les pleuro-pneumopathies aiguës. Trois modes de propagation :

1. *Irradiation nerveuse.* — On comprend qu'une pneumococcie localisée aux lobes inférieurs, ou à la plèvre diaphragmatique, puisse atteindre les derniers nerfs intercostaux et les ramifications du nerf phrénique. Or les nerfs intercostaux et les nerfs phréniques envoient des rameaux à l'étage supérieur de l'abdomen ; d'où l'explication de l'irradiation douloureuse à l'épigastre.

2. *Propagation infectieuse* de la pneumococcie à l'étage supérieur de l'abdomen. Elle peut se faire par deux voies : ou bien par la voie sanguine et alors la pneumonie et l'infection péritonéale sont toutes deux des localisations de la pneumococcémie ; ou bien par la voie transdiaphragmatique (puits de Ranvier). L'irritation infectieuse du péritoine sous-diaphragmatique explique la douleur et la contracture du diaphragme et des muscles de la paroi épigastrique. Elle explique aussi l'iléus paralytique et la péritonite purulente dans certains cas.

3. La douleur épigastrique serait due dans certains cas à une cholécystite : localisation de l'infection pneumococcique sur la vésicule biliaire (Parturier et Deherripon).

***

Ainsi donc nous voyons l'importance du drame épigastrique dans les pleuro-pneumopathies aiguës surtout des bases ; importance diagnostique, à cause de son caractère d'urgence, difficile à résoudre à cause de l'intrication des phénomènes, et importance thérapeutique à cause de la détermination qu'il faut prendre.

LES ACNÉIQUES QUI NE SUPPORTENT PAS LE SOUFRE

Par M. P. VALETTE (de La Bourboule).

Bien que le soufre reste toujours, à très juste titre, le topique le plus employé pour traiter l'acné, il n'est pas rare de rencontrer, dans la pratique journalière, des sujets dont la peau, suivant l'expression de Mauté, « est intolérante aussi bien pour la lotion soufrée la plus anodine que pour le soufre brut ».

Que peut-on prescrire alors à de tels malades ?

En clientèle de ville, le coaltar et l'huile de cade sont encore à éliminer. Chez les individus à peau fine et irritable, l'iode est souvent aussi mal supporté. Et il ne reste guère à notre disposition que quelques mercuriaux (1), quelques goudrons (2), le borate de soude, l'acide salicylique et la résorcine, et de rares préparations spécialisées, comme celles ayant pour base certains dérivés des di-oxyanthranols, ou encore comme les Collosols et les laits ou les crèmes, à base de sapolan.

Tous ces médicaments, à dire vrai et exception faite, peut-être pour les di-oxyanthranols, ont une assez faible valeur curative. Mais il est très facile de renforcer mutuellement leurs effets thérapeutiques, et on peut obtenir d'excellents résultats en associant par exemple, dans une même formule, un goudron sulfureux doux à un antiseptique plus ou moins réducteur, comme dans les pommades suivantes :

Vaseline neutre : 20 gr.
Lanoline : 10 gr.;
Précipité blanc : 0,30 à 0,60 gr.;
Thigénol : 0,50 à 2 gr.

Diadermine : 30 gr.;
Ichtyol : 0,30 à 2 gr.;
Résorcine : 0,30 gr.;
Extrait fluide d'hamamélis : XXX gouttes.

dont on pourra modifier à volonté la composition et la concentration suivant la variété de l'acné et la tolérance de la peau du malade.

Mais, en l'absence du soufre, ces traitements de base n'auront une action suffisante que si l'on prend la précaution de prescrire un dégraissage soigneux de la peau le matin et le soir. Dans les cas bénins, des lavages à l'eau boratée peuvent suffire. Mais lorsque la séborrhée est notable, ces lavages doivent être accompagnés de savonnages

(1) Précipité blanc, oxyde jaune de mercure, turbith minéral.
(2) Ichtyol, thiols, tuménol, huile de bouleau purifiée (et thigénol).

rapides faits avec un savon à l'ichtyol, ou mieux, avec un savon acide. Et, surtout s'il s'agit d'acné comédonienne, il faudra même y ajouter, toutes les fois que ce sera possible, un décapage encore plus énergique, effectué le soir, au moins deux fois par semaine, avec la mixture suivante :

Liqueur d'Hoffmann : 90 cc. ;
Acide salicylique : 0,50 gr.;
Camphre : 1 gr.;
Huile de ricin : III gouttes.

Dans l'immense majorité des cas, ces quelques prescriptions locales associées à l'opothérapie thyroïdienne ou ovarienne, à de bons conseils d'hygiène alimentaire, au traitement de la constipation et, toutes les fois que ce sera utile, à celui de la leucorrhée, suffiront pour faire disparaître l'acné.

Dans les cas rebelles, si aucun trouble d'origine digestive, génitale ou endocrinienne n'a pu être décelé, on pourra compléter ce traitement par l'administration d'hyposulfite de soude en potion à la dose d'un gramme par jour, si ce médicament est supporté ; sinon, en prescrivant de l'arsenic à doses alimentaires (1), sous forme de Liqueur de Pearson, quinze jours sur trente. Et, s'il s'agit d'acné à peu près exclusivement pustuleuse, on pourra ajouter à ce traitement quelques injections de stock-vaccin anti-staphylococcique préparé suivant la technique de Mauté.

*
* *

Après avoir épuisé l'effet de toutes ces médications, si l'acné résiste encore, il faudra alors faire appel aux agents physiques. La cryothérapie, l'actinothérapie et les rayons X rendront à cette période les plus grands services, mais à la condition formelle d'être appliqués par un spécialiste. Car, dans ces cas, ces traitements doivent être employés suivant une technique très précise si l'on veut obtenir la guérison des lésions sans cicatrices, sans pigmentations disgracieuses et sans radiodermite.

Enfin, lorsque tout aura été épuisé, la crénothérapie pourra être utilement conseillée. Mais, chez ces intolérants au soufre, il faudra choisir une station où des réactions violentes ne soient pas à craindre et où l'on puisse associer des douches filiformes au traitement externe et à la cure de boisson : La Roche-Posay ou La Bourboule par exemple. Lorsqu'une transformation du terrain s'impose, surtout lorsqu'il s'agit de lymphatiques avérés, ce sera souvent le seul moyen de modifier l'état séborrhéique et l'acné de façon durable, et d'obtenir chez ces malades très difficiles à améliorer une véritable guérison.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 MAI 1936)

Insuffisance cardiaque d'origine œdémateuse secondaire à un syndrome hydropigène pur. — M. DOUMER (Lille). Deux malades jeunes, sans aucune tare cardiaque, chez qui se sont développés sans raison, des œdèmes périphériques abondants sans albuminurie, sans réaction hypertensive, sans élévation du taux de l'azotémie. Ce syndrome s'est compliqué de signes d'insuffisance cardiaque (dyspnée d'effort, tachycardie, bruit de galop...) ; ces signes ont disparu avec les œdèmes. Un syndrome hydropigène peut donc se compliquer de défaillance cardiaque dont il est responsable. Il ne saurait s'agir d'un rôle purement mécanique ; le retentissement fâcheux qui se produit sur l'énergie de contraction du cœur tient sans doute à la composition minérale des humeurs tissulaires. On sait qu'au niveau des tissus œdématiés, il existe une augmentation du taux de Na, une diminution du taux de K et probablement aussi de Ca. Cette conception peut modifier l'interprétation de certains syndromes qui associent les œdèmes périphériques aux signes d'insuffisance ventriculaire gauche et qui tirent plus de bénéfices de l'emploi de diurétiques que de l'ouabaïne.

Maladie hémolytique familiale. Etude de 25 sujets. — MM. DEBRÉ, LAMY, SÉE, Mlle SCHRAMECK. Dans neuf familles différentes, observation de 25 cas d'ictère hémolytique congénital ou mieux de maladie hémolytique. Les auteurs considèrent que beaucoup de signes décrits communément comme constants, tels que l'ictère et l'anémie, manquent souvent. Par contre, ils ont observé des troubles peu souvent décrits : à savoir : les accidents cardiaques compliquant certaines formes anémiques, les infiltrations cornéennes par dépôts lipidiques ou pigmentaires, et aussi les troubles du développement. En résumé, bien des anémies hémolytiques aiguës, bien des anémies spléniques du type Banti, bien des ictères hémolytiques tenus pour aigus se réclament de la maladie hémolytique constitutionnelle. Le seul traitement efficace est la splénectomie.

Cette communication intéressante donne lieu à une discussion à laquelle prennent part M. N. Fiessinger, qui propose la dénomination de splénomégalie hémolytique familiale pour désigner l'ictère hémolytique congénital ; M. Chabrol, qui a soutenu depuis longtemps que la rate est dans cette affection le fait essentiel et que la fragilité globulaire n'est qu'un phénomène secondaire et contingent ; M. Pinard, qui a trouvé souvent la syphilis dans la première génération de ces malades.

Cancer ulcériforme au début. — MM. GUTMANN, CHARRIER et BERTRAND. Jeune homme de 25 ans ayant présenté en deux fois des épisodes douloureux de l'estomac. Suc gastrique demeurant hyperchlorhydrique. On constatait une petite niche de la petite courbure d'aspect ulcéreux typique. Le malade, guéri, fut suivi radiologiquement. On constata la persistance de la niche. Sur ce seul signe, on pratiqua une gastrectomie. L'examen histologique révéla qu'il s'agissait d'un cancer primitif au début. En somme, une niche qui ne disparaît pas n'est pas forcément cancéreuse, mais elle l'est souvent.

Pour M. Renaud, le diagnostic histologique d'épithélioma n'est pas certain, et métaplasie ne signifie pas forcément cancer. S'il s'agit bien d'un cancer, l'avenir demeure très sombre.

Fermeture spontanée d'une vieille caverne tuberculeuse. — M. AMEUILLE. Ce fait montre : 1° qu'une caverne tuberculeuse, si ancienne soit-elle, peut toujours se cicatriser spontanément ; 2° que la guérison des lésions tuberculeuses peut se produire en dehors de l'intervention des causes auxquelles on attribue communément cette guérison. Il semble bien que dans la guérison intervient un facteur inconnu qu'il serait utile de discerner.

A propos de la communication de M. Ameuille, M. E. BERNARD rappelle qu'il a rapporté l'observation d'une femme porteuse d'une caverne volumineuse du sommet gauche. Cette caverne rapidement se réduisit de façon considérable, puis elle se rouvrit, pour en quelques semaines atteindre sa taille initiale. La diminution momentanée fut peut-être due à une régression cicatricielle dans laquelle le processus de cicatrisation fut entravé par une nouvelle poussée, ou bien peut-on incriminer l'élasticité du parenchyme pulmonaire péri-cavitaire produisant une atélectasie lobaire d'apparition rapide, mais de durée limitée.

(1) Un à deux milligrammes par jour (XV à XXX gouttes de liqueur de Pearson).

M. PARAF aurait constaté que la guérison spontanée des cavités tuberculeuses pouvait s'observer chez 6 % des malades. Mais il est souvent difficile d'affirmer la disparition d'une caverne.

Traitement des états parkinsoniens par la cure belladonée dite « bulgare ». — MM. COSTE et DEVÈZE (Nîmes) ont obtenu des résultats favorables en traitant divers parkinsoniens par cette méthode ; ils ont observé surtout la diminution de l'hypertonie.

Audition collective des bruits d'auscultation en haut-parleur avec le téléstéthophone. — MM. LIAN et MINOT. Cet appareil permet l'auscultation d'un malade par tout un amphithéâtre ; il est insensible à la fois aux oscillations mécaniques de la paroi thoracique et aux vibrations sonores aériennes ; il permet l'emploi d'un haut-parleur puissant, tout en plaçant le patient à 2 mètres du haut-parleur sans interposition d'une cloison ; ce haut-parleur est sans transformateur.

Les mêmes auteurs parviennent à enregistrer sur film des bruits d'auscultation transmis par haut-parleur avec le phonostéthographe ; celui-ci est constitué par un fil de 1/100 de millimètre et de 1 mm. de long, éclairé par un dispositif lumineux ; l'ombre se projette sur la fente de l'électrocardiographe.

Enfin MM. Lian et Minot ont mis au point un pick-up médical destiné à l'enregistrement et à la reproduction des bruits d'auscultation à l'aide de disques. Ceux-ci sont faits d'une substance spéciale qui se laisse facilement graver à l'aide d'une aiguille en acier assez dure pour permettre de nombreuses auditions.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1936)

Volumineux angiome de la lèvre supérieure. — M. SORREL présente un enfant de 8 ans qui était atteint d'un volumineux angiome de la lèvre supérieure, actuellement guéri à la suite d'une série d'injections sclérosantes suivies de l'extirpation du reste de la tumeur.

Un cas de rein polykystique. — M. SORREL présente un enfant chez lequel il a enlevé à l'âge de deux mois un rein polykystique ; l'intervention remonte maintenant à 14 mois et l'enfant est en parfaite santé.

Statistiques de cuti-réactions à la tuberculine brute pratiquées sur des enfants de 2 à 16 ans. — M. COFFIN publie deux statistiques de cuti-réactions à la tuberculine pratiquées chez des enfants parisiens de 2 à 16 ans, l'une recueillie dans une école, l'autre dans un milieu de petits employés. Toutes deux montrent un pourcentage de cutis positives plus faible que ne le mentionnent les statistiques précédentes.

M. LEREBOULLET estime que 40 % des enfants parisiens âgés de 15 ans ont encore une cuti-réaction négative.

M. MARFAN insiste sur la diminution du pourcentage des cuti-réactions positives chez les jeunes enfants et sur l'accroissement régulier avec l'âge du pourcentage des cuti-réactions positives.

M. NOBÉCOURT a été également frappé par la diminution du nombre des cuti-réactions négatives ; le nombre des cas de tuberculoses évolutives de l'enfant lui paraît par contre inchangé.

M. COMBY peut établir un parallélisme frappant entre la proportion des cuti-réactions positives aux différents âges de la vie et la constatation nécropsique de lésions tuberculeuses évidentes.

M. GÉNÉVRIER met en évidence par un fait probant l'influence de la contagion sur la positivité de la cuti-réaction : dans deux dortoirs voisins d'un même établissement d'enseignement occupé par des enfants de même âge, il a pu constater une grande différence du nombre des cuti-réactions positives ; l'enquête a permis de découvrir que le surveillant du dortoir qui comptait le plus grand nombre de cutis positives était atteint de lésions pulmonaires tuberculeuses.

Il a été d'autre part frappé de trouver parfois des cuti-réactions négatives chez des sujets présentant des images de calcification pleurale, et pense que de telles images n'ont pas toujours une origine tuberculeuse.

Nystagmus pendulaire spontané acquis à l'âge de 3 mois avec troubles vestibulaires par atteinte nucléaire hérédo-syphilitique. — Mlle VOGT et M. AUBRY rapportent l'histoire d'un enfant chez lequel apparut brusquement à l'âge de 3 mois un nystagmus accompagné d'une inexcitabilité labyrinthique totale, sans aucun signe oculaire. L'examen de l'enfant permit de prouver en outre l'existence d'une hérédo-syphilis. Tous ces symptômes disparurent au bout d'un an, et les réactions labyrinthiques en particulier sont redevenues normales. Les auteurs signalent à propos de ce cas les nombreuses discordances cliniques et pathogéniques qu'ils ont rencontrées.

Un cas de granulie froide avec présence de bacilles dans le contenu gastrique. Amélioration considérable. — MM. ARMAND-DELILLE et BOYER présentent un garçon de 14 ans chez lequel ils ont constaté à la suite d'une période de dénutrition une image radiographique de granulie pulmonaire. L'examen du contenu gastrique décela la présence de bacilles de Koch, mais l'enfant augmenta progressivement de poids sans présenter de nouvelle manifestation thermique et son état continue actuellement de s'améliorer ; il a eu une augmentation de poids de 8 kgs en 5 mois. Ils en rapprochent deux autres cas actuellement dans le service et qui sont également en voie d'amélioration.

Ces faits sont en faveur de la curabilité des poussées granuliques que l'on connaît de mieux en mieux depuis l'emploi de l'investigation radiologique.

Anémie érythroblastique maligne chez un jumeau de 9 mois. — M. SPYROPOULOS (d'Athènes), rapporte l'observation d'une anémie fébrile sévère accompagnée de splénomégalie survenue chez un enfant de 9 mois, dont le frère jumeau est resté indemne. L'étiologie est très imprécise et on ne trouve en particulier aucun caractère familial. La formule sanguine montrait une légère leucocytose avec réaction normoblastique et mégaloblastique. L'auteur discute à propos de ce cas la terminologie usuelle : il regrette l'usage des termes d'anémie érythroblastique ou d'anémie méditerranéenne et conclut à l'appellation d'anémie de von Jacks-Luzet.

Deux cas de blocage de la flexion du cou. — Mme NAGEOTTE-WILBOUCHEVITCH, MM. AIMÉ et LAMY. Projections de radiographies.

Endocardite pariétale staphylococcique du cœur droit. — MM. SENDRAIL, GADRAT et LASSERRE (de Toulouse) relatent l'observation d'un garçon de 12 ans chez lequel a évolué un état septicémique aigu à forme typhoïde, sans localisation cliniquement apparente, et en particulier sans aucun signe valvulaire. Cet état n'a fait sa preuve qu'à l'autopsie qui a mis en évidence une endocardite végétante exclusivement pariétale du cœur droit avec réactions myocardiques dégénératives et embolies nodulaires microscopiques infectantes dans le tissu pulmonaire.

Les hémocultures ont toujours mis en évidence un staphylocoque blanc.

Sept cas de lambliase intestinale dans une famille de sept personnes. — MM. P.-P. Lévy, Ménétrier et Bonnet ont observé une famille de 7 personnes qui toutes présentaient des troubles digestifs rebelles plus ou moins graves. Une enquête étiologique faite à l'occasion d'une entérocolite grave du dernier-né âgé de 18 mois, a montré qu'il s'agissait d'une entéropathie à lamblias. Le traitement par le stovarsol a amené la guérison, mais il faudra soumettre ces malades à une surveillance ultérieure.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 MARS 1936)

A propos de l'identité d'action du principe sympathomimétique du genêt et de l'adrénaline. Leurs effets comparés chez le lapin yohimbiné. — MM. H. Busquet et Ch. Vischniac. L'adrénaline et le principe vaso-constricteur du genêt ont leur action hypertensive inversée par l'yohimbine, chez le chien. Chez le lapin yohimbiné, la réaction adrénalique n'est pas inversée, tandis qu'elle l'est avec la préparation de genêt.

Il semble donc qu'on trouve là une première différence entre le principe sympathomimétique du genêt et l'adrénaline qui, jusqu'à présent, avaient toujours manifesté une complète identité d'action physiologique. Cette conclusion serait inexacte. La chute de pression est due, dans le cas du genêt, à la présence de substances hypotensives qu'on peut séparer du principe sympathomimétique.

D'ailleurs, si on ajoute ces substances à l'adrénaline, celle-ci devient également hypotensive après yohimbine, chez le lapin. Les résultats observés chez ce dernier animal ne fournissent donc pas les éléments d'une première dissemblance entre l'action pharmacodynamique de l'adrénaline et du principe sympathomimétique du genêt.

Présence simultanée chez un même malade de bacilles tuberculeux humains et bovins isolés séparément des crachats et des lésions verruqueuses de la peau. — MM. A. Saenz, F. Coste et L. Costil ont pu mettre en évidence, chez un tuberculeux, deux souches différentes de bacilles tuberculeux, l'une d'origine humaine dans les crachats, l'autre d'origine bovine dans les lésions cutanées.

Les bacilles de primo-infection étaient donc ceux d'origine bovine, et les bacilles de surinfection, ceux d'origine humaine.

Le ferment lipolytique de Galleria Mellonella. — MM. Noël Fiessinger et Alfred Gaydos rapportent le résultat de leurs recherches au sujet de la lipase que contient la larve de *Galleria Mellonella* (mite d'Abeille). Cette lipase peut être extraite en milieu glycériné ; elle est sensible à la chaleur et sensible à certaines actions chimiques (atoxyl, fluorure de sodium), mais non au formol ni à l'acide phénique en solutions faibles, ni à la quinine.

Cette éthérase peut être difficilement conservée *in vitro*, ce qui la distingue des lipases humaines. On ne la retrouve plus dans le papillon de Galleria.

M. Portier. — Cette lipase existe-t-elle dans la paroi du tube digestif, ou dans le sang ?

M. Noël Fiessinger. — La petite quantité de sang de mite que nous avons obtenue ne nous permet pas de résoudre la question posée.

Eloge nécrologique. — M. Achard, président, prononce l'éloge funèbre de M. J. S. Haldane, correspondant étranger.

Injections intra-vasculaires continues d'adrénaline chez le chien. Recherche de la dose limite hyperglycémiante pour différentes voies d'introduction. — MM. A. Baudouin, H. Bénard, J. Lewin et J. Sallet ont soumis des chiens à des injections continues d'adrénaline par différentes voies vasculaires. Ils ont recherché les doses limites, déterminant de l'hyperglycémie, pour ces différentes voies d'introduction.

La dose limite pour la voie veineuse périphérique est d'environ 0,01 mgr. par kg. et par heure. Pour les autres voies, elle est plus difficile à obtenir avec précision, mais elle n'est pas inférieure à ce chiffre.

Ce fait semble paradoxal, surtout en ce qui concerne l'injection intra-veineuse mésentérique. L'action de l'adrénaline sur le glycogène hépatique s'exerçant dans ce cas d'une façon plus directe et plus précoce, on pourrait s'attendre, en effet, à ce que l'hyperglycémie observée soit plus facile à déclencher. L'expérience démontre qu'il n'en est rien.

De la sensibilité aux parasympathomimétiques et de la tonicité du parasympathique cardiaque, chez quelques espèces de singes. — MM. F. Maignon et V. Betegnie avaient déjà constaté l'existence d'une relation étroite entre la sensibilité de l'organisme aux parasympathomimétiques cardiaques et la sensibilité à l'anaphylaxie.

On sait, d'autre part, que les sensibilités à l'anaphylaxie et à la tuberculose marchent parallèlement.

Ils ont effectué la même expérimentation chez quelques espèces de singes. Or le chimpanzé, qui est nettement moins sensible à la tuberculose que les petites espèces envisagées, s'est montré également moins sensible aux parasympathomimétiques.

Présentation d'ouvrage. — MM. R. Dujarric de la Rivière et N. Kossovitch. *Les groupes sanguins*, 1 vol. in-8° de 249 pages, avec 38 fig. et 1 planche en couleurs. — J.-B. Baillière, éditeur, 1936.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA CORRESPONDANCE DES ALIÉNÉS ET LES DROITS DES MÉDECINS DIRECTEURS D'ASILES

La Cour de Cassation vient en un arrêt de sa chambre civile du 6 mai 1936 de se prononcer sur l'intéressante question des droits des médecins-directeurs d'asiles d'aliénés à l'égard de la correspondance de leurs malades.

On sait que la loi du 30 juin 1838 dispose ainsi dans son article 29, alinéa 6 : « Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements. » L'article 41 de la même loi édicte des sanctions pénales à l'égard de ceux qui auront contrevenu à ces dispositions.

Mais, à l'égard des correspondances qui ne constituent ni des requêtes, ni des réclamations adressées aux autorités judiciaire ou administrative, que convient-il de décider ?

Une première opinion, fondée sur une argumentation a contrario, considère que l'énumération de la loi est limitative et que les correspondances n'y figurant point peuvent être lues et interceptées par les directeurs d'asiles.

Elle n'a cependant point prévalu car, sous une apparente logique, elle est incontestablement en contradiction avec les intentions du législateur. Si celui-ci a voulu, en effet, réprimer sévèrement des agissements qui risquaient de perpétuer une séquestration non motivée en rendant toute réclamation impossible, sa volonté n'a point été cependant d'abolir de manière absolue à l'égard des aliénés internés le principe du secret des correspondances.

Il ne saurait être, par contre, question d'admettre que ce principe doive recevoir ici son application rigoureuse.

Quelles fins vise, en effet, un médecin qui ordonne un internement ? D'une part, sans doute, l'isolement de l'aliéné d'avec le monde extérieur, mais, d'autre part, aussi, la guérison que favorisera l'absence de toute excitation inutile. Or, ce calme risquerait d'être compromis par l'expédition et la réception sans contrôle des correspondances. Par ailleurs, le médecin ne manquera pas d'être éclairé sur l'état mental de son malade par la lecture des lettres de celui-ci, ce qui rendra d'autant plus aisée la conduite du traitement.

Ainsi, les médecins doivent bénéficier de droits exceptionnels à l'égard de la correspondance des aliénés dans l'intérêt même de la santé de ceux-ci.

C'est sur le délicat problème de la combinaison de ces droits avec le principe du secret de la correspondance que la Cour de Cassation vient d'être appelée à se prononcer. L'arrêt du 6 mai 1936 est, d'ailleurs, d'autant plus intéressant qu'il modifie quelque peu la position prise par la Cour Suprême dans la précédente décision rendue par elle en la matière, un arrêt de la Chambre des Requêtes du 27 décembre 1875.

Celui-ci avait admis la rétention des lettres d'un aliéné et l'avait justifiée en déclarant que ces lettres « étaient la vive et sûre manifestation du trouble mental dont l'aliéné était atteint ». Allant plus loin encore, il avait ajouté que de telles missives « ne sauraient être réputées confidentielles » et il avait en conséquence déclaré qu'un directeur d'asile pouvait les produire en Justice pour se justifier du reproche de séquestration arbitraire sans que fût violé le principe du secret des correspondances confidentielles.

Cet arrêt avait été sérieusement critiqué à l'époque et le savant annotateur du Sirey, le Professeur Labbé, avait exprimé l'avis que, si le directeur avait le droit de connaître et de conserver la correspondance de ses pensionnaires, il ne pouvait, par contre, en faire usage et la divulguer dans son intérêt propre.

L'arrêt du 6 mai 1936 tend à soumettre davantage encore la correspondance des aliénés aux principes du droit commun.

Un arrêt de la Cour de Grenoble du 13 mars 1931 avait décidé qu'en l'état actuel de la législation sur la matière le médecin-directeur d'un asile d'aliénés ne commettait aucune faute en retenant les lettres adressées par une personne internée dans son établissement à des tiers, notamment à son avocat, alors que l'article 29 de la loi de 1838 prévoit et réprime seulement la retenue des requêtes adressées à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative.

La Cour de Cassation, saisie d'un pourvoi formé contre cet arrêt, a estimé, au contraire, qu'il convenait d'établir une distinction.

Elle a reconnu d'une manière absolue en faveur du médecin traitant le droit justifié par les nécessités du traitement de prendre connaissance des lettres écrites par une personne internée dans un asile d'aliénés.

Mais, en ce qui concerne le droit de rétention, elle a posé un critérium : le médecin traitant ne peut retenir les lettres même adressées à des tiers autres que les autorités administrative ou judiciaire, à moins qu'il ne résulte de leur contenu que l'intérêt même du malade ou celui des tiers commande cette interception, comme ce pourrait être le cas notamment si elles étaient par elles-mêmes révélatrices des troubles mentaux de l'interné.

Ainsi, l'interception doit être commandée par le seul intérêt du malade ou des tiers ; sinon, elle constituera le médecin en faute.

L'arrêt du 6 mai 1936 indique une évolution certaine de la jurisprudence qui tend à limiter étroitement les droits exceptionnels du médecin.

Evolution judicieuse, sans doute, mais qui laisse prévoir un corollaire quelque peu dangereux pour les médecins. Tout porte à croire, en effet, que la Cour de Cassation n'admettrait plus désormais ceux-ci à faire usage en Justice, dans leur seul intérêt personnel, des lettres interceptées et les priverait ainsi éventuellement d'un moyen de défense à l'encontre des réclamations pour séquestration arbitraire.

C. NATTAN-LARRIER,
Docteur en Droit,
Avocat à la Cour de Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

PRINCIPES DE L'ACCOUCHEMENT MÉDICAL ET SES RÉSULTATS (1)

Par M. O. JULLIAN.

L'auteur, dans son travail inaugural, confirme la mise au point des travaux de Schickelé et de Kreis, de Strasbourg, qui ont démontré la fréquence des contractions hypercinétiques, tant orificielles que corporéales, pendant la période de dilatation au cours de l'accouchement ; le traitement médical antispasmodique s'est imposé comme une nécessité dans un grand nombre d'accouchements ; dans cet ordre d'idées, la spasmalgine, en injections intramusculaires, a trouvé une large application. La méthode a été présentée par Kreis qui, après une longue expérimentation, a déterminé la technique d'administration en rapport avec les diverses variétés pathologiques à combattre.

Depuis la publication des résultats de l'Ecole de Strasbourg, qui, grâce à cette méthode, a abrégé la durée de travail et a réduit le nombre des interventions dans une mesure appréciable, l'emploi de la spasmalgine a été adopté dans de nombreuses cliniques obstétricales en France et à l'étranger (Prof. Voron, Jeannin, Brindeau, Reeb, Pigeaud, Rhenter, Vermelin, Schwaab, Verstraete, etc., et docteurs Jurus, Meyer, Held, Jullian, etc.).

On peut appliquer la spasmalgine sous forme d'ampoules ou de comprimés 1 à 3 fois par jour. Il est mieux encore de se servir des suppositoires de spasmalgine, qui ne sont pas soumis à la réglementation des toxiques du tableau B et qui sont tout spécialement indiqués dans les contractions spasmodiques au cours de l'accouchement, des menaces d'avortement et même dans toutes les dysménorrhées.

Rectification.

Le Dr Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux de Paris, nous prie de faire savoir que la note sur le Dinitrophénol parue ici même (N° 49, p. 892) nous a été communiquée à son insu et sans son autorisation. Elle n'est que l'analyse d'un extrait de l'*Année médicale pratique* 1936. (Rubrique *Nutrition*, par MM. Gilbert-Dreyfus et André Wimphen.)

LIVRES NOUVEAUX

Acquisitions nouvelles dans le domaine de la blennorragie. Deuxième série : *Les porteurs de gonocoques* (2), par le docteur G. FRANCK, ancien chef de clinique dermatologique universitaire de Lausanne, membre correspondant de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, membre titulaire de la Société française de Prophylaxie.

La question des porteurs de gonocoques est à l'ordre du jour des questions à l'étude pour ce qui concerne la blennorragie. En effet, il n'est pour ainsi dire plus de semaine sans que paraissent dans la plupart des revues médicales des travaux relatifs à ce sujet. Jusqu'ici l'immense majorité de

(1) *Th. de Strasbourg*, 1935.
(2) In-12 de 112 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, A. Legrand.

ces publications n'a fait que confirmer ce qui est écrit dans la première, comme dans la deuxième de ces monographies. Cependant, depuis quelques mois, et pendant l'impression de cette deuxième série, quelques travaux ont paru, cherchant à rétablir les notions que, précisément, ces monographies ont pour but, ou bien de réduire à néant, ou, du moins, de corriger et de mettre une fois pour toutes au point. La monographie sur les porteurs de gonocoques vient donc tout particulièrement à temps et constitue d'ores et déjà une réponse anticipée à la plupart des critiques formulées dans les quelques travaux dont il a été parlé. Elle permet à ceux que ces questions intéressent de se documenter à fond et de suivre de près les débats qui vont se poursuivre certainement sur une vaste échelle dans les milieux médicaux au cours des prochaines années. Mais elle n'avait pas été mise en chantier dans ce but et la polémique actuelle sur la bactériologie du gonocoque et sur les porteurs de gonocoques ne fait qu'accentuer l'importance prise depuis près de deux décades par les questions traitées dans ces monographies. Cette importance est telle qu'elle motivera peut-être, de la part de l'auteur, une troisième monographie sur ces sujets.

Cependant, comme il a été dit plus haut, le but poursuivi par l'auteur n'était pas d'aboutir à une discussion scientifique de ces questions doctrinales qui dominent actuellement la pathologie de la blennorragie, mais de faire connaître au grand public médical d'abord, puis à tous ceux qui, de près ou de loin, sont mêlés à la lutte antivénérienne, les conceptions nouvelles sur l'étiologie, la pathogénie, la prophylaxie, etc. de la blennorragie.

Ce but une fois atteint, ce qui nécessitera vraisemblablement, ensuite des travaux récents dont il a été parlé, la mise au point d'autres monographies, il sera sans doute indiqué d'en faire un chapitre tout nouveau dans les futurs traités sur la blennorragie.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 29 juin. — Jury : MM. Lemierre, président ; Loeper, Chiray. — M. Mabon. La gangrène gazeuse après injections médicamenteuses. — M. Meillard. Sur les hypertensions artérielles, rôle des nerfs et du rein. — Mme Buvat-Cottin. Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanies. — M. Charif-Emami. Peut-on espérer blanchir les mélanodermies avec la vitamine C ? — M. Le Loch. Etude de la gomme sterculia. Applications dans la constipation et certaines diarrhées.

Jury : MM. Clerc, président ; Harvier, Sergent, Boulin. — M. Daniel. Etude d'un cas de surrénalome avec crise d'hypertension paroxystique. — M. Elias-Salomon. Etude des hémiplégies transitoires des cardiaques. — M. Hirt. Etude du traitement de l'hypotension artérielle solitaire par les procédés récents. — M. Lucquin. Action de l'ouabaïne administrée à hautes doses par voie buccale au cours de l'insuffisance ventriculaire gauche. — Mlle Rendu. Les formes bradycardiques permanentes de la fibrillation et du Flutt auriculaires. — M. Leblanc. Données récentes sur la phonocardiographie. Intérêt de cette méthode dans l'étude du premier bruit normal. — Mlle Houzeau. A propos d'un cas de thyroïdomanie.

Mardi 30 juin. — Jury : MM. Roussy, président ; Claude, Tiffeneau, Hazard. — M. Bonhomme. Sur une forme particulière du paramyoclonus multiplex de Friedreich. — M. Raust. Etude anatomique des branches de drainage des cavernes tuberculeuses. — M. Kalchtein. A propos de quelques cas de syndrome de Gelineau avec hallucinations oniriques. — M. Villatte. Etude des idées délirantes à type schizoïde. — M. Delauney. Comportement et susceptibilité des animaux thyroxinés.

Jury : MM. Pierre Duval, président ; Lemaître, Terrien, Halphen. — Mlle Cottin. Technique de gastrectomie. — Mlle Erdos. Etude de la fracture de la petite apophyse de calcanéum. — M. Loiseau. Le traitement des cancers de l'hypopharynx par les radiations. — M. Vigneron. Propos sur la prothèse à fond en stomatologie. — M. Girault d'Angély. Considérations sur les atrophies de l'iris, aspect biomicroscopique.

Jury : MM. Brindeau, président ; Jeannin, Mocquot, Mauclaire. — M. Le Dize. Le tétanos au cours de la grossesse et suites de couches. — M. Morvian. Etude des présentations primitives de la face. — Mlle Lods. Stérilité et perméabilité tubaire. — M. Rozental. Etude des écoulements séreux du mamelon au moment de la ménopause. — Mlle Tchijoff. Etude clinique et thérapeutique des endométriomes de l'ovaire. — M. Vieillard. Etude des pancréatites aiguës hémorragiques. Rôle de la cholécystostomie.

Mercredi 1er juillet. — Jury : MM. Gosset, président ; Mathieu, Ombrédanne, Lardennois. — M. Séta. De la cholécystographie. — M. Catalette. Les adhérences péritonéales post-opératoires. — M. Fischer. Sacrum basculé. — M. Lejeune. L'anesthésie péridurale segmentaire.

Jury : MM. Tanon, président ; Alajouanine, Cathala, Moreau. — M. Auroy. L'hygiène à la Cité Universitaire. — M. Cleper. Le traitement des asphyxies par gaz de combat. — M. Dugay. Le sulfate double d'orthoxyquinoléine et de potassium. Etude chimique. Application. — M. Gojon. Le mal del Pinto. — M. Gottschalk. Etude de la lèpre dans les Etats baltiques (Lettonie et Esthonie). — M. Hirsch. Effets de l'eau d'Uriage en injection intra-tissulaire chez les tuberculeux. — M. Keyhani. Analyse des propriétés défensives de l'organisme vis-à-vis des agents infectieux. — M. Nain. Le contrôle sanitaire des œufs destinés à l'alimentation. — M. Peycelon. Contribution expérimentale à la chimiothérapie de la maladie du sommeil. — M. Rabinzon. Elimination urinaire des hormones sexuelles chez les cancéreux. — M. Rooz. La démographie de la Roumanie. — M. Schor. Les facteurs sociaux dans le développement de la tuberculose à l'âge scolaire. — M. Simonesco. Etude sur la vaccination par le BCG en Roumanie. — M. Suchodolski. Etude sur la pellagre en Pologne.

Jeudi 2 juillet. — Jury : MM. Chevassu, président ; Cunéo, Marion, Sénèque. — M. Lupu. Valeur de la gono-réaction et de la spermoculture dans les uréthrites chroniques. — M. Boyer. Etude du traitement des perforations ulcéreuses gastro-duodénales. — M. Hécart. Etude clinique et thérapeutique des pseudarthroses du col du fémur. — M. Martin. La protusion acétabulaire intrapelvienne. — M. Pouliquen. Traitement des arthrites suppurées du poignet par résection de la tête cubitale. — M. Reyé. Enchevillement des fractures diaphysaires par greffon tibial. — M. Azma. Les grandes hémorragies chez les prostatiques.

Jury : MM. Guillain, président ; Laignel-Lavastine, Justin-Besançon, Lévy-Valensi. — M. Fontaine. La masse sanguine. — M. Adler. Charles Davila 1828-1884. — Mme Bourgeois. Les néphrites auriques. — M. Dinner. L'histoire du pneumothorax artificiel. — M. Rubin. La supériorité de l'héliothérapie moderne (méthode Brody). — Mme Milice Bonnafous. La Charité de Senlis.

Jury : MM. Balthazard, président ; Carnot, Nobécourt, Sannié. — M. El Massry. Etiologie et prophylaxie de la prostitution. — M. Balme du Garay. L'insuffisance hépatique, l'asthme,(l'urticaire et l'eczéma. — M. Mazaher. Etude de l'exploration fonctionnelle du pancréas. — M. Mizrahi. L'anasarque au cours de l'ictère catarrhal. — Mlle Bisserovitch. Méningite tuberculeuse pendant la première année. — M. Ruiz-Cortès. Etude des méningites à streptocoques chez l'enfant.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANEVRISME ARTERIEL POPLITE [1]

L'ANEVRISME VIEUX réalise un tableau très différent.

Le syndrome fonctionnel, parfois fruste encore, est souvent accusé : douleurs à la marche, crampes vives, gêne progressive des mouvements de flexion et d'extension du genou, la marche devient pénible.

Les signes locaux ont perdu leur netteté (du fait essentiellement de la réaction péri-anévrismale). Le creux poplité est comblé par une masse empâtée, irrégulière, presque fixée aux parois du creux, parfois sensible, ne présentant plus ni réductibilité ni expansion. Les battements sont faibles ou imperceptibles, le souffle souvent à peu près disparu.

En outre, le genou est souvent distendu par une lame d'hydarthrose réactionnelle, la jambe est souvent amaigrie ou infiltrée d'œdèmes, et présente parfois une circulation collatérale assez importante. On recherchera des paralysies dans le territoire du sciatique poplité externe surtout, des zones d'anesthésie et d'hyperesthésie, des troubles trophiques (maux perforants, ongles cassants). *Tantôt l'état circulatoire du membre est très déficient, tantôt au contraire, malgré l'atteinte marquée du tronc principal, la vascularisation est satisfaisante.*

Quel que soit le tableau rencontré (anévrisme jeune ou vieux), il importe :

Par un examen général, de rechercher une étiologie possible : profession ; intoxication chronique : tabac, alcool ; surtout *syphilis :* antécédents, stigmates, réflexes, réactions sérologiques.

L'existence d'autres anévrismes associés, les anévrismes multiples n'étant pas exceptionnels.

Surtout de préciser **l'état circulatoire du membre.**

Le pouls en aval est retardé et diminué (pédieuse, tibiale postérieure). Mais méthode infidèle et imprécise.

Au Pachon segmentaire et comparatif, en dressant une courbe oscillométrique, on peut noter un retard, une diminution plus ou moins considérable des pulsations. La tension artérielle est abaissée, dans sa maxima comme dans sa minima, dans le territoire sous-jacent à l'anévrisme.

Pouls et indice oscillométrique n'indiquent que l'état de la circulation artérielle principale et en rien celui de la circulation collatérale de suppléance.

Un pouls aboli ou très fortement diminué à la pédieuse, un indice nul ou insignifiant (oblitération du tronc principal), avec un pied chaud et bien vascularisé, indiquent une bonne circulation collatérale de suppléance. De même un pouls conservé mais non modifié par la compression du tronc principal en amont de l'anévrisme.

A l'opposé, un pouls conservé, disparaissant après compression du tronc principal en amont, indique une circulation se faisant encore par les gros troncs artériels et une suppléance circulatoire insuffisante.

Le siège fémoro-poplité de l'anévrisme, son ancienneté relative sont enfin des arguments en faveur de l'établissement d'une suppléance suffisante par les collatérales.

Enfin l'*artériographie*, méthode assez récente et encore discutée, permettrait de déterminer la position exacte de la poche, l'existence d'un collet qu'on pourrait éventuellement lier, l'implantation des collatérales au niveau du sac, l'association possible d'autres anévrismes.

EVOLUTION

Il faut intervenir dès qu'une circulation collatérale de suppléance semble s'être établie. Mais, si cette suppléance circulatoire ne fait aucun progrès, on n'attendra pas pour intervenir que les troubles s'accentuent — l'intervention devenant plus délicate et ses suites plus incertaines — ni que des accidents graves se fassent jour.

Opéré : en l'absence de *complications immédiates* redoutables : gangrène, embolies, hémorragies secondaires, le pronostic est bon et les troubles circulatoires post-opératoires sont le plus souvent discrets dans l'anévrisme haut respectant les collatérales. Il est beaucoup plus réservé dans l'anévrisme bas ou jambier.

Non opéré : *l'anévrisme ne fait que croître et s'aggraver :* œdèmes, névralgies, troubles trophiques, traduisent la compression et l'irritation des organes de voisinage et entraînent une impotence progressive du membre (claudication, équinisme).

Surtout, deux complications redoutables :

La gangrène, *soit massive* (rupture, ou oblitération totale de la poplitée et des collatérales par un anévrisme bas), obligeant à l'amputation ;

Soit parcellaire (orteil, avant-pied), due à l'arrêt d'un petit embolus dans une branche artérielle, parfois à une poussée infectieuse du sac. Exérèse limitée et différée, précédée du traitement de l'anévrisme.

La rupture constitue enfin la complication majeure et la terminaison normale de l'anévrisme non traité. En règle mortelle en l'absence d'intervention, obligeant souvent à l'amputation, elle peut se faire :

A la peau, c'est le cas habituel. Rarement sans aucun phénomène inflammatoire prémonitoire (la peau adhère à l'anévrisme, puis se rompt : mort par hémorragie foudroyante ou hémorragies répétées).

Le plus souvent précédée de phénomènes inflammatoires : la tumeur devient tendue et douloureuse, une adénopathie inguinale apparaît, la température s'allume. La peau s'œdématie, rougit puis s'ulcère, donnant issue à un peu de pus, puis l'hémorragie survient : soit par fissurations successives, soit par rupture foudroyante.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané assez souvent : hématome pulsatile parfois disséquant, parfois s'organisant et réalisant un faux anévrisme traumatique — *dans l'articulation* exceptionnellement : hémarthrose pulsatile précédée de phénomènes d'irritation articulaire ; — *dans la veine*, cette rupture classique (anévrisme artério-veineux spontané) ne se voyant pratiquement jamais.

En l'absence d'intervention, la mort est donc fatale, à plus ou moins brève échéance, par gangrène ou rupture.

FORMES CLINIQUES. — Formes anatomiques. — Nous avons vu l'opposition entre :

L'anévrisme supérieur, de traduction clinique tardive, d'accès facile, de pronostic opératoire favorable ;

L'anévrisme inférieur, déterminant des compressions rapides, de chirurgie difficile, de pronostic réservé.

Citons :

L'anévrisme en bissac, une poche dans le canal de Hunter, une poche dans le creux poplité ;

L'anévrisme bilatéral, qui n'est pas exceptionnel ;

L'anévrisme de la face antérieure de l'artère, qui peut user et éroder l'os. L'artère, repoussée par l'anévrisme, se présente la première à l'opérateur.

Formes évolutives. — *L'anévrisme latent* et révélé seulement par un accident grave : gangrène ou rupture.

Formes étiologiques: *quelques cas très rares d'anévrismes traumatiques vrais*, après petite plaie artérielle refermée sans hématome, après piqûre, ponction de l'artère, dilatation secondaire aux dépens de la paroi lésée.

(*A suivre.*)

CHRISTIAN PIERRA.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 51, p. 926.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


ÉPHÉDRINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement titré à 1 centigr. de chlorhydrate d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple, pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par jour, en débutant par une dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les 2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur demande et franco
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
3 A 8 PAR JOUR
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

N° 54. — SAMEDI 4 JUILLET 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Il nous paraît opportun de faire connaître la nature et l'étendue de l'effort accompli par le Comité national de défense contre la tuberculose (66, boulevard Saint-Michel, Paris), en faveur de l'enseignement supérieur.

Dès 1923 les dirigeants de cette Association, constatant la nécessité qu'il y avait à pourvoir les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de médecins spécialisés en phtisiologie, décidèrent de favoriser les études des candidats à ces fonctions, en leur permettant de venir suivre à Paris les cours de perfectionnement sur la tuberculose, institués par les soins du Comité national; à cet effet, des bourses furent créées, et, de 1923 à 1935, plus de 610.000 fr. ont été affectés à cet objet.

D'autre part, au cours du dernier exercice, le Comité national a jugé opportun de créer des bourses de recherches sur la tuberculose et des bourses de voyages d'études à l'étranger, pour permettre à des médecins s'orientant vers la phtisiologie de poursuivre leurs travaux, soit en France, soit dans d'autres pays. Une somme de 124.000 fr. a déjà été consacrée à ces bourses.

De plus, une contribution de 12.000 fr. a été attribuée à l'Institut Pasteur, pour recherches scientifiques sur la tuberculose, en souvenir du regretté professeur Albert Calmette (fondation Albert Calmette).

De même, en mémoire du regretté professeur Léon Bernard, une somme de 6.000 fr. — en dehors d'une somme de 3.000 fr. versée à la souscription internationale ouverte par le bureau d'hygiène de la Société des Nations — a été réservée pour la création d'une bourse d'études à l'hôpital Laennec (fondation Léon Bernard).

Par ailleurs, le Comité national, estimant qu'il se devait de favoriser la prophylaxie et la cure de la tuberculose chez les étudiants, a jugé opportun de prévoir l'octroi de subventions destinées à la création, dans les universités, de centres de dépistage pour cette affection. Une somme de 71.200 fr. a été déjà répartie, à cet effet, entre les diverses universités françaises.

D'autre part, le Comité national a tenu à contribuer aux frais d'acquisition et d'installation de l'outillage technique du sanatorium des étudiants; une somme globale de 250.000 fr., prélevée sur la faible part (5 p. 100) du produit du timbre revenant au Comité national, y a été consacrée.

En outre, une somme de 5 000 fr. a été attribuée au « Fonds de secours des étudiants » comme contribution éventuelle aux frais d'hospitalisation de certains d'entre eux.

Enfin, on doit également au Comité national l'installation d'un appareil radiologique à la Cité universitaire (30 000 fr.).

C'est donc un total de plus de 1.110.000 fr. que le Comité national a pris la très louable initiative de consacrer aux diverses œuvres ayant pour objet la sauvegarde de la santé des diverses catégories d'étudiants relevant de l'enseignement supérieur.

Nous savons que le Comité national de défense contre la tuberculose se propose de persévérer dans cet effort, dans la limite de ses ressources.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Stages complémentaires de vacances 1936.* — L'enseignement pour les stagiaires sera organisé pendant les vacances du 15 juillet au 31 octobre 1936 dans les services de M. le professeur Loeper à l'hôpital Saint-Antoine et de M. le professeur Cunéo à l'Hôtel-Dieu.

MM. les étudiants ayant un stage à compléter devront

adresser à M. le Doyen une demande rédigée sur papier timbré avant le 11 juillet 1936.

Ils désigneront la date à laquelle devra commencer leur stage : 15 juillet, 15 août, 15 septembre.

Pourront également s'inscrire les étudiants qui, tout en étant en règle au point de vue stage, seraient désireux de suivre un service pendant les vacances.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Emile Vallet (de Paris); Pierre Delplanque, ancien chef de laboratoire à la Faculté de Lille, décédé à Paris à l'âge de 74 ans. Il était le père du docteur Charles Delplanque.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS AURONT-ILS LE DROIT DE TRAVAILLER POUR VIVRE APRÈS 65 ANS ?

Dans certaines peuplades sauvages, on supprime les vieillards.

Verrons-nous, en France, les hommes de 65 ans et au-dessus condamnés à mourir de faim ? La question est posée.

Il y a un an et demi, je dénonçais le projet de loi Pomaret. Aujourd'hui, je le dénonce à nouveau avec énergie en ce qui concerne *les membres du corps médical.* Ce projet qui vient d'être déposé le 5 juin dernier sur le bureau de la Chambre des Députés, a pour but de trouver des places à la jeunesse intellectuelle, et de les trouver *immédiatement.* Pour cela, M. Pomaret, aidé de M. de Monzie et de M. Barthe, a trouvé une solution radicale : il supprime d'un trait de plume tous les intellectuels âgés de 65 ans. S'attaquant aux juristes, aux pharmaciens et aux médecins notamment, *il leur interdit l'exercice de leur profession à partir de l'âge de* 65 *ans.* Et pour que ceux-ci puissent encore profiter de la vie s'ils ne désirent recourir au suicide, il les oblige à se constituer une retraite !?!

Pour qu'il n'y ait pas de jaloux, il congédie tous les fonctionnaires à un âge analogue, en leur interdisant de vivre autrement que des avantages de leur retraite.

Enfin, M. Pomaret, *qui a beaucoup de sympathie pour les membres de l'Institut, supprime également leurs privilèges,* ce qui revient à dire que tous les professeurs de Faculté seront expulsés de leur chaire à 65 ans, même quand ils auront l'habit vert.

Ainsi donc, Messieurs les médecins arrivés à cet âge fatidique, vous serez, comme dans l'autre sexe, atteints d'une obligatoire *ménopause* qui vous imposera la non-production systématique.

Que ceux qui aiment le repos applaudissent ; mais que ceux, beaucoup plus nombreux, qui estiment que la joie de vivre provient de l'action se dressent en bloc et protestent ! Pour conclure, *je demande aux jeunes médecins, qui un jour pourront, eux aussi, avoir* 65 *ans,* de se liguer avec les vieux pour démolir ce projet « satanique ».

Il y va de notre liberté, de nos malades, de nos familles, et surtout de nos droits imprescriptibles de citoyens encore français. MAURICE MORDAGNE.

D'autre part, on communique :

L'Association corporative des internes en exercice, l'Association professionnelle des externes, l'Association des étudiants en médecine de Paris, réunies hier soir, ont étudié la proposition de loi N° 151 dont l'article 3 limite l'âge dans les carrières privées :

« Nul ne peut exercer à titre gratuit ou à titre onéreux, à partir de l'âge de 65 ans, les professions d'avocat, officier ministériel, docteur en médecine, vétérinaire et docteur vétérinaire, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme, architecte, géomètre, ingénieur, comptable, banquier, chef salarié ou chef de service salarié dans une entreprise industrielle et commerciale, administrateur de société.

« Cette interdiction ne prendra effet qu'à partir du 1er janvier 1939, afin de permettre aux groupements professionnels, en collaboration avec le ministre du Travail et de l'Education nationale, de réaliser la mise en vigueur d'un régime approprié de retraites auquel l'Etat ne pourra d'ailleurs apporter aucune contribution financière. »

En ce qui les concerne, ces associations s'étonnent qu'une proposition de loi visant « un placement immédiat et régulier de la jeunesse française » n'ait été l'objet d'aucun contact antérieur avec elles, qui représentent les futurs médecins. Elles s'élèvent énergiquement contre un tel préjugé qui porte une atteinte arbitraire au libre exercice d'une profession libérale.

Et se proposent d'intervenir très prochainement dans ce sens auprès des Pouvoirs publics.

Le président de l'Association des internes en exercice : Raoul Perot ; le président de l'Association professionnelle des externes : Paul Vivien ; le président de l'Association des étudiants en médecine de Paris : Pierre Malet.

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

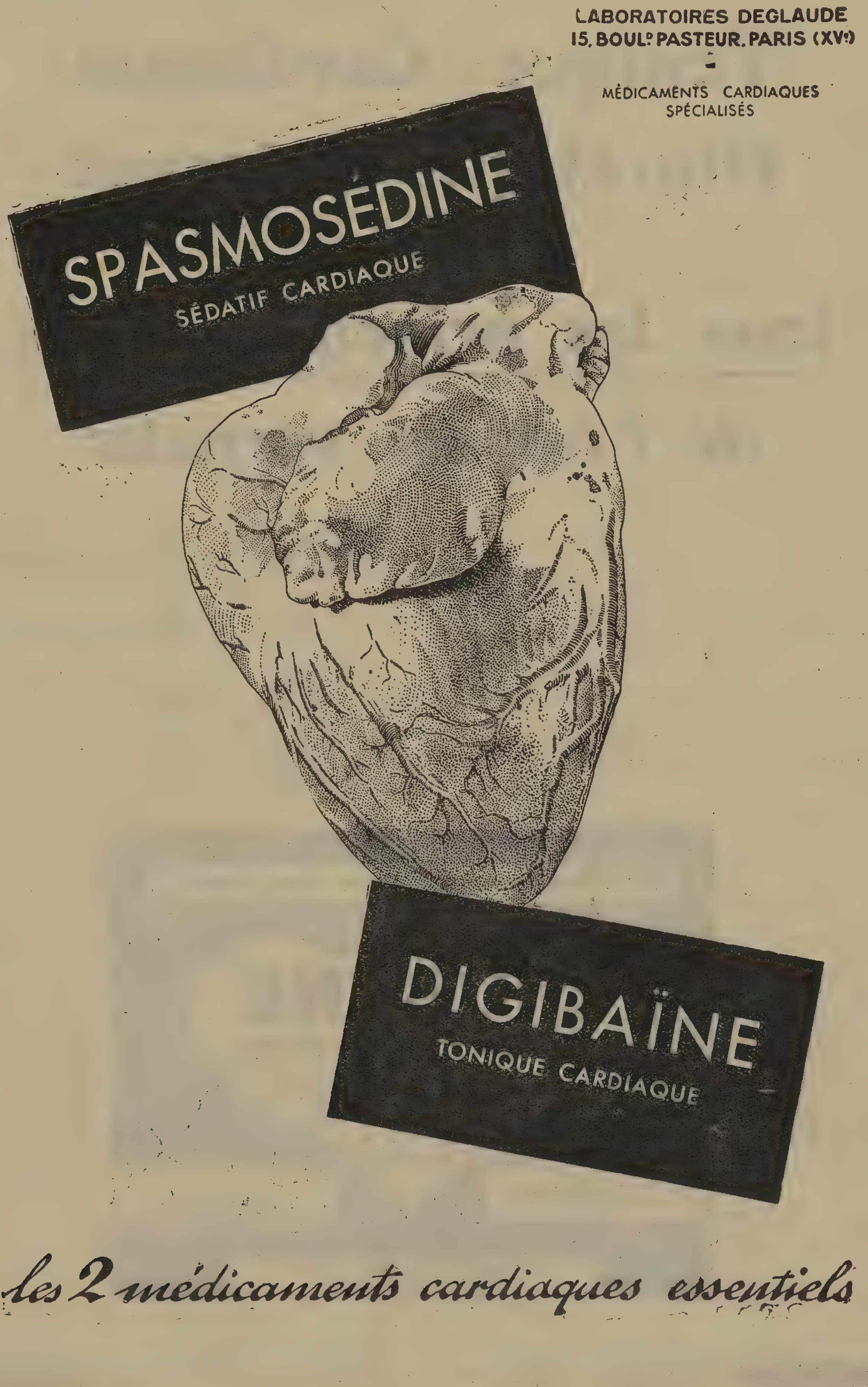
La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine croit devoir, dans les circonstances présentes, rappeler aux médecins qu'il est indispensable que les prescriptions légales, au point de vue fiscal, soient exactement suivies et que les déclarations faites en vue de l'impôt cédulaire et de l'impôt général sur le revenu, soient sincères et bien équilibrées.

En cas de désaccord à ce sujet, avec le contrôleur, ils doivent s'adresser pour la Seine, au préconciliateur, le Dr Tissier, 68, rue Jouffroy. La plupart des litiges se trouvent ainsi réglés. Si l'affaire doit être portée devant la Commission de taxation, le fait de ne pas avoir sollicité la préconciliation risque de déterminer une présomption défavorable.

Le Président : Dr HERPIN. *Le Secrétaire général :* Dr DOURNEL.

MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

Comme les années précédentes, la *Gazette des hôpitaux* publiera les noms et adresses des médecins, chirurgiens ou spécialistes présents à Paris pendant les vacances. Prière de nous adresser au plus tôt les renseignements à ce sujet.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR. PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

REVUE GENERALE

PHYSIOLOGIE DES GLANDES SURRÉNALES ET PHYSIOPATHOLOGIE DES SYNDROMES SURRÉNAUX

Par M. Henri SERRE,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

Les glandes surrénales, classiquement appelées capsules surrénales, du fait de la cavité centrale qu'elles présentent très rapidement après la mort, sont constituées par l'association de deux glandes endocrines absolument distinctes : la *Médullo-surrénale* et la *Cortico-surrénale*, cette dernière seule indispensable à la vie.

Ontogénie et phylogénie. — Cette dualité fondamentale s'accuse dans l'embryologie de la surrénale :

— La corticale est d'origine mésodermique : elle naît de l'épithélium cœlomique, à la face interne du corps de Wolf ;

— La médullaire est d'origine ectodermique : elle provient des ganglions sympathiques, où les sympathogonies donnent soit des cellules ganglionnaires, soit des cellules chromaffines.

Ces deux substances demeurent séparées chez les vertébrés inférieurs : chez les poissons par exemple (Balfour-Giacomini), les corps interrénaux représentent la corticale, et les corps suprarénaux, métamériquement disposés le long de la chaîne ganglionnaire sympathique, représentent la médullaire. Mais, à mesure qu'on s'élève dans la série animale, d'une part, ces deux tissus glandulaires se rapprochent, se juxtaposent et finalement se fusionnent chez les mammifères ; d'autre part, leur disposition métamérique primitive s'efface de plus en plus, en laissant parfois des vestiges isolés, sous forme de glandes surrénales accessoires. Celles-ci peuvent être :

— Soit mixtes ;

— Soit exclusivement lipogènes ;

— Soit uniquement chromaffines : ce sont les paraganglions (glande carotidienne, paraganglion cardiaque, organe de Zuckerkandl, et peut-être glande coccygienne de Luschka).

Structure. — La coupe de la glande permet de retrouver chez l'homme la dualité anatomique, que confirme l'examen microscopique, montrant :

— La corticale divisée en trois zones (glomérulée, fasciculée, réticulée) et constituée de cellules riches en lipoïdes, particulièrement en cholestérol dont le taux peut atteindre 5,5 % de substance corticale ;

— La médullaire, formée de cordons irréguliers de cellules, les cellules chromaffines qui se colorent en brun par les sels de chrome (réaction de Henle) et en vert par le perchlorure de fer (réaction de Vulpian), colorations dues à la présence d'adrénaline.

La glande surrénale représente donc la « symbiose » de deux tissus (Laguesse), tissu lipogène et tissu chromaffine, dont la tendance au fusionnement à mesure qu'on remonte dans la série animale, traduit une synergie fonctionnelle dont la nature nous échappe.

Etude expérimentale. — Les grandes étapes dans l'histoire de la physiologie surrénale. — 1. Découverte en 1543 par Eustachi, la surrénale demeura une énigme physiologique pendant trois siècles.

Addison, en 1855, trouve à l'autopsie des sujets atteints de la maladie qu'il a décrite, une tuberculose des surrénales.

Brown-Séquard, en 1856, montre que les animaux privés de surrénales meurent.

2. Une deuxième étape dans l'étude physiologique s'ouvre avec la découverte d'Abelous et Langlois, en 1892, établissant que la surrénale neutralise les poisons provenant de la fatigue musculaire.

En 1894, Oliver et Schafer déterminent par injection d'extrait surrénal, une élévation de la tension artérielle.

Takamine et Aldrich découvrent l'adrénaline en 1901.

En 1923, Tournade et Chabrol démontrent l'existence d'une adrénalinémie physiologique.

3. Les expériences de destruction élective des tissus cortical et médullaire (Biedl-Houssay) furent à la base des conceptions modernes attribuant une importance primordiale au cortex surrénal, et ouvrirent la voie aux travaux des auteurs américains, qui aboutirent à la préparation d'une hormone cortico-surrénale.

I. Ablation des surrénales. — a) *Totale.* — L'extirpation totale entraîne la mort à brève échéance, après l'apparition d'un syndrome dont les éléments essentiels sont : l'asthénie, les troubles digestifs, l'hypothermie et l'hypotension artérielle.

La destruction lente, par injections d'acide gras dans le parenchyme, détermine la mort avec les mêmes symptômes, plus lentement évolutifs, mais, même dans ce cas, on ne voit apparaître la pigmentation cutanéo-muqueuse que tout à fait exceptionnellement.

Le syndrome humoral de cette insuffisance surrénale expérimentale, dont on a retrouvé les éléments dans l'insuffisance cliniquement réalisée par la maladie d'Addison, est caractérisé par :

a) La diminution du chlorure de sodium sanguin, avec abaissement de la réserve alcaline ;

b) L'hypoglycémie ;

c) L'augmentation de l'azote non protéique ;

d) Les modifications de la thiémie comportant :

— D'une part la diminution du glutathion et de la cystéine ;

— D'autre part, l'élévation du taux du soufre neutre.

Il existe chez les insuffisants surrénaux, des troubles du métabolisme calorique, avec refroidissement excessif et ralentissement des oxydations : abaissement du métabolisme basal de 10 à 30 %.

Enfin, on constate chez eux une diminution considérable de la résistance aux intoxications et aux toxi-infections.

b) *Partielle.* — L'extirpation incomplète provoque un état de dépression plus ou moins marquée : pour obtenir la survie, il faut conserver au minimum 1/10 du tissu glandulaire total (Abelous et Langlois).

c) *Sélective.* — Houssay enlève la médullaire : l'ani-

mal vit ; puis quelque temps plus tard, la corticale : il meurt.

Biedl extirpe, chez les sélaciens, le corps interrénal qui représente le cortex surrénal : les animaux meurent avec un syndrome toxique.

Ces extirpations ont montré l'importance capitale de la corticale dans l'apparition des divers éléments cliniques et humoraux de l'insuffisance surrénale.

II. ACTION DES EXTRAITS SURRÉNAUX. — A. *L'adrénaline.* — Dès le début, Brown-Séquard avait tenté, sans y réussir, d'empêcher la mort des animaux décapsulés par injection d'extraits de la glande. Ses successeurs n'y réussirent pas davantage, mais observèrent après ces injections, une élévation passagère de la tension artérielle. La substance responsable de cette modification fut retirée de la médullaire par Takamine et Aldrich, et sa synthèse réalisée par Stolz : c'est l'adrénaline.

L'adrénaline est, on le sait, l'excitant spécifique des extrémités nerveuses sympathiques ; mais, pour comprendre son mécanisme d'action, il faut connaître les deux expériences suivantes :

1. Si on paralyse les extrémités sympathiques, l'adrénaline excite les terminaisons para-sympathiques, et par suite inverse son action.

2. Après section et dégénérescence des fibres végétatives d'un organe, ce dernier répond encore à l'adrénaline.

Il faut donc en conclure que l'adrénaline est en réalité une substance amphotrope, qui agit sur la portion du système nerveux végétatif, dont le seuil d'excitabilité est le plus bas au moment considéré, d'ordinaire le système orthosympathique ; d'autre part, il semble que son action s'exerce sur le mécanisme réceptif intermédiaire entre le muscle et le nerf : « jonction myo-neurale » d'Elliott, ou « substance réceptive » de Langley, homologue de la plaque motrice des nerfs cérébro-spinaux.

L'adrénaline provoque, surtout en injection intraveineuse, une série de modifications portant sur les divers appareils, et d'ailleurs variables avec la dose :

1. Elévation de la tension artérielle, avec augmentation d'amplitude et ralentissement des contractions cardiaques.

Le premier phénomène résulte d'une vaso-constriction surtout marquée dans le domaine splanchnique (la spléno-contraction est un test très sensible d'hyperadrénalinémie). Sur le cœur isolé, l'adrénaline détermine une accélération, ce qui démontre que l'action sur le cœur in situ, est d'origine centrale : stimulation portant sur le vague.

2. Dilatation des bronches (d'où l'emploi dans l'asthme).

3. Inhibition des mouvements du tube digestif.

4. Exophtalmie et mydriase.

5. Hyperglycémie et glycosurie, dues à la mobilisation du glycogène hépatique, qui résulte de l'excitation des extrémités sympathiques, contrôlant la fonction glycogénique du foie.

6. Enfin, action toxique : elle peut entraîner la mort à fortes doses :

— Soit par fibrillation ventriculaire (syncope adrénalino-chloroformique) ;

— Soit par œdème aigu du poumon.

D'autre part, les injections répétées de petites doses d'adrénaline peuvent déterminer l'athérome artériel (Josué).

Dès lors, il était logique de considérer cette adrénaline possédant une action expérimentale si variée, comme jouant un rôle fondamental dans la physiologie surrénale.

Gley s'opposa formellement à cette conception en déclarant, à la suite de ses expériences, que l'adrénaline était détruite dans le trajet de la veine surrénale au cœur droit, et ne représentait qu'un produit d'excrétion sans influence physiologique habituelle.

Tournade et Chabrol, par leur expérience célèbre de l'anastomose surréno-jugulaire, démontrèrent l'existence d'une part d'une hyperadrénalinémie occasionnelle par excitation du nerf splanchnique, d'autre part, d'une adrénalinémie physiologique. Mais, la concentration de la substance active est extrêmement faible, de l'ordre de 1/10.000.000, ce qui explique les résultats négatifs obtenus par Gley qui réinjectait seulement 20 cc. de sang chez l'animal en expérience.

L'adrénaline représente donc une hormone médullo-surrénale, mais, quelle que soit son importance dans la physiologie de la glande, elle n'a jamais pu maintenir en vie les insuffisants surrénaux.

B. *L'hormone cortico-surrénale.* — Ce furent Stewart et Rogoff qui, en 1928, réussirent les premiers à préparer des extraits corticaux actifs, c'est-à-dire empêchant la mort des animaux décapsulés.

Hartman, d'une part, Swingle et Pfiffner, d'autre part, obtinrent des extraits de plus en plus purs, et isolèrent finalement ce qu'en Amérique on appelle la « Cortine », véritable hormone corticale, que Kendall, tout récemment, a obtenue sous forme cristalline.

Cette hormone possède diverses propriétés :

a) *Action vitale :* elle assure la survie des animaux surrénalectomisés, et en clinique elle a donné des résultats impressionnants chez les addisoniens : c'est l'asthénie qui est le plus constamment améliorée, puis le poids augmente ; la tension artérielle d'abord inchangée, remonte légèrement ensuite, en fonction de la reprise de l'état général ; enfin, la pigmentation s'atténue, mais d'une manière inconstante.

b) *Action biologique :* elle corrige les troubles humoraux de l'insuffisance surrénale, et, si on l'injecte à fortes doses à des sujets sains elle peut déterminer des perturbations humorales inverses (hyperglycémie-hypercholestérolémie-modifications de la thiémie).

c) *Action sur le métabolisme calorique :* elle entraîne le retour de la température à la normale et l'élévation du métabolisme basal.

d) *Action antitoxique :* grâce à elle, les animaux décapsulés supportent, presque aussi bien que les témoins, les intoxications et les infections.

e) *Action sur l'appareil génital :* l'extrait permettant la survie des animaux décapsulés, la cortine, ne semble pas avoir d'action ; mais récemment, Cassida et Hellbaum ont, par une autre méthode, préparé des extraits qui possèdent une action stimulante sur l'ovaire.

Rôle de la surrénale. — I. LA MÉDULLO-SURRÉNALE. — A) *Physiologie.* — C'est une glande annexée au système nerveux végétatif, d'où elle tire son origine: les deux fonctions, nerveuse et sécrétoire, d'abord assurées par le même protoplasme chez les organismes inférieurs, où les cellules ganglionnaires sont plus ou moins chargées de grains chromaffines, deviennent chez les vertébrés, l'apanage d'éléments différenciés.

D'ailleurs, chez ces derniers, la sécrétion de la médullaire demeure sous la dépendance du système nerveux : il existe un appareil nerveux adrénalino-sécréteur, qui possède

a) Des centres : un centre bulbaire sous le plancher du quatrième ventricule ; un centre hypothalamique ;

b) Des fibres centrifuges : parties des centres précités, elles descendent dans la moelle, passent par les racines antérieures des dix derniers nerfs dorsaux et du premier nerf lombaire, gagnent ainsi la chaîne sympathique latéro-vertébrale, d'où par les nerfs grand et petit splanchniques, elles atteignent la médullo-surrénale ;

c) Quant aux fibres centripètes, elles sont très nombreuses, car le fonctionnement de cet appareil adrénalino-sécréteur, est sous la dépendance de multiples incitations. Les principaux facteurs sont les variations de la tension artérielle : l'hypotension a une action stimulante, et l'hypertension un effet modérateur sur la sécrétion d'adrénaline ; ces variations de tension agissent par l'intermédiaire des nerfs vaso-sensibles, tels le nerf dépresseur de Cyon, et surtout le nerf du sinus carotidien de Hering, qui est très sensible à toute modification tensionnelle et transmet aussitôt ces incitations à l'appareil adrénalino-sécréteur (Heymans-Tournade). On a pu également montrer que ce dernier réagit sous l'influence des excitations sensitives, des émotions, de l'asphyxie, du travail musculaire et de l'anémie cérébrale.

La médullaire intervient également dans le métabolisme des hydrates de carbone, par le contrôle qu'elle exerce sur la fonction glycogénique du foie : dans la classique expérience de Claude Bernard, la piqûre du plancher du quatrième ventricule agit sur le foie, en partie tout au moins, par l'intermédiaire des surrénales ; — chez le chien dépancréaté, l'hyperglycémie adrénalinique ne se réalise qu'autant qu'il persiste des réserves de glycogène hépatique (E. et L. Hédon).

En somme, la Médullo-Surrénale, dépossédée de son importance longtemps primordiale au profit de la Corticale, joue cependant un rôle dans le fonctionnement des organes de la vie végétative, dont elle contribue à régler les réactions et à maintenir le tonus. Elle agit par son hormone, l'adrénaline, dont la sécrétion et l'action sont étroitement subordonnées au système sympathique : c'est dans l'entretien du tonus cardio-vasculaire et la régulation de la tension artérielle, d'une part, dans le métabolisme des sucres, d'autre part, que son rôle se révèle le plus important.

B) *Physiopathologie.* — 1) *Syndrome d'insuffisance médullo-surrénale : hypoépinéphrie médullaire.* — Le signe essentiel est l'*hypotension artérielle*, qui peut être chronique : dans la maladie d'Addison, liée le plus souvent à la tuberculose ulcéro-caséeuse des surrénales ; ou aiguë : comme dans le syndrome de Sergent-Bernard, que l'on peut voir apparaître dans toutes les toxi-infections, mais surtout dans la diphtérie, la fièvre typhoïde et la scarlatine.

Le signe de la ligne blanche surrénale (Sergent) est, semble-t-il, un phénomène banal, mais qui s'exagère considérablement dans la défaillance du tonus sympathique, ce qui explique sa présence dans l'insuffisance médullo-surrénale.

2) *Syndrome d'hyperfonctionnement médullo-surrénal : hyperépinéphrie médullaire.* — *a*) *Hypertensions paroxystiques :* le type le plus net de ce syndrome est réalisé par le paragangliome hypertensif, caractérisé par une crise de vaso-constriction brutale, débutant par les membres inférieurs, puis gagnant la partie supérieure du corps, et déterminant une hypertension artérielle considérable. Elle cesse brusquement après quelques instants, et fait place à une phase de vaso-dilatation temporaire. On retrouve pendant la crise une hyperglycémie très nette. Ces crises correspondent donc à des décharges d'adrénaline dans la circulation, et la confirmation de cette hypothèse se trouve dans l'examen anatomique qui montre une tumeur surrénale, dont la structure est très voisine de celle du tissu médullaire sain, avec la cellule chromaffine caractéristique.

Certaines hypertensions paroxystiques, en particulier celle du saturnisme aigu (coliques de plomb) et de l'éclampsie, relèvent aussi, semble-t-il, d'un trouble médullo-surrénal.

b) *Hypertension permanente :* l'hyperfonctionnement médullaire a été, d'autre part, invoqué dans la pathogénie de l'hypertension artérielle chronique : Josué a décrit un syndrome surréno-vasculaire comprenant :

— Une forme pure : hypertension artérielle avec ou sans hypertrophie du cœur ;
— Une forme associée à la néphrite chronique ;
— Une forme associée à l'artério-sclérose.

Les deux causes les plus importantes de cette hyperépinéphrie médullaire sont les néphrites et l'intoxication saturnine.

Les bases de cette conception, défendue surtout par Vaquez, reposent sur la constatation possible de lésions d'hyperplasie surrénale dans de tels syndromes ; d'autre part sur les recherches expérimentales démontrant la possibilité d'athérome et d'œdème aigu du poumon provoqués par l'adrénaline et d'hyperplasie surrénale déterminée par des toxiques, tel le plomb.

Il est certain que cette théorie surrénale de l'hypertension est trop exclusive, et qu'il faut faire intervenir les divers éléments du système régulateur de la tension artérielle. Les travaux récents montrent l'importance, dans ce mécanisme, d'un déséquilibre neuro-végétatif, lui-même sous la dépendance soit de troubles humoraux, parmi lesquels les modifications des protéines sanguines semblent primordiales, soit de troubles endocriniens, qui, directement ou indirectement, relèvent essentiellement de la surrénale.

c) Le rôle qu'on a attribué à la Médullaire, dont l'hyperfonctionnement serait à l'origine de certaines artérites, en particulier de la maladie de Léo Buerger, demeure encore bien imprécis — et les bons résul-

tats observés après surrénalectomie ou radiothérapie surrénale, semblent tout au plus confirmer le rôle important que joue le sympathique dans la genèse de tels syndromes.

II. LA CORTICO-SURRÉNALE. — A) *Physiologie.* — C'est une glande métabolique primordiale, indispensable à la vie.

1) *Métabolisme des lipides.* — Elle sécrète des lipoïdes, en particulier du cholestérol, et règle leur passage dans le sang, suivant les besoins de l'organisme.

Par cette fonction lipogène, elle joue un rôle important dans la nutrition générale de l'organisme, et dans le développement de certains appareils, tels le système nerveux et les glandes génitales, organes riches également en lipoïdes.

Elle intervient, d'autre part, dans la défense de l'organisme, car les lipoïdes fixent les substances toxiques :

— Toxines musculaires, produites par la contraction ;
— Toxines microbiennes ;
— Toxines fœtales pendant la grossesse.

2) *Métabolisme du soufre :* le cortex surrénal assure une double fonction dans le métabolisme des corps sulfurés :

a) Fonction thiopexique (Loeper) : la corticale intervient dans la fixation du soufre neutre, et par conséquent contribue à la régulation du taux sanguin de ce corps.

b) Synthèse du glutathion (Binet) : le glutathion est un tripeptide, contenant de l'acide glutamique, du glycocolle et de la cystéine. Or, le cortex surrénal est l'organe le plus riche en glutathion de l'économie ; et on peut faire la synthèse de ce corps en perfusant des surrénales avec du sang renfermant les trois acides aminés constitutifs. On connaît, d'autre part, les modifications du taux du glutathion déterminées par l'ablation du cortex ou l'injection de cortine. Ces faits traduisent donc le rôle de la corticale dans le métabolisme du glutathion : or ce dernier est un catalyseur important, intervenant en particulier dans les processus d'oxydo-réduction anaérobie, qui président à l'évolution des glucides dans la contraction musculaire. Il semble contribuer surtout à la transformation anaérobie du méthylglyoxal ou aldéhyde pyruvique en acide lactique.

La corticale, par l'intermédiaire de ce catalyseur soufré, contrôle par conséquent l'évolution énergétique des glucides, et joue un rôle dans la contraction musculaire et la thermogénèse. Ces considérations justifient enfin la thérapeutique soufrée préconisée dans les syndromes addisoniens et expliquent les améliorations observées par l'emploi de la cystéine.

3) *Métabolisme des chlorures :* le cortex a une action stabilisante sur la teneur des humeurs en chlorure de sodium. Les fortes doses de NaCl prolongent la vie des animaux décapsulés, et il suffit dès lors de doses bien moindres d'hormone corticale pour obtenir la survie (Loeb). Ces notions expliquent les heureux résultats obtenus chez les addisoniens par la rechloruration.

4) *Métabolisme des glucides :* dans la régulation des hydrates de carbone, la médullaire intervient, nous l'avons vu, par son adrénaline, mais les travaux modernes ont révélé, sans en préciser le mécanisme, le rôle tout aussi important que joue la corticale, dont l'extrait strictement désadrénaliné, détermine une hyperglycémie notable.

5) *Métabolisme azoté :* le cortex surrénal contrôle surtout l'uréogénèse et l'excrétion des purines, particulièrement de la créatinine.

6) *Fixation de l'acide ascorbique :* la corticale est très riche en acide ascorbique, comme le révèle la réaction de Giroud et Leblond utilisant un nitrate d'argent acidifié, et basée sur le pouvoir réducteur de la vitamine C. Celle-ci est également en quantité abondante dans le lobe antérieur de l'hypophyse et dans le tissu interstitiel du testicule ou le corps jaune de l'ovaire, ce qui confirme l'existence de corrélations entre ces diverses formations. L'acide ascorbique présente, semble-t-il, un rôle protecteur contre un certain nombre d'infections et d'intoxications : on a constaté, par exemple, au cours de l'intoxication diphtérique expérimentale, que les surrénales se vident de leur acide ascorbique.

7) *Rôle dans l'évolution des glandes génitales :* il existe entre cortex et glandes génitales des corrélations certaines, que faisaient d'ailleurs prévoir, d'une part, leur origine embryogénique commune, d'autre part leur structure analogue, qui permet de rapprocher spongiocyte et cellule interstitelle génitale, tous deux très riches en lipoïdes et en acide ascorbique.

Effectivement l'expérimentation montre, qu'après castration, il se produit une hypertrophie des cellules cortico-surrénales. Mais c'est surtout l'étude anatomo-clinique qui révèle l'influence primordiale qu'exerce le cortex sur les glandes sexuelles elles-mêmes, et par leur intermédiaire sur les caractères sexuels secondaires, en particulier sur la pilosité.

B) *Physiopathologie.* — 1) *Syndrome d'insuffisance cortico-surrénale : hypoépinéphrie corticale.* — *a*) Elle réalise essentiellement un *syndrome toxique.* Ce syndrome relève, semble-t-il, d'une intoxication de l'organisme par les poisons d'origine musculaire, qui prennent peut-être naissance à la suite d'un trouble, par défaut de glutathion, de la dégradation intramusculaire des glucides — et qui, d'autre part, ne sont plus neutralisés par les lipoïdes corticaux, normalement chargés de fixer les toxines.

Parmi ces symptômes toxiques, l'asthénie est un signe pathognomonique, lorsqu'elle s'accompagne d'un épuisement musculaire anormalement rapide et prononcé, qui la distingue absolument de la fatigue banale. Cette asthénie peut résulter du manque de glucides que traduit l'hypoglycémie, et qui empêche la synthèse de l'aliment énergétique principal du muscle : le glycogène.

b) *La mélanodermie :* on a longtemps contesté l'origine glandulaire de cette pigmentation, qu'on attribuait aux lésions du sympathique. Les recherches de Loeper permettent actuellement une interprétation neuro-glandulaire de ce symptôme : en effet, les troubles de la fonction thiopexique entraînent, dans l'in-

suffisance corticale, une augmentation du taux du soufre neutre dans le sang. Dès lors, celui-ci, en excès dans les humeurs, s'élimine par les téguments sous la forme de mélanine, pigment amino-soufré. On peut donc conclure provisoirement à un double mécanisme :

— Augmentation des substances chromogènes en circulation dans le sang, due à l'insuffisance glandulaire ;

— Excès de transformation de ces substances par l'appareil mélanogénique de la peau, constitué par les mélanocytes, de la couche muqueuse de Malpighi, que Masson considère comme une émanation du système sympathique.

Ces syndromes toxique et pigmentaire constituent, avec le syndrome hypotensif, les manifestations caractéristiques de la maladie d'Addison : celle-ci représente par conséquent une insuffisance surrénale totale, à laquelle s'ajoute peut-être, pour la pigmentation, un élément sympathique, qui en fait un syndrome surréno-sympathique.

Dans l'insuffisance aiguë, seul le syndrome toxique se manifeste.

c) On rattache enfin à l'insuffisance cortico-surrénale certains *infantilismes*, en particulier le syndrome connu sous le nom de « progeria » ou nanisme sénile.

2) *Syndrome d'hyperfonctionnement cortico-surrénal : hyperépinéphrie corticale.* — Il réalise :

— Le pseudo-hermaphrodisme, caractérisé par la coexistence d'organes génitaux externes d'un sexe avec les glandes génitales du sexe opposé ;

— L'hirsutisme, déterminant chez la femme le développement d'une obésité avec exagération de la pilosité et troubles génitaux.

Ces syndromes sont en rapport avec des adénomes corticaux, ou, dans les formes frustes de virilisme chez les vieilles femmes, avec une simple hyperplasie cortico-surrénale, lésions le plus souvent associées à une atrophie ovarienne.

Corrélations surrénalo-endocriniennes.— I. *L'hypophyse.* — A) Le lobe antérieur a une action stimulante sur la cortico-surrénale.

L'ablation de l'hypophyse entraîne une atrophie élective du cortex surrénal sans atteinte médullaire (Smith : 1920) et se manifestant par une asthénie que corrige l'hormone corticale.

L'implantation du lobe antérieur hypophysaire ou l'injection d'extraits empêchent l'apparition de cette atrophie.

— L'injection d'extraits hypophysaires détermine une hyperplasie du cortex (Evans : 1921). On l'a d'abord expliquée par une action indirecte des hormones hypophysaires gonadotropes (prolan), car l'injection des hormones sexuelles entraîne aussi une hyperplasie surrénale, mais celle-ci est strictement limitée à la zone réticulée, et les modifications du cortex d'origine hypophysaire, qui atteignent électivement la zone fasciculée, relèvent d'une hormone spécifique sécrétée par le lobe antérieur. Celle-ci isolée par Collip, d'une part, Anselmino et Hoffmann, d'autre part, a reçu plusieurs noms parmi lesquels celui de « cortico-stimuline » (Rivoire) est le plus couramment utilisé.

B) L'hypophyse aurait aussi une action stimulante sur la médullaire : si l'extirpation hypophysaire ne détermine pas de modifications médullo-surrénales, par contre l'injection d'extraits de lobe antérieur déterminerait, d'après Anselmino et Hoffmann, des modifications histologiques médullaires, que ces auteurs considèrent comme le témoin d'un hyperfonctionnement médullaire. Il existerait donc une « médullo-stimuline » d'origine anté-hypophysaire.

II. *Glandes génitales.* — L'étude expérimentale et clinique a montré, nous l'avons vu, l'importance primordiale de ces relations cortico-génitales.

III. *Pancréas.* — Hédon a montré qu'après l'ablation simultanée du pancréas et des surrénales, l'hyperglycémie et la glycosurie n'apparaissent pas, tandis qu'elles se manifestent s'il persiste un fragment de surrénale.

IV. *Thyroïde.* — On a signalé l'hypertrophie de la glande après surrénalectomie, mais ceci n'est pas une raison suffisante pour attribuer à une stimulation des surrénales, les troubles sympathiques qui caractérisent la maladie de Basedow.

V. *Thymus.* — On note un arrêt de l'involution et même une hyperplasie du thymus chez les animaux décapsulés.

Ces synergies glandulaires, dont les modalités sont encore pour la plupart inconnues, semblent, en partie tout au moins, se réaliser par l'intermédiaire du lobe antérieur de l'hypophyse, dont on connaît le rôle remarquable de régulation, assuré par les différentes « stimulines » qu'il sécrète.

Du point de vue physiopathologique, ces corrélations surrénalo-endocriniennes, en particulier hypophysaires, permettent d'expliquer l'atrophie corticale et le syndrome d'insuffisance surrénale que l'on trouve dans la cachexie hypophysaire de Simmonds, et dans l'hypopituitarisme d'une manière plus générale ; elles justifient, d'autre part, l'hyperplasie corticale avec syndrome d'hyperépinéphrie, que l'on constate dans les adénomes hypophysaires, surtout basophiles.

Conclusions. — I. *La Médullo-Surrénale*, partie la plus importante chez l'homme du système chromaffine, en relation étroite avec le système nerveux de la vie végétative, sécrète une hormone, l'adrénaline, qui joue un rôle à l'état physiologique dans le maintien du tonus sympathique, et en particulier dans la régulation de la tension artérielle et le métabolisme des hydrates de carbone.

A l'état pathologique, elle conditionne l'apparition d'un syndrome tensif.

II. *La Cortico-Surrénale*, indispensable à la vie, joue un rôle primordial dans la nutrition générale de l'organisme, et plus particulièrement dans le métabolisme des lipides, des glucides, du soufre et des sels minéraux.

D'autre part, grâce à la régulation qu'elle exerce sur le taux du cholestérol, dont elle est un centre formateur, et peut-être grâce à l'acide ascorbique qu'elle fixe, elle contribue puissamment à la défense de l'organisme.

Par sa fonction thiopexique, elle intervient dans la pigmentation du revêtement cutanéo-muqueux, et par son rôle dans le métabolisme du glutathion, elle participe au contrôle de la contraction musculaire et de la thermogénèse.

Enfin, elle présente des corrélations importantes avec les autres glandes endocrines, en particulier avec l'hypophyse et les glandes génitales.

A l'état pathologique son dysfonctionnement entraîne l'apparition d'un syndrome toxique, où l'asthénie constitue un test précieux d'insuffisance surrénale, le muscle ne recevant plus, pour assurer sa contraction, son aliment essentiel : le glycogène — avec le catalyseur de choix que représente le glutathion.

Il détermine, d'autre part, un syndrome pigmentaire : le soufre, qui n'est plus fixé par le cortex, circule en excès dans le sang, et l'organisme s'en débarrasse sous forme d'un pigment amino-soufré, la mélanine, qui se dépose dans les téguments.

IXe CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANCAISE

Bordeaux, 28-30 mai 1936 (1).

A ce Congrès qui réunissait à Bordeaux et à Arcachon plus de 150 pédiatres de France et de l'étranger, sous la présidence du docteur Roccaz, avec l'aide efficace et souriante du docteur Boisserie-Lacroix, secrétaire général, les séances de travail se déroulèrent remplies d'intérêt. Quant aux réceptions, tant à Bordeaux qu'à Arcachon, elles ne voulurent pas faire mentir la tradition de somptuosité culinaire et d'amabilité hospitalière de la région. Une excursion fort réussie à Salies-de-Béarn complétait le voyage.

PREMIÈRE QUESTION

A. Le traitement du diabète infantile par l'insuline

Rapporteur : professeur E. AUBERTIN (de Bordeaux)

Tous les enfants diabétiques sont justiciables de l'insulinothérapie. Elle doit viser non seulement à rétablir la nutrition et permettre le développement, mais aussi à prévenir l'aggravation du diabète et ses complications. Il faut donc chercher à empêcher une hyperglycémie permanente et excessive. Seul un régime quantitativement défini et une insulinothérapie adaptée peuvent permettre ce résultat.

Le rapport discute longuement la valeur calorique du régime et montre qu'il doit se rapprocher autant que possible de la nourriture des enfants normaux.

Quant au dosage de l'administration de l'insuline, il doit être réglé, pour chaque enfant, par l'examen des urines recueillies séparément entre chaque injection, et aussi par le dosage du sucre du sang à différents moments de la journée.

L'insulinothérapie permet le rétablissement de l'état général et la suppression de la cétose. Mais elle ne va pas sans quelques accidents possibles, les uns rares (lipodystrophies, œdèmes, etc.), les autres fréquents, les accidents dus à l'hypoglycémie pouvant être mortels.

Le rapporteur passe ensuite en revue certains cas particuliers (diabète des nourrissons, maladies infectieuses, opérations chez les diabétiques, associations morbides). Il montre les différences entre le coma diabétique et le coma insulinique, permettant leur diagnostic.

Il termine par l'influence de l'insulinothérapie sur la croissance et le poids des enfants diabétiques, sur l'évolution diabétique qui, malheureusement, persiste et peut même s'aggraver. L'insulinothérapie a amélioré la survie des enfants diabétiques, mais ne les guérit pas.

B. L'insulinothérapie dans les états non diabétiques de l'enfance

Rapporteur : M. M. LELONG (de Paris)

L'action physiologique de l'insuline sur le non diabétique se ramène à : 1° une action hypoglycémiante certaine ; 2° l'action anticétosique n'est pas évidente chez le non diabétique ; 3° l'insuline aide à la fixation de l'eau sur les tissus ; 4° l'action sur la fixation des protides, lipides et sels minéraux n'est pas démontrée ; 5° elle présente une action nette de stimulation sur le fonctionnement du tube digestif.

Son emploi dans l'*athrepsie* est justifié dans certains cas d'anorexie, dans les cas de grande déshydratation, quand on peut dépister des troubles du métabolisme glucidique. Mais il y a des contre-indications nombreuses. Chez l'enfant, elle peut être un adjuvant dans le traitement de la maigreur.

Dans les états de déshydratation aiguë, comme le syndrome cholériforme, l'injection intraveineuse d'insuline est indiquée.

Dans les vomissements périodiques avec acétonémie, l'emploi de l'insuline est indiqué dans les formes prolongées et graves.

Les cas graves d'acidose post-traumatique ou post-opératoire légitiment l'essai de l'insuline, mais ici c'est le traitement glucosé intensif qui est indispensable.

Discussion. — Le professeur MOURIQUAND (Lyon) insiste sur l'instabilité du métabolisme des hydrates de carbone chez l'enfant, d'où la difficulté du dosage de l'insuline. — Le professeur NOBÉCOURT, P. DUCAS, Mme LAROCHE (Paris) montrent surtout la fréquence des accidents hypoglycémiques dus à cette instabilité. — Le professeur G. FANCONI (Zurich) expose le régime spécial qu'il a établi pour les enfants diabétiques. — Le professeur LEREBOULLET et GOURNAY (Paris) montrent que les cas de mort sont dus à des cessations ou erreurs de traitement. — M. ARMAND-DELILLE (Paris) montre que l'enfant peut apprendre à se soigner lui-même. — Le professeur DUPÉRIER (Bordeaux) cite deux cas prouvant l'incertitude du pronostic du diabète infantile malgré l'insuline.

A la suite de cette séance est adopté à l'unanimité un vœu tendant à obtenir des pouvoirs publics des modifications dans la réglementation en vigueur sur les taxes à l'entrée en France et le prix de l'insuline, rendant son emploi régulier parfois impossible dans certaines familles.

***

DEUXIÈME QUESTION

Epidémiologie et pathogénie de l'acrodynie infantile

Rapporteurs : MM. PÉHU et J. BOUCOMONT (de Lyon)

Il est établi que l'acrodynie qui fut observée entre 1828 et 1830 dans le Nord de la France ne ressemble pas aux cas observés actuellement. Le début de celle-ci remonte à 1918, dans un village de la Ruhr. Depuis, elle s'est étendue à presque toute l'Europe, sauf les pays scandinaves. L'Australie et les Etats-Unis d'Amérique sont frappés.

Il n'y a pas d'épidémie massive, la contagion reste sporadique, par îlots. Elle reste surtout rurale. Elle ne frappe que les enfants, entre 6 mois et 3 ans surtout. Elle est sur-

(1) *Association de la Presse médicale française.*

tout hiverno-vernale, s'opposant ainsi à la poliomyélite, qui est surtout estivo-automnale.

Est-elle contagieuse ? On note que les cas restent isolés dans une famille nombreuse, un village, un hôpital.

Les rapporteurs montrent que ses rapports avec la grippe-influenza, la poliomyélite, ne peuvent être affirmés.

On a soutenu son origine surrénale, ou poly-endocrinienne ; on a aussi signalé en Yougo-Slavie une affection due à l'ingestion de maïs altéré par un champignon, mais il n'y a là qu'une analogie.

En réalité, les rares examens anatomo-pathologiques, ainsi que la clinique, montrent qu'il s'agit d'une infection par virus filtrant neurotrope du système neuro-végétatif. La localisation la plus probable est une lésion du diencéphale dans la région sous-thalamique et le troisième ventricule. C'est là que sont situés les centres réglant les échanges organiques, certains métabolismes et le tonus musculaire. Elle constitue donc une entité morbide bien définie.

Discussion. — Le professeur G. MOURIQUAND, M. SÉDALLIAN, Mlle WEILL (de Lyon) apportent des exemples très étudiés de cas de contagion à distance par personnes interposées.

Le professeur G. MOURIQUAND, MM. DECHAUME, SÉDALLIAN (de Lyon) apportent les résultats d'inoculation de tissus du diencéphale provenant d'autopsies d'acrodyniques. Ils ont pu obtenir chez le lapin, au cours de plusieurs passages, des lésions encéphalitiques et du système sympathique. L'existence d'un virus filtrant semble démontrée.

Le professeur ROHMER, Mlle JUNG, M. F. KLEIN (Strasbourg) rapportent un cas d'acrodynie dans lequel les signes révélaient une participation importante de lésions spinales.

Le docteur BEUTTER (Saint-Etienne) a, depuis 1925, observé dans le département de la Loire et les régions limitrophes 126 cas d'acrodynie, avec prédominance urbaine ; 7 cas ont été mortels. A noter trois fois deux cas dans la même famille, l'un d'eux six ans après le premier et avec un changement de domicile ; un cas de contagion en box à l'hôpital.

Le docteur Armand BÉRAUD (La Rochelle) a observé 29 cas depuis 1912, avec prédominance de deux années (10 et 11 cas), toujours en hiver ou automne, et surtout dans les régions marécageuses, à la campagne, 2 cas seulement à La Rochelle. Il y a eu 3 décès. Certains cas présentent des séquelles. Enfin, plusieurs cas ont été observés en même temps que des névraxites et des poliomyélites.

Le docteur CANTORNÉ (Bordeaux) rapporte un cas dans lequel l'acrodynie s'est associée à des troubles encéphalitiques nets.

*
* *

TROISIÈME QUESTION

Déformations dystrophiques du thorax chez l'enfant

Rapport médical : docteur LÉVESQUE (Paris) ; rapport chirurgical : professeur OMBRÉDANNE, docteur GARNIER (Paris)

Les rapporteurs excluent du sujet toutes les déformations secondaires, et parmi les déformations primitives il faut en distinguer deux sortes : 1° des déformations localisées dues à des malformations congénitales certaines (déformations costales, absence de côtes, fosses ou bosses costales, fissures sternales, etc.), qui peuvent tirer bénéfice, au point de vue esthétique, de certaines interventions ; 2° des déformations dystrophiques dont l'origine congénitale est contestée (thorax en entonnoir, thorax en carène, chondrites costales), qui font l'objet du rapport.

Le *thorax en entonnoir* est parfois congénital, tantôt il se constitue seulement au cours de la deuxième enfance. La dépression siège sur la partie inférieure du sternum, les cartilages, les côtes. Elle est régulière, ou latéralisée, ou se prolongeant par une rigole latérale.

Deux choses capitales : le fond de l'entonnoir est fixe ou, au contraire, il se déprime à l'inspiration, ce qui est une cause d'aggravation.

La saillie forme dans le thorax une vraie gibbosité, dont le sommet se rapproche parfois presque au contact des corps vertébraux, ainsi que permet de le constater la radiographie de profil.

Le *thorax en carène* est constitué par une saillie en avant du sternum, un aplatissement latéral des côtes, un dos rond. Mais il existe des formes plus légères de thorax en bréchet.

Les *chondrites costales* (G. Huc) sont constituées par l'apparition au cours de la deuxième enfance d'inflexion des cartilages costaux le long du sternum, d'un côté ou des deux côtés, et d'un affaissement des cartilages des dernières côtes constituant un sillon sous-mammaire. Lorsque les sillons sous-mammaires prédominent et s'exagèrent, on a le thorax en charnière.

Le *thorax en sablier du rachitisme*, type fréquent, est constitué par un sillon transversal au milieu du thorax alors que le bord inférieur des côtes est soulevé par un abdomen distendu.

La présence de ces déformations entraîne des conséquences : troubles d'origine pulmonaire, mais surtout troubles cardiaques dans les thorax en entonnoirs. Ces troubles, dyspnée d'effort, palpitations, douleurs précordiales, sont parfois précédés de symptômes d'alarme (Garnier), point de côté violent à propos d'un effort, pâleur brusque, crises d'étouffement, syncope.

Ces enfants sont tous des débiles — pâles et maigres. Quelle est la pathogénie de ces déformations ? Etudiant les actions qui agissent sur le modelage normal du thorax : la pesanteur (attitudes de l'enfant), la ventilation pulmonaire, l'action musculaire dans la respiration, les auteurs montrent que la localisation des déformations des chondrites costales s'explique par l'action du diaphragme, inversée chez les porteurs d'une paroi abominale insuffisante, et par l'action des pectoraux. Le thorax en carène semble surtout dû à l'action du décubitus. Le thorax en entonnoir est tantôt d'origine congénitale (fond fixe), tantôt dû à une malléabilité anormale du cartilage.

Mais il reste à expliquer la raison de la malléabilité spéciale du thorax, qui a permis la déformation. Or, sauf le thorax en carène, ce sont les cartilages qui sont en cause. Est-ce la conservation d'une malléabilité congénitale ? Certains thorax en entonnoirs sont congénitaux, familiaux ; mais beaucoup sont acquis, les chondrites costales le sont. Faut-il voir là un rachitisme tardif ? Les auteurs ont recherché les troubles du métabolisme pouvant expliquer les lésions. Ils ont surtout noté une thiémie abaissée, et en fait le traitement soufré donné seul a constamment transformé l'état général, souvent diminué la déformation.

Le traitement médical comprendra la rééducation respiratoire, un régime carné, le repos, une médication endocrinienne (hypophyse, surrénale) et soufrée.

Le traitement orthopédique présente des indications dans certaines dépressions sous-mammaires, thorax en entonnoir, thorax en carène : gymnastique respiratoire jointe au port d'appareils (ceintures, corsets à plaques latérales ou fenêtres de décompression.

Le traitement chirurgical a été utilisé dans le thorax en carène rigide, sans succès. Au contraire, les opérations plastiques ont, dans le thorax en entonnoir grave, des indications formelles avec de beaux succès à leur actif.

Les indications découlent de la présence de troubles cardiaques et pulmonaires. Mais il faut opérer avant l'établissement des signes graves, et dès l'apparition de troubles d'alarme.

Le procédé de choix consiste dans le relèvement progressif du sternum en deux temps, tel que l'ont établi le professeur Ombrédanne et Ch. Garnier : premier temps, section transversale du sternum et des cartilages costaux gauches ; deuxième temps, libération des cartilages costaux droits et pose du dispositif de traction. Celle-ci doit être progressive pour éviter les dangers de décompression du cœur. Les résultats tant fonctionnels que morphologiques se sont montrés excellents dans les 16 cas jusqu'ici opérés par cette méthode.

Discussion. — Mme Nageotte (Paris) distingue des ostéochondrites inflammatoires du thorax, le thorax en entonnoir vrai, qui n'est qu'un retard de développement, la persistance de la malléabilité de la région chondro-sternale après la naissance. L'entonnoir est constitué par son aspiration lors de la respiration. La consolidation se fait spontanément à un âge variable, et l'entonnoir est définitif. Il n'y a pas d'entonnoir vrai acquis.

M. J. Cathala (Paris). En dehors des malformations congénitales, il existe des déformations nombreuses du thorax, se produisant entre 3 et 5 ans, et dues à un trouble de croissance. La forme de la déformation est régie par des troubles mécaniques. Mais la cause réside dans un trouble de la nutrition et la trophicité du muscle, du cartilage, du tissu lymphoïde. Ils sont liés sans doute à des carences alimentaires.

M. H. Grenet (Paris) rappelle des déformations squelettiques observées dans la neurofibromatose, à évolution fruste. On y trouve des déformations thoraciques, parmi lesquelles le thorax en entonnoir, et des déformations complexes et atypiques.

M. le professeur Rocher (Bordeaux) présente trois enfants : un opéré de thorax en entonnoir avec bon résultat fonctionnel, un thorax en entonnoir traité orthopédiquement, un autre présentant des crises de dyspnée et d'asthme. En dehors de certaines chondrites infectieuses, et des malformations congénitales, les déformations thoraciques semblent bien liées à des troubles de la croissance.

M. Lance (Paris) signale une forme spéciale de gibbosité congénitale du nourrisson sans scoliose, qui guérit facilement en lit plâtré celluloïdé.

Il précise les indications du traitement orthopédique dans le thorax en entonnoir ; celui-ci doit être abandonné lorsque le rapport entre la distance du fond de l'entonnoir au rachis prise au compas d'épaisseur et le périmètre thoracique ne se modifie pas.

Il signale le début parfois aigu, inflammatoire, des chondrites costales, et expose le traitement orthopédique de cette affection.

M. le professeur Rohmer (Strasbourg) montre les excellents résultats obtenus dans un cas par la gymnastique respiratoire.

M. le professeur Ombrédanne. Dans le thorax en entonnoir fixe, on peut obtenir des compensations par la gymnastique. Mais le fond de l'entonnoir ne peut être relevé qu'opératoirement.

La discussion des rapports a été suivie de communications nombreuses sur des sujets divers.

Le prochain Congrès aura lieu à Paris, en 1938, sous la présidence de M. le docteur Jules Renault.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 30 JUIN 1936)

Eaux minérales d'Algérie. — M. LASNET, au nom de la Commission des Eaux Minérales, propose que soient adoptées les propositions du Gouvernement général de l'Algérie en vue de simplifier les formalités actuellement exigées pour l'ouverture des stations hydrominérales.

La Commission propose que les stations soient divisées en deux catégories : les *grandes stations*, soumises aux mêmes conditions que dans la métropole ; les *stations secondaires*, dont l'organisation est très réduite et qui sont fréquentées par la population locale surtout dans un but d'hygiène. Pour ces dernières stations, les formalités devront être accomplies sur place, sous la réserve que les analyses faites en Algérie soient soumises au contrôle de l'Académie de médecine.

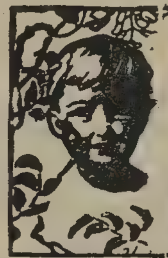
La Commission a exprimé le vœu que l'administration algérienne s'efforce de développer les stations climatiques si intéressantes qui existent aussi bien dans les territoires du Sud que dans les trois départements.

Respiration artificielle. — M. André MAYER, au nom de la commission des asphyxies, apporte une réclamation de priorité au sujet de la méthode H. N.

Cette méthode est due au colonel danois Holger-Nielsen. Elle est un perfectionnement de la méthode Schafer. Comme cette dernière, elle se pratique en décubitus ventral, mais elle comprend un deuxième opérateur qui, agissant sur les bras, soulève les épaules de manière à soulager le thorax et à faciliter l'inspiration.

Modifications de l'excitabilité nerveuse dans la lèpre des rats. — MM. B. CHAUCHARD et V. CHORINE constatent que les rats lépreux, bien qu'ils n'aient aucune apparence de lésions du système nerveux, présentent des modifications de l'excitabilité, d'une part, hyperexcitabilité périphérique due vraisemblablement à un état irritatif s'expliquant par la présence de lésions importantes des méninges ; d'autre part,





action de subordination des centres d'ordre nettement pathologique.

Sur l'identité du « bacillus funduliformis » et du « fusobacterium nucleatum », agents de septico-pyohémies post-angineuses. — MM. Lemierre, Grumbach et Reilly. Les angines et surtout les amygdalites phlegmoneuses sont parfois le point de départ de septico-pyohémies à microbes anaérobies présentant des caractères cliniques très spéciaux et d'une extrême gravité.

Dans les cas de cet ordre observés à Paris, et notamment à l'hôpital Claude Bernard, pendant ces dernières années, c'est presque toujours un bacille anaérobie gram négatif, le « bacillus funduliformis » de Hallé qui a été isolé du sang par hémoculture et du pus des localisations secondaires. A Zurich, chez plusieurs malades atteints de septico-pyohémie post-angineuse, c'est également un bacille anaérobie gram-négatif qui a été trouvé et qui a été assimilé au fusobacterium nucleatum de Knorr.

MM. A. Lemierre et Jean Reilly, d'une part, M. A. Grumbach, d'autre part, ont récemment étudié parallèlement les souches microbiennes isolées à Paris et à Zurich en employant les mêmes procédés de culture et d'identification. Ils ont constaté que le « bacillus funduliformis » et le « fusobacterium nucleatum » ne sont en réalité qu'un seul et même germe.

Les auteurs font remarquer que de nombreuses observations existent dans la littérature médicale où des bacilles anaérobies gram négatif ont été désignés comme étant les agents des septico-pyohémies post-angineuses. Mais ces bacilles ont reçu, suivant les observateurs, des appellations diverses.

MM. A. Lemierre, A. Grumbach et J. Reilly estiment qu'il y aurait un grand intérêt à s'entendre sur les techniques à employer pour l'identification de ces microbes, dont une espèce au moins, celle qu'ils ont eux-mêmes étudiée, joue peut-être un rôle prépondérant dans la genèse des septico-pyohémies post-angineuses.

Discussion sur le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — I. *Considérations générales sur les indications et les résultats du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.* — M. Emile Sergent s'est attaché, avec ses collaborateurs, les Drs Pierre Pruvost et René Mignot, à dégager les considérations générales qui constituent les principes directeurs du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Après avoir rappelé les grandes étapes historiques des progrès magnifiques accomplis en ce domaine durant ces dernières années, les auteurs insistent sur la nécessité absolue de préciser, avec la netteté la plus grande possible, les contre-indications et les indications du recours chirurgical. Cette précision ne pourra être établie que par une collaboration étroite, intime, constante, entre le médecin et le chirurgien.

C'est grâce à elle seulement qu'on parviendra à assurer les meilleurs résultats à l'acte opératoire accompli en commun.

Les médecins s'inclinent avec admiration devant la maîtrise acquise par les chirurgiens ; mais ils ont le droit de faire remarquer que le résultat d'une intervention chirurgicale ne peut être considéré comme bon que si le malade tire un réel profit de l'opération, constatation que les suites lointaines de l'intervention permettront seules d'apprécier.

La première considération générale que soulignent les auteurs est celle-ci : l'intervention chirurgicale ne peut trouver son indication que si le pneumothorax thérapeutique ne peut être réalisé, et s'il n'existe aucune contre-indication due à la déficience de l'état général, au mode évolutif des lésions, à leur extension bilatérale...

Ils terminent la mise en relief de ces considérations générales par un bref aperçu des considérations particulières à chacun des procédés opératoires, aussi bien du point de vue des indications respectives que des résultats.

Ces considérations particulières seront précisées dans leurs détails par les auteurs des rapports consacrés à la thoracoplastie, sous ses diverses formes, aux interventions sur le phrénique...

II. *Technique opératoire et résultats de diverses thoracectomies pratiquées pour des lésions tuberculeuses du poumon.* — M. Léon Bérard (de Lyon) expose les progrès prodigieux de la chirurgie thoracique. Issue de la méthode de Forlanini, la thoracoplastie a évolué parallèlement à cette dernière. Après les tâtonnements du début, nous voyons s'affirmer mieux chaque jour la maîtrise des chirurgiens collapsothérapeutes et s'enrichir la variété des ressources dont ils disposent.

En ce moment même, la notion de détente pulmonaire établie par Parodi, Dumarest, Dumont et Lefèvre, nous ouvre des horizons encore plus larges. Comme le pneumothorax, la thoracoplastie peut désormais prétendre à réaliser l'électivité. Mais, alors que dans le pneumothorax cet heureux phénomène est dû à la rétraction spontanée du tissu pathologique, dans l'intervention chirurgicale, il ne peut être que le fait de la volonté de l'opérateur et de la logique de son action.

Fosse septique et moustiques. — M. J. Legendre, qui découvrit les moustiques de fosse d'aisance, fit aussi connaître les moyens de les y faire périr en siphonnant le siège, grillageant l'évent et rendant hermétique le tampon de vidange.

Ces moyens, efficaces pour la fosse fixe, ne suffisent pas pour la fosse septique, dont le conduit de trop-plein, qu'on ne peut ni siphonner, ni grillager, laisse échapper les Culex stercoraires dans l'égout pluvial et, de là, dans les habitations riveraines. La fosse septique ne doit être tolérée que si son trop-plein s'épand dans le sol, n'offrant aucune issue aux moustiques.

Blennorrhagie et métabolisme protido-lipidique. — MM. A. et R. Sartory et Meyer.

Traitement chirurgical des cavernes de la base (1), par le docteur Paul Dambrin, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Toulouse.

De tout temps, les auteurs ont noté la rareté de cette localisation chez l'adulte. Laënnec, le premier, a constaté que « les cavernes primitives se montrent très rarement au centre ou à la base du poumon ».

L'auteur considère que les cavernes de la base réagissent d'une façon particulière aux diverses méthodes thérapeutiques, car elles sont soumises physiologiquement à des influences pariétales et surtout diaphragmatiques bien déterminées. Elles sont cependant susceptibles de guérir grâce aux traitements médicaux : cure hygiéno-diététique, pneumothorax, section de brides. Il faut savoir, aussi, souvent, les abandonner à temps.

Le docteur Dambrin appuie son travail sur cinquante observations prises dans les grands services chirurgicaux, avec des illustrations soignées. Il l'a complété par une bibliographie consciencieuse des travaux publiés sur ce sujet.

L. G.

(1) Grand in-8 de 231 pages avec 68 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENSÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GENATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

GÉNALCALOIDES — ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
POLONOVSKI ET NITZBERG
LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"
A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

N° 55. — MERCREDI 8 JUILLET 1936 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Après concours, MM. Hy et Le Rochais ont été nommés médecins adjoints à l'Hôtel-Dieu.

— TOURS. — M. Lieffring, professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé, après concours, chirurgien adjoint de l'hôpital.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — INSTITUT D'HYGIÈNE. — Liste des élèves ayant obtenu le diplôme de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris (session 1936) :

MM. Ali Mustafa, Azma, Basset, Beer, Brugère, Caula, Cazanove, Chanteux, Corre, Crépin, Crosnier, Mmes Danzig, Darnaud-Cristofini, MM. Delavelle, Duguay, Durignieux, Mme Durrande, M. El Gammal, Mme Fabre, MM. Faget, François Dainville, Fontaine, Fulconis, Mmes Gares, Gautherot, MM. Gavot, Gazet du Chatelier, Gérard, Girard, Grand, Granet, Hinard, Horavi, Mme Jorger, M. Latifi, Mmes Latron, Le Baccon, Lévy, MM. Matruchot, Mazaher, Madjallal, Paes, Pellier, Petit, Persoz, Peycelon, Philippeau, Raine, Regula, Reynier, Ricart, Rossignol, Trieu, Weil, Wiehm.

— Liste des candidats reçus à l'examen de médecin sanitaire maritime (session de Paris, 22 juin 1936) :

MM. Armand-Delille, Auger (Raymond), Baumelou (Jean), Blain (Noël), Brugère (Emile), Caula (Adolphe), Cazanove (Paul), Charbonnier (Roger), Chanteux (Jacques), Corre (Pierre), Crépin (Jean), Crosnier (Roger), Delphaut (Jean), Devaux (Henri), Ducamp (Pierre), Dugay (Maurice), Faget (Armand), Fontaine (André), François-Dainville (Edouard), Fulconis (André), Gérard (Pierre), Girard (Raymond), Girod (Fernand), Guinard (Urbain), Hubert (Lucien), Joly (Max), Jousset (Emile), Landolt (Jacques), Langlade (Paul), Lantz (Louis), Legroux (Raymond), Loublie (Georges), Maillefer (Jean), Maroger (Marc), Mauclaire (Jean), Mestier du Bourg (Robert de), Monnier (Albert), Nouaille (Paul), Orengo (Henri), Pelce (Robert), Peretti (Augustin), Petit (Louis), Peycelon (Aristide), Pillet (Marie-Joseph), Raine (Henri), Sautet (Jacques), Sterne (Jean), Thoret (Félix), Wiehm (Paul).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Après concours, M. Henri Normant, agrégé de l'Université, a été nommé professeur suppléant des chaires de physique et chimie.

— TOURS. — M. Chevé, chargé de la chaire de médecine légale et médecine sociale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie, a été nommé professeur titulaire.

M. Aron, suppléant de physiologie, a été nommé professeur de physiologie.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Duchêne, médecin chef de l'asile de Lorquin (Moselle), est nommé médecin chef de service à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), en remplacement de M. le docteur Menuau.

Mme le docteur Masson, médecin directeur à l'asile de Saint-Alban (Lozère), est nommée médecin chef de service à l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), en remplacement de M. le docteur Noyer.

SANATORIUMS PUBLICS. — *Liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics.* — Conformé-

ment aux dispositions des décrets des 10 août 1920 et 21 novembre 1935, sont inscrits les candidats ci-après (par ordre alphabétique) :

MM. les docteurs Chadourne, Corre, Dussert, Mlle Fournier, M. Lansac-Fatte, Mlle Renie, M. Le Rochais, Mme Rougier-Marmet, M Temple.

Ces inscriptions sont valables pour le deuxième semestre.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades. Professeur : M. NOBÉCOURT.) — *Vacances 1936.* — M. Cathala, agrégé, donnera pendant les vacances (août et septembre) un enseignement clinique le matin, à 9 h. 30.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alfred de Peyer (de Leysin), Paul Cœytaux (de Carouge), P.-T. Franceschi (de Centuri), Hirne (de Nice).

Pour la réadaptation de l'enfant. — L'Assemblée générale de l'*Œuvre de la Réadaptation de l'Enfant* a eu lieu le 2 juillet dernier, au Centre de rééducation, 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (6e), sous la présidence du docteur de Parrel.

Les rapports généraux présentés par le Secrétaire général de l'Œuvre et la Fondatrice Directrice générale des Centres sociaux de rééducation, Mme Louise Matha, ont mis en lumière l'effort remarquable pris par cette association, fondée il y a un an. Dans ce court délai, l'établissement principal du 13, rue de l'Ancienne-Comédie, a été complété par trois Centres annexes et un atelier professionnel à Paris, par un Centre annexe dans la Seine, à Courbevoie, et par quatre Centres annexes en Seine-et-Oise (Versailles, Saint-Germain, Ermont et Enghien).

Soit en tout dix Centres, où l'on donne chaque mois une moyenne de 2.500 séances de rééducation à un effectif de plus de 500 enfants qui parlent mal, qui entendent mal, qui comprennent mal, qui respirent mal ou qui ont des troubles du caractère, de l'affectivité, de la motricité.

L'Œuvre de la Réadaptation de l'Enfant est affiliée au *Comité National de l'Enfance ;* elle est subventionnée par la Ville de Paris et par le Département de la Seine.

Cette organisation sociale est la seule en France où toutes ces catégories de déficients puissent recevoir les soins rééducateurs que comporte leur état, sous la forme individuelle et sans quitter le milieu familial.

Siège social et office central de renseignements : 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (6e).

Ier Congrès international des Sanatoriums (Budapest, septembre 1936). — Les rapporteurs et conférenciers qui n'ont pas encore indiqué le titre de leurs conférences, sont priés de bien vouloir le plus tôt possible, et s'il est possible avant le 25 juillet, le faire savoir au Comité d'Organisation du Congrès : Budapest, Sanatorium Ile Marguerite, professeur Dr Benczur. Le Congrès aura lieu à Budapest, du 16 au 21 septembre, dans les salles de l'Académie hongroise des Sciences. Ceux qui désirent obtenir une invitation ou qui ne l'ont pas reçue encore, sont priés de la demander à la même adresse.

VIIIe Cours international de haute culture médicale et visite archéologique de la Grèce, organisés par L. W. Tomarkin, sous le haut patronage de S. M. le Roi des Hellènes et sous les auspices de l'Université d'Athènes et du Ministre de l'Hygiène de Grèce. Athènes, 7 septembre au 21 septembre 1936. Président du Cours : Prof. docteur A. Dustin (Bruxelles) ; Vice-Président : Prof. docteur W. Bensi (Athènes) ; Directeur : L. W. Tomarkin (Bruxelles).

Sujets traités : 1. Affections cardio-vasculaires ; 2° Chirurgie ; 3° Médecine tropicale ; 4° Syphiligraphie et dermatologie ; 5° Endocrinologie ; 6° Conférences libres ; 7° Cancer.

Pour tous renseignements : L. W. Tomarkin, Faculté de médecine, 115, boulevard de Waterloo, Bruxelles (Belgique). Adresse télégraphique : Tomarkin-Bruxelles. Téléphone : 11.43.90.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE VICHY

Le Syndicat des médecins de Vichy, affilié à la Confédération, et qui groupe 90 médecins de la station, met en garde ses confrères contre une confusion qui pourrait s'établir dans leur esprit avec un prétendu *Syndicat de défense* des médecins de Vichy, tout à fait inconnu dans la station.

Ce dernier vient d'envoyer à profusion une circulaire qui, faisant état d'insinuations dichotomiques inventées de toutes pièces, et entièrement désapprouvées par nous, demande que les malades soient envoyés dorénavant à Vichy sans recommandation pour un médecin local.

Le seul espoir de pouvoir, dans ce cas, pêcher en eau trouble, peut expliquer cet appel, qui n'est d'ailleurs pas une nouveauté.

Plus que jamais, nous conseillons aux confrères de rester fidèles à leur habitude traditionnelle, d'adresser nommément leurs malades à des médecins thermaux, dont ils apprécient la valeur et la moralité.

(*Communiqué.*) *Le Président :* Dr GLENARD.

ÉTUDIANT ÉTRANGER — REMPLACEMENT

M. Justin Godart, sénateur, demande à M. le Ministre de la Santé publique, si un étudiant en médecine, de nationalité roumaine, muni de vingt inscriptions et du diplôme d'Etat, a le droit de faire des remplacements ; s'il doit être muni d'une carte de travail, si la circulaire ministérielle du 4 février 1935 est applicable à ce cas, et quelles sanctions encourrait cet étudiant au cas où il remplacerait un médecin français. (Question du 28 mai 1936.)

Réponse. — Un étudiant en médecine roumain, comme d'ailleurs tout autre étudiant étranger, muni de vingt inscriptions en vue du diplôme d'Etat, n'a pas le droit de faire des remplacements, puisqu'il ne satisfait pas à l'une des deux conditions imposées par la loi du 26 juillet 1935 pour l'exercice de la médecine, à savoir : être Français.

Dans le cas où il remplacerait un médecin, il s'exposerait à être poursuivi pour exercice illégal de la médecine, et le médecin qui l'emploierait à être poursuivi pour complicité.

(*J. O.*, 3 juillet 1936.)

LA SCIATIQUE LOMBO-SACRÉE

Par MM. MATHIEU-PIERRE WEIL, CHARLES-POLAK, RENÉ THEILER et Mlle LITICHEWSKY.

Parce que la grande Ecole neurologique française s'y est particulièrement intéressée, la sciatique continue à être considérée comme une algie ou une névrite banale, de l'ordre de celle par exemple dont le nerf trijumeau peut être le siège.

Certes personne n'ignore la possibilité de lésions vertébrales à son origine. Dès 1905, Goldthwait signalait son caractère fréquemment orthopédique, le rôle dans son apparition d'anomalies congénitales comme la sacralisation de l'apophyse transverse de la 5e v. l. ou les variations des articulations vertébrales postérieures, ou d'attitudes corporelles susceptibles de comprimer la cinquième racine lombaire dans son trou de conjugaison. En 1911, Sicard insistait sur la fréquence, dans la sciatique, de « névro-docites » inflammatoires des canaux osseux qui conduisent le nerf et individualisait, entre la radiculite de Déjerine et la névrite tronculaire des classiques, la « funiculite » par souffrance du nerf dans son trou de conjugaison. En 1914, Henri Forestier signalait la pathogénie sacro-vertébrale de certaines sciatiques. En 1922, sous l'inspiration de Sicard, Jacques Forestier étudiait en détail, dans sa thèse, le trou de conjugaison vertébral et le « syndrome du trou antérieur ».

Cependant, *tous les trous de conjugaison n'ont pas, dans la détermination de la sciatique, la même importance*, et par ailleurs *on ne saurait réduire à une altération des funicules dans ces canaux toutes les causes ostéo-articulaires de ce qu'on a pu appeler la « sciatique haute »*.

Si, en effet, comme l'ont bien établi Danforth et Wilson par l'étude de douze sujets de l'Ecole médicale de Harward, la quatrième racine lombaire, la première de celles qui prennent part à la constitution du plexus dont naît le nerf sciatique, est plus volumineuse que les précédentes et traverse un canal osseux moins large, elle se trouve cependant généralement à son aise dans son canal de conjugaison qu'elle ne remplit que rarement. Aussi, bien qu'elle n'y chemine pas seule, puisqu'elle y est accompagnée d'une artère, d'un plexus veineux, d'un réseau lymphatique et d'une masse cellulo-graisseuse, on conçoit mal qu'elle puisse y souffrir, même dans les mouvements de flexion antérieure ou latérale qui, en portant en avant les apophyses articulaires ou en rapprochant les apophyses transverses, tendent à rétrécir la lumière de ce canal.

De même, si les racines sacrées peuvent, dans leur trajet intra-dural, subir le contre-coup d'une altération vertébrale, elles se trouvent également à leur aise dans leurs trous de conjugaison où elles sont protégées au contraire par la rigidité du massif osseux que constitue le sacrum.

Mais il n'en est plus de même de la *cinquième racine lombaire*. Celle-ci, plus volumineuse que les précédentes, traversant le canal osseux qui normalement est le plus rétréci et qu'elle remplit complètement (Danforth et Wilson), s'y trouve à la merci de phénomènes de compression, que ceux-ci relèvent d'une altération dégénérative du conduit ou d'une tuméfaction inflammatoire de la racine ou de la masse cellulo-vasculaire qui l'accompagne.

Aussi, en fait, la 5e racine lombaire seule est-elle, dans le trou de conjugaison, vouée à une souffrance, sur la fréquence de laquelle nous manquons d'ailleurs de toute donnée, car la radiologie ne permet guère d'explorer les canaux osseux.

Mais *le trou de conjugaison franchi*, à l'encontre des racines sacrées qui, dans leur court trajet restant, ne présentent aucun rapport anatomique particulièrement dangereux, les 4e *et* 5e *racines lombaires* vont avoir des relations étroites avec toute une série de formations osseuses : et *c'est là que réside selon nous la cause de beaucoup la plus fréquente de la sciatique* considérée de manière générale, et même de la sciatique haute considérée en particulier. A la notion de funiculite par altération du trou de conjugaison, trop générale puisqu'elle n'intéresse en fait qu'un seul nerf, trop limitée puisqu'à elle on ne saurait réduire les causes les plus banales des sciatiques hautes, nous croyons préférable de substituer la notion de *sciatique lombo-sacrée.*

L^4, après sa sortie du trou de conjugaison, entre en contact avec le rebord articulaire des 4e et 5e v. l. et la face latérale du disque interposé entre celles-ci. Puis la racine repose sur la base d'implantation et la face antérieure de l'apophyse transverse de la 5e v. l. et, après avoir franchi l'espace situé entre elle et le sacrum, parcourt la face antérieure de l'aileron sacré *en dedans de l'articulation sacro-iliaque* qu'elle rejoint en général au moment de pénétrer dans la grande échancrure sciatique, reposant alors sur son extrémité inférieure et contractant avec elle des rapports étroits.

L^5, dès son émergence du trou de conjugaison, entre en contact direct avec le rebord latéral de la face inférieure de la 5e v. l., la face latérale du disque sous-jacent et le rebord de la surface articulaire du sacrum. Puis, descendant sur l'aileron sacré, en dedans de l'articulation sacro-iliaque, la racine atteint la grande échancrure sciatique le plus souvent en dedans de l'extrémité inférieure de l'articulation sacro-iliaque, mais souvent à son niveau même, de toute manière tout près d'elle, contractant avec elle des rapports intimes. Or, c'est dans ces longs trajets que L^4 et L^5 seront le plus ordinairement l'objet de processus irritatifs. Plus que le trou de conjugaison, ils constituent, selon l'expression de Sicard, le « carrefour de la douleur ». Aussi le *nerf sciatique poplité externe*, qui naît essentiellement de ces deux dernières racines lombaires, sera-t-il le siège le plus fréquent de l'atteinte sciatique, alors que celle du sciatique poplité interne, qui naît essentiellement des deux premières racines sacrées, est relativement rare. Par ailleurs, les relations étroites de la 4e racine lombaire, « nerf en fourche », avec le plexus lombaire à la formation duquel elle prend part par sa branche ascendante, expliquent la coexistence fréquente de phénomènes dans le territoire du crural ou de l'obturateur, tandis que le plexus honteux, à la participation duquel concourent cependant

S^2 et S^3, ne prend qu'exceptionnellement part à la souffrance.

En présence d'une douleur sciatique, le premier réflexe du médecin est d'*en rechercher l'origine dans le massif ostéo-articulaire au niveau duquel le nerf prend son origine lombaire.*

***

En dehors d'une souffrance dans le trou de conjugaison, L^4 et L^5 peuvent donc subir le contre-coup d'une lésion des 4e ou 5e v. l., *d'anomalies de cette dernière* auxquelles la voue son caractère transitionnel normal entre l'état lombaire et l'état sacré sur lequel l'un de nous a insisté avec van Dam, *d'altérations des disques interposés* entre la 4e et 5e v. l. ou entre celle-ci et le sacrum, *d'arthrites des articulations vertébrales postérieures*, et surtout *d'arthrites lombo-sacrées et sacro-iliaques.*

On sait avec quelle fréquence s'observent des *lésions dégénératives de la colonne lombaire*, et leur prédilection pour les dernières vertèbres sur lesquelles s'exerce au maximum le poids du corps. Les processus inflammatoires ou les hyperostoses qui en sont l'expression retentiront avec facilité sur les racines nerveuses qui les bordent ; le fait sera particulièrement aisé lorsque, ainsi que cela s'observe parfois, le nerf se trouve enfoncé dans un canal osseux né des rebords latéraux de la 5e v. l. ou du sacrum.

Dans ces altérations dégénératives réside une cause particulièrement fréquente de sciatique.

Tantôt celles-ci seront assez importantes pour qu'elles ne puissent échapper à l'examen radiologique le plus sommaire ; dans d'autres cas, elles n'apparaîtront qu'à un examen particulièrement minutieux et fouillé. Il appartient à la collaboration du radiologiste et du rhumatologue d'en préciser l'existence et la signification.

Dans d'autres cas, la cause de la sciatique réside dans une *arthrite vertébrale postérieure*. Ce serait là, selon Putti, la cause la plus fréquente de souffrance dans le trou de conjugaison. Une anomalie dans la situation de ces articulations, normalement disposées sagittalement à la région lombaire, frontalement à la région sacrée, et quelque peu obliquement au niveau de l'articulation de la 5e v. l. et de la 1re v. s., une asymétrie dans la position des deux articulations homologues, « anomalie du tropisme articulaire », selon l'expression de Putti, en déformant la direction du trou de conjugaison, en réduisant ses dimensions, ou en déterminant des altérations mécaniques de la colonne lombaire, peuvent être fréquemment cause de sciatique. Par ailleurs, tout processus inflammatoire survenant à leur niveau, du fait de l'irrégularité du rebord de la facette articulaire qu'il entraîne, ou de l'ankylose à laquelle il donne naissance, peut être d'autant plus facilement générateur de sciatique que, pour se protéger contre ces perturbations, les racines nerveuses n'ont plus à ce moment ni l'arachnoïde, ni le liquide céphalorachidien mais sont directement en rapport avec le riche plexus veineux qui les entoure.

Dans d'autres cas un *trouble d'origine hypertransitionnel* est en cause. Cependant, quelle que soit leur fréquence au niveau de la charnière lombo-sacrée, ni la sacralisation de la 5e v. l., ni la lombalisation de la 1re v. s. ne semblent intervenir souvent comme causes de sciatique.

Particulièrement fréquentes à son origine sont par contre les *arthrites lombo-sacrées et sacro-iliaques.*

De fait, c'est avec une extraordinaire fréquence que l'on trouve chez les sciatalgiques une *discite*, que caractérise une diminution de l'espace intervertébral normalement disposé entre L^5 et S^1. C'est là une constatation qu'il nous a été permis de faire de très longue date.

Ayers, sur 27 cas, a constamment observé un pincement lombo-sacré ou des bavures osseuses à ce niveau, ces deux ordres de lésions coexistant d'ailleurs fréquemment. Williams note la fréquence du pincement vertébral chez la majorité des malades présentant des symptômes d'irritation sciatique : sur 80 sujets atteints de sciatique, il note l'existence d'une arthrite sacro-iliaque 3 fois, d'un spondylolisthésis 2 fois, d'anomalies lombo-sacrées 1 fois, d'ostéo-arthrite hypertrophique 15 fois et d'un pincement lombo-sacré 59 fois, soit dans 74 p. 100 des cas.

On pourrait penser que cette diminution du disque peut constituer un état normal ou congénital. Il n'en est rien ; sur trois cents sujets sains pris au hasard, Williams ne la constata en aucun cas.

Le point de départ de la lésion peut résider dans certains cas dans le *nucleus pulposus*, d'autant que la lordose normale de la région reporte à la partie postérieure des corps vertébraux la transmission de la force axiale.

L'*articulation lombo-sacrée* elle-même est vouée à toute une série de souffrances du fait de son importance fonctionnelle. Au cours de la croissance, cette articulation est le siège de mouvements particuliers puisque le sacrum, qui primitivement pointe en avant, ne se place en arrière que secondairement, l'axe de rotation étant justement l'articulation du sacrum et de la 5e v. l. Chez l'adulte le disque lombo-sacré est exposé au traumatisme d'une façon élective, et parce qu'il supporte le poids le plus grand, et parce que, du fait de la rigidité du sacrum, les mouvements sont particulièrement fréquents à son niveau. L'asymétrie des facettes y rendrait par ailleurs, selon von Lackem, les traumatismes plus faciles. Aussi la surface articulaire lombo-sacrée est-elle la plus grande de toutes les surfaces intervertébrales. Fait aggravant, le poids du corps n'y est pas dirigé verticalement, mais s'exerce en bas et en avant, tendant à déplacer la 5e v. l. en avant du sacrum, de manière variable selon le degré d'ouverture de l'angle lombo-sacré, différente donc selon les individus.

La *saillie* même de cette articulation est une cause d'irritation pour les 4e et 5e racines lombaires ; les *puissants ligaments* qui unissent la 5e v. l. au sacrum et aux os iliaques, rendent plus étroit le passage réservé à la racine nerveuse.

La *spondylose*, le *spondylolisthésis*, un *sacrum horizontal ou basculé*, peuvent être aussi des causes non négligeables de sciatique, sans compter les autres processus dont l'articulation lombo-sacrée peut être le siège, *entorses*, *tiraillements statiques*, souffrances

par *décubitus prolongé* du fait d'une maladie chronique ou d'une opération chirurgicale, *lésions microtraumatiques, tuberculose, néoplasie, rhumatisme, goutte*, etc.

Mais plus loin, les 4e et 5e racines lombaires trouvent une nouvelle région dangereuse au niveau de l'*articulation sacro-iliaque*. Celle-ci, formée par l'accolement de deux larges surfaces sans contrôle musculaire, bien que protégée par des ligaments puissants, peut être l'objet d'irritation dans les mouvements d'hyperextension ou de torsion du tronc (golf), lors de faux pas, de secousses répétées (cavaliers), etc., ou de contre-coups qu'elle peut subir à la suite de processus traumatiques localisés au bassin. C'est ainsi que chez un de nos malades ayant gardé d'un accident d'automobile, survenu deux ans auparavant, une fracture non consolidée de la branche ischio-pubienne, survint, après plusieurs lumbagos, une sciatique sévère du même côté, en liaison avec un diastasis secondaire sacro-iliaque.

L'inflammation du *muscle pyramidal* peut également retentir sur le nerf sciatique, pouvant être par ailleurs le trait d'union entre l'arthrite sacro-iliaque et la souffrance du nerf (Yeoman, 1928 ; Freiberg et Vinke). Ce muscle, en effet, embrasse par ses origines l'articulation sacro-iliaque, certaines de ses insertions se faisant sur la capsule articulaire ; le plexus lombo-sacré repose directement sur lui et son fascia. Or, si le nerf passe dans la règle en avant du muscle, il peut, comme l'a montré Morris, le croiser en arrière, ou se bifurquer pour l'engainer ; parfois le muscle engaine au contraire le nerf, ou l'un et l'autre se divisent, les branches musculaires et nerveuses contractant alors les unes avec les autres tous les rapports possibles. Dans 10 % des cas, la sciatique poplité externe perfore le pyramidal pour passer à travers lui. Par ailleurs, une branche fessière de la honteuse interne et la veine qui l'accompagne croisent le tronc du sciatique sous le ventre du pyramidal : une pression continue à ce niveau, une contracture musculaire, peuvent déterminer une congestion de la veine et de la gaine nerveuse et secondairement une souffrance sciatique.

Cependant, quelle que puisse être l'importance des facteurs que nous venons d'envisager, *à eux seuls ne se réduit pas la sciatique lombo-sacrée*. Ils peuvent être définitifs et la sciatique passagère, anciens et la sciatique récente, congénitaux et la sciatique occasionnelle. Dans un grand nombre de cas tout au moins, ils ne constituent en quelque sorte que l'*épine irritative* sur laquelle s'exercent tous les processus générateurs de rhumatisme, qu'ils appartiennent au sujet ou lui soient étrangers. C'est ainsi que la *fatigue* et le *surmenage*, l'*humidité*, le *froid*, les *changements de temps*, les *variations atmosphériques*, la *ménopause*, les *facteurs infectieux* même, par les modifications vaso-motrices qu'ils entraînent au niveau des tissus fibreux, jouent dans l'apparition de la sciatique un rôle souvent prépondérant. Ainsi la sciatique entre plus encore dans la pathologie rhumatismale.

***

C'est fréquemment à la suite d'un *effort* violent, tel celui de glisser, tomber, sauter, que la sciatique lombo-sacrée se déclanche. Dans d'autres cas on relève les *conditions de travail* habituelles au sujet : une attitude fortement penchée ou accroupie, une torsion répétée de la colonne vertébrale, ou le port fréquent de lourdes charges. Jansen relève le traumatisme dans 25 % des cas de sciatique, et dans 17,5 le petit traumatisme journalier, incessant. Massart note la fréquence de la sciatique chez les imprimeurs de journaux qui, dans l'agitation qui accompagne l'heure du tirage, transportent rapidement les lourdes morasses d'un point à un autre. Williams rapporte le cas d'une jeune fille de 17 ans qui, après un coup reçu en jouant au basket-ball, ressentit aussitôt une douleur intense au bas du dos et eut quatre mois plus tard une sciatique ; la radiographie décelait l'existence d'un pincement du disque lombo-sacré.

Dans ces facteurs traumatisants, les auteurs scandinaves font jouer un rôle essentiel à la souffrance du muscle : Helweg parle de « myopathie lombaire », Hedenius de ruptures parcellaires de fibres des tendons et des muscles lombaires à leurs origines, Jansen de « myalgie fessière » ; Lindstedt considère la myalgie lombaire comme de même valeur que la névrite sciatique. Cependant, nous pensons que c'est à l'articulation même qu'il convient de rapporter la majorité des faits.

Le *lumbago* est le signe clinique révélateur de la sciatique du carrefour. Il peut survenir juste avant son apparition, ou plus ou moins longtemps avant elle, quelques jours, quelques semaines, quelques mois. Mais, lorsque la douleur s'est propagée à la cuisse, au creux poplité et aux régions sous-jacentes, serait-ce sous la forme d'un simple engourdissement, la douleur lombaire, chose curieuse, disparaît fréquemment.

Dans d'autres cas, au contraire, le lumbago est tardif, secondaire à la sciatique. Il se répétera, à plusieurs années de distance parfois. Mais il peut manquer, bien que la lésion lombo-sacrée soit évidente. Cependant, sur 200 cas de sciatique, Jansen relève le lumbago 154 fois, soit dans 77 % des cas.

En faveur d'une sciatique lombo-sacrée militent également *certains caractères de la douleur*, son exagération lors de certains mouvements (hyperextension, flexion latérale), sa disparition en position couchée, son atténuation le matin après le repos de la nuit, son exagération au contraire le soir après les fatigues de la journée, ainsi que son amplification par la toux, l'éternuement, les efforts de défécation, phénomène qui n'est pas propre, comme on le croit trop souvent, avec Déjerine, aux seules sciatiques radiculaires, mais que partage avec elles la sciatique lombo-sacrée.

L'existence d'une *scoliose* secondaire est également très fréquente au cours des sciatiques lombo-sacrées. Celle-ci, qu'elle soit controlatérale, homolatérale ou alternante, apparaît comme le réflexe défensif qui intervient en séparant les facettes articulaires douloureuses. Dans d'autres cas il s'agit d'une scoliose préexistante, d'un dos plat ou cyphotique, ou d'une exagération de la lordose normale dont le maximum ne correspond plus à la partie moyenne de la région, et ne disparaît plus en position assise. Parfois un rap-

prochement insolite des côtes et des os iliaques est le phénomène objectif révélateur.

L'*observation* mettra fréquemment en évidence une rigidité lombaire, par contracture musculaire, que celle-ci siège dans les muscles des gouttières vertébrales ou dans le psoas, entraînant une rotation de la colonne, dans le carré des lombes ou le pyramidal, facteurs importants de contracture lombaire basse, et dont la réaction fréquente tient à ce qu'ils reçoivent partie de leur innervation de la 5e racine lombaire par les branches postérieures perforantes.

Une *douleur à la pression* de l'articulation lombo-sacrée, d'une des articulations sacro-iliaques, ou de la colonne lombaire au niveau de ses articulations postérieures, est également un argument en faveur d'une sciatique lombo-sacrée. Cependant on n'oubliera pas que la douleur sacro-iliaque peut être secondaire, cette articulation recevant son innervation de L^5, par l'intermédiaire du nerf fessier supérieur.

D'autres arguments en faveur d'une sciatique lombo-sacrée seront tirés de la constatation d'une douleur à la pression du tronc sciatique à la fesse, à la partie supérieure de la cuisse, ou lors de la flexion de la cuisse sur le tronc, soit d'un seul côté (mobilisation de la sacro-iliaque), soit des deux (mobilisation de la lombo-sacrée) ; il en est de même de l'existence de phénomènes douloureux dans le territoire du nerf crural ou de l'obturateur, ou de troubles de la sensibilité à la face antérieure ou latérale de la cuisse, qui n'appartiennent pas au territoire du sciatique.

Mais c'est la *radiographie* qui fournit souvent les renseignements essentiels. On explorera les 4e et 5e v. l. avec un soin extrême ; on étudiera la régularité de leurs contours, leurs articulations postérieures, les apophyses qui les flanquent, les disques qui les bordent. On pratiquera des radiographies de face, de profil, en position oblique, tout particulièrement pour ce qui est des articulations sacro-iliaques, et des stéréo-radiographies qui indiqueront le relief du promontoire et fourniront des renseignements précieux sur les rapports de la 5e v. l. avec le sacrum et les différentes formations de la région.

Mais *on saura se contenter souvent de signes discrets ;* on se souviendra que la lésion est toujours plus importante qu'elle n'apparaît, que la région lombo-sacrée est d'exploration difficile, que les formations fibreuses y sont particulièrement abondantes et importantes, échappant aux rayons, et qu'un long laps de temps est certainement nécessaire pour qu'une lésion inflammatoire et même dégénérative puisse aboutir à la constitution des désordres osseux que seule la radiologie peut avoir la prétention d'entrevoir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La vie médicale aux XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles, par le docteur Paul Delaunay, membre de la Société française d'Histoire de la médecine. — Un vol. grand in-8°, avec 114 illustrations. (Collection Hippocrate. Directeur, professeur Laignel-Lavastine). — Prix : 40 fr. — Le François, éditeur, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1935.

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES[1]

LES CONFÉRENCES

Nous donnons ici le résumé de quelques conférences auxquelles il nous a été permis d'assister. Nous nous excusons de ne donner que le titre de quelques autres que nous n'avons pu entendre, plusieurs conférences ayant eu lieu en même temps dans des amphithéâtres différents.

Les troubles vaso-moteurs réflexes d'origine traumatique. Leur pathogénie et leur traitement, par le professeur F. Albert (Liége). — Tout traumatisme des membres, mais particulièrement les traumatismes articulaires et para-articulaires, entraînent immédiatement des troubles vaso-moteurs réflexes. Ceux-ci peuvent persister pendant un temps variable. Tantôt ils s'amendent spontanément, tantôt ils se prolongent et deviennent alors la cause de ces troubles physiopathiques, si magistralement étudiés par Babinski et Froment. Ceux-ci sont parfois extrêmement graves et particulièrement tenaces.

Le traitement préventif des troubles physiopathiques se trouve dans la suppression de ces réflexes par infiltration anesthésique de la zone traumatisée. Cette infiltration peut se faire plus ou moins près du moment de l'accident traumatique.

Le résultat sera d'autant plus complet que le traitement aura été plus précoce. Une fois les troubles installés, la même infiltration anesthésique peut encore être effective, à la condition que les troubles physiopathiques soient peu graves.

Dans les cas plus importants, on pourra avoir recours à toute la gamme des interventions sympathiques et vaso-motrices.

On commencera toujours par la simple compression artérielle, qui peut donner des résultats brillants. L'expérimentation a démontré que la compression artérielle a une action vaso-dilatatrice extrêmement marquée. En cas d'échec, on recourra à la sympathectomie périartérielle, ou aux interventions plus complexes sur les chaînes ganglionnaires sympathiques, dont le choix sera basé sur l'importance et l'ancienneté des lésions.

La perméabilité cutanée pour médicaments et poisons, par le professeur M. E. Bürgi (Berne). — Grâce à la construction d'un appareil semi-sphérique qui est appliqué sur la peau de façon qu'aucun gaz ne puisse passer, et qui est rempli de la substance à étudier, il a été possible de constater qualitativement et de mesurer quantitativement la force de pénétration de cette substance à travers la peau. Nous avons pu voir ainsi que l'acide carbonique dissous dans l'eau pénètre la peau humaine à partir d'un degré de concentration qui peut être exactement déterminé. L'hydrogène sulfuré est également absorbé par la peau, mais à un degré de concentration très faible ; de hautes concentrations provoquent un œdème qui oppose une résistance à l'entrée du gaz. Ces deux constatations sont d'une grande importance pour la balnéologie. Si on ajoute du sel de cuisine dans les solutions de ces deux gaz dans l'eau, on constate que leur capacité de pénétration diminue. Il en est de même pour Cl^2Ca et SO^4Na^2. Le sel de cuisine, lui-même, pénètre la peau en très petite quantité ; cette capacité de pénétration augmente d'abord avec le degré de concentration et diminue ensuite. Il en est de même pour l'iodure de potassium. Ces déterminations ont dû être faites par l'interféromètre. L'ammoniaque dissous dans l'eau pénètre

Association de la Presse médicale française.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 52, p. 930.

la peau, mais seulement en très petite quantité. Toutes ces expériences ont été faites sur l'homme. Tous les narcotiques de la série grasse, que nous avons employés dans nos expériences, pénètrent la peau, et on peut constater leur présence dans l'air expiré et souvent même effectuer, par cette méthode d'application, une action narcotique. Avec le tétrachlorure d'éthane on a même pu provoquer en 10-20 minutes une narcose complète chez des lapins ; une application plus prolongée tue ces animaux. On ne peut obtenir de telles actions qu'avec des produits dont le point d'ébullition est supérieur à 80°. Le camphre, appliqué sous forme d'huile camphrée, de vin camphré ou d'alcool camphré, pénètre la peau humaine et on le retrouve facilement dans l'air de l'expiration. Certains anesthésiants locaux, comme la cocaïne, la percaïne, etc., pénètrent la peau, mais en trop petite quantité pour pouvoir provoquer une insensibilité totale. Une résorption du mercure par la peau se fait facilement quand on l'applique sous forme « d'unguentum cinereum », mais sous forme « d'unguentum hydrargyri præcipitum album » il ne pénètre que très peu. Ces constatations ont pu éclaircir plusieurs questions assez importantes, discutées depuis longtemps. Les expériences continuent.

L'asthme de l'enfant, par M. Achille HAIBE (de Namur). — L'asthme de l'enfant présente un intérêt à la fois *scientifique* et *pratique*. Il n'est pas, comme celui de l'adulte, défiguré par les infections et les intoxications qui masquent le syndrome initial. Il importe, quand on l'étudie, de faire la distinction entre l'asthme du *jeune* enfant, ou *asthme infantile proprement dit*, et l'asthme du *grand* enfant, dénommé également *asthme juvénile*. Le diagnostic différentiel repose, en plus des données étiologiques, sur les symptômes cliniques, les essais biologiques et le mode d'évolution. Outre ces variétés habituelles, il en existe d'autres, moins fréquentes, telles que l'asthme nasal à épine mécanique, l'asthme endocrinien, l'asthme tuberculeux, les asthmes sensibilisés aux allergènes extérieures.

La bactériothérapie (auto-vaccins et antivirus correspondants) constitue le traitement de choix. Cette méthode agit sur les facteurs inflammatoires. Elle doit être réservée aux seuls cas où on découvre des antécédents naso-pulmonaires ayant créé une épine microbienne à l'un des étages de l'arbre aérien. Appliquée précocement, avant l'ère des complications, elle donne des résultats rapidement favorables dans 80 p. 100 des cas ; ces résultats, confirmés par les médecins qui en ont fait l'essai, sont d'autant plus intéressants que cette forme d'asthme infantile se révèle particulièrement rebelle, tendant à empiéter sur l'âge adulte.

La bactériothérapie fournit la dose curative additionnelle qui hâte l'heure de la guérison et préserve l'enfant des débilitations organiques susceptibles de l'handicaper dans son développement physique et intellectuel.

Les gliomes du cerveau, par M. PUUSEPP (de Tartu). — Il est actuellement impossible d'établir un diagnostic exact de la nature d'une tumeur.

Une intervention opératoire radicale ne peut être exécutée avec succès que lorsqu'il s'agit de kystes et de gliomes délimités, facilement extirpables.

Lors de gliomes diffus, seule l'extirpation de la tumeur avec les parties adhérentes de la substance cérébrale saine peut aboutir à un résultat satisfaisant, tandis que tout essai d'ablation partielle de la tumeur ne sert qu'à intensifier l'activité de la partie de la tumeur restée en place et à provoquer une récidive hâtive.

Une trépanation de décompression donne dans les cas ci-dessus les résultats les plus favorables.

Dans tous les cas de tumeurs cérébrales, quelle que soit leur nature, il est indispensable d'opérer aussitôt que possible ; ce principe est d'une importance primordiale surtout quand il s'agit de gliomes diffus, étant donné qu'avec une tumeur encore petite, moins de tissu cérébral doit être sacrifié lors de son extirpation, ce qui réduit au minimum les troubles fonctionnels ultérieurs.

Dix ans de consultation contre la stérilité conjugale à Lariboisière, par le prof. DEVRAIGNÉ (de Paris). — L'auteur expose dans sa conférence sa pratique de dix années de consultation pour les femmes dites stériles en la Maternité de Lariboisière. Il y pensait déjà depuis trois ans, mais hésitait à cause de la nouveauté de la chose : enfin, en octobre 1925, il obtient de l'Administration de l'Assistance publique l'autorisation d'ouvrir cette consultation. Deux affiches l'annonçaient sur les murs de l'hôpital : les femmes ne tardèrent pas à répondre à l'appel : plus de 3.500 y sont inscrites à l'heure actuelle, venant de Paris et de tous les coins de la France.

On a plaisanté l'auteur aux premiers jours de sa consultation ; le temps a fait son œuvre de persuasion ; dans toutes les Maternités de Paris il y a maintenant des consultations semblables. Les résultats ? ils furent d'abord bien modestes ! ils sont maintenant très encourageants, puisqu'ils dépassent légèrement 20 p. 100, et à coup sûr des résultats positifs nous restent inconnus, des femmes menant ensuite leur grossesse en banlieue ou en province sans penser à en faire part.

Il faut souhaiter la multiplication de ces consultations dans toutes les grandes villes, et surtout la création de centres de recherches bien outillés, nationaux ou municipaux, pour y avoir de nombreux sujets, pouvoir y faire toutes les recherches, toutes les études nécessaires pour diminuer la stérilité conjugale involontaire alors que la stérilité volontaire prend une place si importante dans le fléau qui menace la race blanche : la dénatalité.

La malaria chez l'enfant, par le professeur R. JEMMA (de Naples). — La malaria de l'enfant est une entité morbide nettement distincte de la malaria de l'adulte ; elle en diffère par son développement, son décours, sa symptomatologie. Elle lui ressemble cependant par la possibilité d'échapper facilement au diagnostic toutes les fois que ses symptômes ne sont pas recherchés et envisagés sous un aspect différent de celui qu'on est habitué de voir chez l'adulte. On recherchera spécialement chez le nourrisson la présence des syndromes tumultuaires ou atypiques, faciles à déceler, ainsi que la présence du parasite dans le sang. Quand une telle recherche n'est pas possible, la nécessité d'un traitement thérapeutique spécifique s'impose même quand le diagnostic n'est pas certain. Ce traitement revêt de plus une importance particulière pour les complications qui peuvent s'ensuivre.

Les mesures prophylactiques sont enfin particulièrement intéressantes ; en raison même de la facilité avec laquelle les enfants échappent au diagnostic et au traitement, l'enfance devient un des principaux réservoirs de la maladie.

Par contre, il n'y a rien de très spécial à signaler en ce qui concerne le traitement ; à part toutefois la grande tolérance des enfants pour la quinine et l'indication de la cure sanatoriale.

La voie artérielle dans le diagnostic des tumeurs et la thérapeutique des infections, par le professeur Reynaldo DOS SANTOS (de Lisbonne). — *Au point de vue thérapeutique*, la voie artérielle employée d'abord par Goyanes (Madrid), puis, et dans des cas de tétanos, par Leriche, reprise, grâce aux travaux sur l'artériographie par l'auteur, soit dans les infections des membres (arthrites, phlegmons, ostéomyélites, synovites, etc.), étendue par l'injection intracarotidienne aux méningites et par un de ses élèves S. Ramos à la maladie du sommeil et coma paludique, soit enfin, grâce à la ponction de l'aorte, réglée par dos Santos à des

infections abdominales, appendicites, annexites et pelvipéritonites, infections hématogéniques rénales et pararénales, hépatites, abcès sous-phréniques, etc.

Non seulement la voie est moins toxique que la voie veineuse, mais elle est plus directe, et l'action antiseptique sur les tissus plus concentrée, l'effet plus rapide, souvent impressionnant.

Au double point de vue, séméiologique et thérapeutique, la voie artérielle est déjà assez riche de résultats cliniques acquis et féconds en promesses d'avenir, pour mériter d'entrer dans la pratique courante.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 JUIN 1936)

Affinité du virus de la peste aviaire pour les cellules néoplasiques (épithélioma) de la souris. — MM. C. LEVADITI et PEREZ HABER.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 MARS 1936)

Contribution à l'étude expérimentale du sulfate de mescaline. — MM. A. CLERC, R. PARIS et M.-M. JANOT insistent sur les propriétés hypotensives de la Mescaline. A la vasodilatation périphérique s'oppose une vasoconstriction rénale et splénique, laquelle disparaît après destruction de la zone sino-carotidienne ; l'hypotension ne se manifeste plus après injection d'yohimbine ou d'ergotamine. La Mescaline se montre moins toxique que la Peyotline. Contrairement à cette dernière, elle n'est ni convulsivante, ni hyperglycémiante et n'excite pas la sécrétion salivaire.

Troubles thyroïdiens et chlorémie. — MM. Jacques DECOURT et Ch.-O. GUILLAUMIN. Les troubles thyroïdiens retentissent faiblement mais indiscutablement sur la chlorémie. La maladie de Basedow — comme, dans certaines conditions, l'hyperthyroïdisme expérimental du lapin — tend à élever le chlore globulaire et plasmatique et le rapport $\frac{\text{Cl. globulaire}}{\text{Cl. plasmatique}}$. Ces anomalies disparaissent quand le malade guérit. Chez les myxœdémateux, la chlorémie tend au contraire à s'abaisser, ainsi que le rapport $\frac{\text{Cl. globulaire}}{\text{Cl. plasmatique}}$. Tous deux se relèvent sous l'influence du traitement thyroïdien.

Application du séro-diagnostic des types du bacille de la tuberculose aviaire au contrôle de la pureté de ces souches. — M. SCHAEFER montre l'utilité de l'examen sérologique des cultures des bacilles aviaires par des sérums spécifiques de type pour le contrôle de la pureté de ces souches. Il a pu prouver par cette méthode que plusieurs souches de laboratoire sont composées de deux types aviaires différents. Les essais effectués en vue de séparer les deux germes dans une d'elles ont échoué, à cause des difficultés d'obtenir des cultures unicellulaires.

Recherches sur le pouvoir pathogène des bacilles diphtériques et diphtéroïdes, isolés du nasopharynx des malades et des porteurs de germes. — M. CORRADO AJO. Seule, l'expérience positive chez les cobayes permet de caractériser un bacille comme diphtérique.

Pour la recherche expérimentale du pouvoir pathogène des corynebactéries, la technique de MM. G. Ramon, R. Debré et P.-L. Thiroloix a semblé préférable.

Parmi les 70 enfants chez lesquels il a pu affirmer le diagnostic de diphtérie, un seul était vacciné.

Un bacille diphtéroïde apathogène ne peut pas se transformer en bacille diphtérique pathogène.

Les anaérobies du groupe Perfringens holosérum anti-perfringens. — M. WEINBERG et Mlle GUILLAUMIE. Les 4 anaérobies nouvellement décrits et l'anaérobie anciennement connu sous le nom de *Bac. perfringens* (Bac. Welchi) sécrètent 5 antigènes différents, qui se trouvent réunis dans la toxine de chacun de ces microbes.

Le groupe Perfringens comprend trois types : un type humain représenté par le Bac. de Welch, et 2 types ovins, dont l'un compte 2 races : *Bac. L. D.* ou bacille de la diarrhée des agneaux, et *Bacillus paludis*, et l'autre une seule race : le bacille de Wilsdon, qui n'est autre que le *B. ovitoxicus.*

Weinberg a proposé, pour éviter toute confusion, le terme de Holosérum pour désigner un sérum préparé contre tous les composants toxiques, aussi bien exo qu'endotoxiques d'une même espèce microbienne.

On n'obtient un véritable holosérum anti-*perfringens* que lorsque le mélange des toxines ayant servi à l'immunisation du cheval renferme l'ensemble des antigènes qui caractérisent cette espèce anaérobie.

Rôle du foie dans la régulation de la vagotoninémie. — MM. D. SANTENOISE, L. MERKLEN, C. FRANCK, R. GRANDPIERRE et M. VIDACOVITCH. Le foie arrête et met en réserve, partiellement au moins, la vagotonine sécrétée par le pancréas :

a) L'injection de vagotonine dans les veines mésaraïques n'entraîne pas les modifications végétatives que provoque la même injection de vagotonine pratiquée à doses même plus faibles dans la veine saphène ou jugulaire.

b) On peut déceler chimiquement dans le foie et extraire des quantités appréciables de vagotonine.

Il semble exister un certain parallélisme entre la teneur des extraits hépatiques du commerce en vagotonine et leur efficacité anti-anémique.

Une seconde série de recherches a permis aux auteurs de déterminer certains facteurs et certaines conditions de la libération de la vagotonine ainsi mise en réserve dans le foie.

L'adrénaline, les excitations adrénalinogènes, l'insuline, la peptone se montrent des agents particulièrement efficaces de cette libération, mais n'exercent par eux-mêmes aucune action rappelant les effets de la vagotonine chez l'animal préalablement dépancréaté et ne possédant plus de réserves hépatiques de vagotonine.

Ces faits établissent l'importance du rôle exercé par le foie dans la régulation de la vagotoninémie physiologique, et par conséquent dans la régulation organo-végétative et permettent d'interpréter certaines constatations expérimentales qui jusqu'alors avaient pu paraître paradoxales.

Action de la vagotonine sur l'anémie expérimentale. — — MM. R. GRANDPIERRE et P. GROGNOT, après avoir obtenu une anémie expérimentale stable chez le lapin, soit par ingestion de céruse, soit par injections intraveineuses d'acétate neutre de plomb, ont observé que l'injection sous-cutanée quotidienne de 1 mgr./kg. de vagotonine provoque une augmentation rapide, progressive, régulière et importante du nombre des hématies, en même temps que se relève le taux de l'hémoglobine.

Cette augmentation peut dépasser considérablement le chiffre d'hématies antérieur à l'anémie si le traitement est poursuivi assez longtemps.

De plus, le nombre des globules rouges se maintient à un chiffre élevé pendant plusieurs semaines après la cessation du traitement.

Technique des réactions de fixation du complément. — M. CROSNIER. La détermination du taux de sensibilisation optimum pour la pratique des réactions de fixation du complément est à la fois plus exacte et plus rationnelle lorsqu'on opère un titrage préliminaire à dose fixe de sérum hémolytique en présence d'une dose croissante d'alexine.

En tenant strictement compte du tube initial où l'on constate l'hémolyse totale, on réalise très aisément la sensibilisation, en multipliant le chiffre 0,3 (dose fixe adoptée de sérum hémolytique) par le taux minimum d'alexine nécessaire pour assurer ladite hémolyse.

Cette méthode assure aux réactions le maximum de spécificité, dans les limites les plus sûres de la sensibilité.

LIVRES NOUVEAUX

Ulcères de l'estomac et du duodénum. Diagnostics positifs, diagnostics négatifs, traitements (1), par Maurice DELORT, médecin de l'hôpital Saint-Michel.

L'auteur, dont les travaux en gastro-entérologie font autorité, s'applique à énumérer avec netteté les lignes de l'ulcère de l'estomac et leur valeur au point de vue diagnostique.

La nouveauté la plus importante de cette étude consiste dans l'étude du *diagnostic négatif.* Le malade demande à être renseigné avec certitude et c'est pour permettre au médecin d'être moins vague qu'il ne l'est en général que l'auteur consacre à l'étude du diagnostic négatif quelques pages qui sont parmi les plus originales de son livre.

Une autre des caractéristiques de cet ouvrage est l'effort pour délimiter le certain du probable, du possible et du douteux. La *classification par ordre de valeur* des signes et des tests de toutes sortes est faite avec soin et précision.

Les traitements occupent de nombreuses pages, ils sont minutieusement, complètement et pratiquement exposés. Il en est dégagé les *principes généraux* qui permettent de se tirer de tel cas non calqué sur les exemples donnés.

L. G.

(1) In-8 de 100 pages avec figures dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Vendredi 3 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Grégoire, Lacomme, Portes. — M. COURTILLIÉ. La spasmophilie chez le nourrisson de moins de 2 mois. Mise en évidence par la recherche du signe de Chvostek. — M. LEBOURGEOIS. Glutathion, grossesse et accouchement. — M. MARESSELLE. Etude du traitement chirurgical des thrombo-phlébites pelviennes suppurées d'origine puerpérale. — M. ESPINO-MARIANO. Sur le cathétérisme urétéral dans le traitement des pyélonéphrites aiguës. — M. MONROSE. Etude du traitement de l'hydrocèle vaginale par injections. — M. RODIER. Sur une variété de fracture par éclatement du pilon tibial.

Samedi 4 juillet. — Jury : MM. Bezançon, président ; Lereboullet, Huguenin, Henri Labbé. — M. ABITEBOUL. Etude des méningites herpétiques. — M. BRENNER. Cas nouveau de hernie diaphragmatique traumatique. — M. GREVERIE. Troubles cardiaques persistants après phrénicectomie gauche. — M. JOLY. La collapsothérapie hypotensive. — M. KOLPENITZKI. Le logement sanatorium. Application dans le cadre des assurances sociales. — M. PERGOLA. Syndromes myo-parathyroïdiens simples ou associés. — M. SERRE. Etude de l'état humoral chez les asthmatiques. — M. ABRAMOVICI. Etude du coup de chaleur chez le nourrisson. — Mme CHATENET. Le danger de contamination tuberculeuse dans le personnel infirmier. — M. FERRAUD. Six mois de vaccination par le B C G à l'hôpital d'Argenteuil.

Jury : MM. Léon Binet, président ; Robert Debré, Rathery, Richet. — M. LEMERLE. La réaction de Vernes à la résorcine. — M. CHEVÉ. Diagnostic bactériologique et épanchements pleuraux tuberculeux. — Mme JAMMET. Le syndrome de nanisme rénal. — M. DUPORT. Maladie de Handshiller Christian. — M. LEBERSON. Métabolisme et obésité. — M. DE RUBIANA. Etudes des formes médicales du rhumatisme tuberculeux chronique.

Lundi 29 juin. (Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Brumpt, président ; Lesbouyriès, Panisset. — M. PÉAN. Brucellose des équidés.

Mardi 30 juin. — Jury : MM. Tanon, président ; Panisset, Bressou, Vergé. — M. SABA. Inspection des viandes et des abattoirs en Syrie. — M. VIGNARDON. Marché de la viande et les pouvoirs publics en France.

Samedi 4 juillet. — Jury : MM. Lemaître, président, Bressou, Vergé. — M. FLORENTIN. Etude de l'amygdale pharyngienne chez les mammifères.

Lundi 6 juillet. — Jury : MM. Robert Debré, président ; Fiessinger, Loeper, Abrami. — M. SEYDEL. Du fondement biologique et du mécanisme de la réaction de Bordet-Wassermann. — M. Charles HENRY. La lutte antipaludique en Tunisie. — M. FELDSTEIN. Les néphropathies d'origine nerveuse. — M. BOUDAGHIAN. Etude des variations des leucocytes sanguins chez les malades soumis à la radiothérapie. — M. MANDEL. La maladie de Paget. Etude de la pathogénie.

Jury : MM. Baudouin, président ; Léon Binet, Champy, Giroud. — M. ZIMMER. La diathèse néoplasique dans le système nerveux. La neuro-fibromatose. — Mlle BUVAT-COTTIN. Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanies. — M. GREISSLER. Le 3e bruit du cœur et le dédoublement physiologique du 2e bruit. — M. WEIL. Les tumeurs du testicule de l'homme. Embryologie et pathologie générale.

Mardi 7 juillet. — Jury : MM. Cunéo, président ; Pierre Duval, Lemaître, Halphen. — Mlle DESMONTS. Les ganglioneuromes viscéraux. — M. FRESNAIS. L'ablation isolée de la 1re côte en chirurgie pleura-pulmonaire. — M. DAUPTAIN. Etude de la monoalvéolyse traumatique. — M. DUFLOT. La section du nerf dentaire inférieur dans le traitement du tic de la face. — M. KRAVIECKI. Considérations sur les groupements après évidement fibro-mastoïdien. — M. RANJARD. Traitement des phlegmons péri-amygdaliens par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine. — M. REICH. Les ostéomes du sinus frontal. — Mlle WEISSBERG. Etude du traitement des infections des canaux dentaires et de la région périapicale par la haute fréquence.

Jury : MM. Balthazard, président ; Laignel-Lavastine, Rathery, Duvoir. — M. CAUDRON. Syphilis et médecine légale. — M. GOUDOT. Considérations sur le traitement et le pronostic des toxicomanies et morphinomanies. — M. GUÉBEL. Recherche sur la tolérance de l'appareil optique à l'acétylarsan. — M. PETIT. Le bruit dans la vie moderne et ses effets. — M. RIVERO Y CASTRO. La silicose est-elle une maladie autonome ?

Jury : MM. Bezançon, président ; Nobécourt, Heitz-Boyer, Sénèque. — M. DESSEIGNE. Etude du traitement des poliarthrites rhumatismales chroniques. — M. FALIU. Kystes hydatiques calcifiés du foie. — M. JANEAU. Alcoolisation des nerfs intercostaux. Traitement adjuvant de la tuberculose pulmonaire. — M. RABINOVICI. Etu-

de du traitement médical des métrites. — M. Vaugelade de Breuillac. Etude du botulisme. — Mlle Herzlech. Emploi du lait calcique dans la diététique du nourrisson. — M. Stoffer. Etude des endocardites survenues au cours de l'érythème noueux.

Jury : MM. Rouvière, président ; Sergent, Tiffeneau, Hazard. — M. Delon. Topographie et rôle du nucléus pulposus. — M. Cabezas Duffner. La téléroentgenthérapie totale dans le traitement des leucémies chroniques. — M. Fourestier. Etude de l'effet controlatéral de la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire. — M. Buding. Recherches sur la dégénérescence graisseuse du foie. — M. Kellner. Etude sur l'élimination de la sulfamido-chrysoïdine. — M. Szellosi. Etude des variations de la toxicité de la novocaïne et de la morphine en fonction des acides qui les salifient.

Mercredi 8 *juillet*. — Jury : MM. Gosset, président ; Grégoire, Mathieu, Leveuf. — M. Bayardelle. L'hystérographie dans le diagnostic des métrorragies. — M. Louis. Le lever précoce des opérés d'appendicite. — M. May. Etude du traitement de l'ostéomyélite aiguë des adolescents. — M. Benoist. Contribution aux indications et aux techniques chirurgicales dans le traitement des arthrites déformantes de la hanche. — M. Deloche. Les lésions traumatiques du genou des joueurs de football. — M. Martel. Etude radiologique de la cavité cotyloïde normale de l'adulte.

Jury : MM. Clerc, président ; Marcel Labbé, Harvier, Mouquin. — M. Gogny. Action sur le sang des amines biologiques et autres substances azotées. — Mlle Liphschutz. Etude des effets de sels mercuriels organiques dans les ascites cirrhotiques. — M. Flapan. Etude des lésions tuberculeuses folliculaires du goitre basedowien. — M. Lobel. Syndrome hyperfolliculinique.

Jury : MM. Couvelaire, président ; Lemierre, Portes, Quénu. — M. Cornaire. A propos d'un cas de malformation ombilicale. — Mmes Alépée. Bactériothérapie lactique en gynécologie. — Mme Canonne. Etude de la provocation de l'évacuation utérine par association d'agents médicamenteux. — M. Landrieu. Etude des différents moyens d'exploration de l'utérus en travail. — M. Petiton-Saint-Mard. Fausses grossesses tubaires. — M. Reichmann. La symphysiotomie à la Zarate à la Maternité Lariboisière. — M. Steiner. Le facteur grossesse dans la carie dentaire. — M. Wagschal. A propos des deux cas de présentation primitive de la face. — M. Canonne. Etude du saturnisme d'origine hydrique. — M. Katlarewski. L'endocardite méningococcique.

Jury : MM. Tanon, président ; Chiray, Joannon, Troisier. — M. Barrientos. L'ankylostomiase en Colombie. — M. Carles. Etude de la météorologie médicale. — M. Cernes. Les fruits et le froid. — M. Dufour-Lamartine. Les contaminations par les livres neufs et d'occasion. — M. Diune. Etude du mécanisme de la cutiréaction à la tuberculine. — M. Farge. De l'abus des excitants dans le travail intellectuel. — M. Girard. Etude de l'histoire de l'hygiène en France. — M. Hart. Milieu confiné et milieu surpressé dans les abris contre les gaz. — M. Munnier. Etude des céphalées au cours du syndrome du ganglion sphéno-palatin. — Mlle Puech. La protection des enfants et la guerre aéro-chimique. — M. Szeker. Les rechutes du paludisme. — M. Vega. La conception de Franck sur l'aleucémie hémorragique.

Jeudi 9 *juillet*. — Jury : MM. Roussy, président ; Guillain, Verne, Alajouanine. — M. Delhaye. Accidents cutanés des teintures capillaires. — M. Millot. Formes anatomo-cliniques des épithéliomas du canal cervical. — M. Degouy. Les paralysies obstétricales du type supérieur. — M. Dainville de la Tournelle. Le début de la sclérose en plaques. — M. Greif. Le syndrome de dyskinésie de l'écriture. — M. Mahmedi. Lésions nerveuses démontrées par l'examen électrique dans la maladie de Volkmann. — M. Silvestre. Etude clinique d'un cas de Parkinson aigu typhique. — M. de Bermingham. Essai de justification de l'endocrinothérapie par l'hormone du follicule ovarien.

Jury : MM. Lenormant, président ; Marion, Terrien, Heitz-Boyer. — M. Dumont. Uranostaphylorrhaphie et lambeaux palatins. — M. Lipiec. Les faux calculs de la vessie. — M. Pariente. Traitement endoscopique des dysuries cervicales. — M. Combacal. Contribution clinique à l'étude du Pemphygus oculaire ; ses rapports avec certaines affections cutanées. — M. Desprès. Etude de l'herpès cornéen. — M. Hochman. Lymphonie de la conjonctivite. — M. Perronnetti. Polyopie monoculaire dans les débuts de la cataracte.

Jury : MM. Brindeau, président ; Mocquot, Brocq, Vaudescal. — M. Castro-Sanchez : Considérations sur la conduite à tenir dans le cas de brièveté du cordon. — M. Nadjmabadi. Cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse. — M. Andriopoulos. Etude des phlébites et des embolies après ligamentopexie de Dolerès. — Mlle Galin. Etude de la technique et des indications du massage utérin. — M. Gresse Richard. Etude de la salpingectomie double avec conservation de l'utérus et de l'ovaire dans le traitement des annexites bilatérales. — Mlle Odoul. Les autogreffes ovariennes par le procédé du Dr Douay. — M. Riazi. Intérêt pratique de test de Schiller dans les lésions du col de l'utérus.

Jury : MM. Claude, président ; Lereboullet, Strohl, Lévy-Valensi. — M. Colonna d'Istria. Etude des services ouverts pour malades mentaux. — M. Lacombe. Le cas de Borodine, musicien du dimanche. — M. Rosenfeld. Les compensations morbides. — M. Weinbach. Etude clinique de la schizophrénie. — M. de Berg. Etude des rapports de l'épilepsie idiopathique infantile avec l'hérédo-syphilis. — M. Glucklich. Sur quelques syndromes d'infantilisme. — M. Joseph Isaac. Quelques résultats inattendus ou paradoxaux de la cutiréaction à la tuberculine. — M. Le Bars. Le traitement des polynévrites par la radiothérapie.

Jury : MM. Carnot, président ; Gougerot, Chabrol, Sézary. — M. Clarac. Etude de l'embryothérapie. — M. Levaditi. La maladie de Nicolas-Favre expérimentale. — M. Liermain. La nausée symptôme duodénal. — M. Mestries. Le traitement thermal du diabète depuis l'insuline. — M. Alpert. Les concomitances morbides chez les psoriasiques. — M. Galbrun. Le pityriasis rosé de Gibert. Etiologie mycosique. — M. Jablonski. L'autochimiothérapie locale dans le traitement de l'eczéma. — M. Mirski. Herpès et chancre syphilitique. — M. Roubas. Radiodermites consécutives à l'injection de sels radifères.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANEVRISME ARTERIEL POPLITE [1]

DIAGNOSTIC

L'anévrisme jeune. — *Tumeur battante et expansive*, de diagnostic généralement aisé.

On élimine aisément les battements artériels transmis à une *adénite*, un *kyste poplité médian*.

On discutera seulement, en dehors de *l'allongement flexueux de la poplitée*, fréquent chez les sujets âgés athéromateux :

Le sarcome télangectiasique de l'extrémité inférieure du fémur ou de l'extrémité supérieure du tibia : hypertrophie en masse de l'épiphyse, pas d'affaissement de la tumeur par compression de la fémorale, radio.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 51, p. 926 ; n° 53, p. 958.

L'anévrisme artério-veineux : antécédent traumatique, tumeur peu nette, thrill et souffle continu à renforcement systolique se propageant loin.

L'anévrisme vieux. *Expansion et battements disparus,* diagnostic plus délicat avec :

Une tumeur solide, névrome, fibrome, lipome, surtout *adénite chronique,* mais tumeur plus dure, fixe, souvent polycyclique ;

Un kyste poplité, le plus souvent latéral, saillant dans l'extension, ne modifiant pas le pouls ;

Un abcès froid poplité, secondaire ou primitif.

L'anévrisme enflammé. *L'adénophlegmon du creux poplité.* On se méfiera toujours de l'anévrisme, toute suppuration sur un trajet artériel devant le faire suspecter.

TRAITEMENT

Le traitement médical est abandonné.

On doit rejeter les injections coagulantes. Seul, le **traitement antisyphilitique,** dont l'action est souvent nette, devra être utilisé de façon presque systématique pour préparer le malade à l'intervention.

L'anévrisme nécessite une sanction opératoire, malgré les difficultés fréquentes de l'intervention et les dangers qu'elle peut faire courir au malade.

Les méthodes. — Les interventions indirectes sont pratiquement abandonnées. Toutes les fois que la chose sera possible, on s'efforcera de :

Supprimer la poche anévrismale (par extirpation ou oblitération) ;

Conserver, au moins temporairement, la voie artérielle.

1. La compression, jadis très employée (bande d'Esmarch, flexion du genou, compression digitale de la fémorale) n'est plus qu'un procédé préparatoire à l'intervention, ayant pour but d'aider au développement de la circulation collatérale.

Plus efficaces et plus utiles (Leriche) semblent les procédés récemment proposés de *ligature incomplète à distance :* compression directe de l'artère par une bande flexible d'aluminium que l'on serre jusqu'à disparition du pouls périphérique (Halsted, Matas). Ce procédé permet l'affaissement au moins partiel de l'anévrisme ; il favorise le développement de la circulation collatérale et facilite une intervention radicale si celle-ci est jugée nécessaire.

2. Les ligatures complètes. — *La simple ligature à distance* (Scarpa, Hunter, Wardrop) n'est plus utilisée.

La double ligature est à rejeter, car souvent insuffisante, conservant une tumeur gênante et douloureuse, de résultat fonctionnel souvent médiocre et pouvant déterminer une gangrène (Delbet).

L'incision entre deux ligatures (Antyllus) n'est qu'un procédé de nécessité à réserver aux cas où l'extirpation est impossible. Elle expose en effet à de graves accidents infectieux, à des hémorragies secondaires, et laisse souvent persister les phénomènes douloureux.

3. L'extirpation entre deux ligatures (Delbet) est encore le procédé le plus employé, mais elle est assez souvent difficile et parfois dangereuse pour la vitalité du membre.

L'extirpation avec restauration de la continuité artérielle est rarement pratiquable. La suture latérale et la suture circulaire termino-terminale sont très exceptionnellement possibles (certains anévrismes fusiformes). La greffe vasculaire, qui a donné de beaux résultats, est rarement utilisable et trop souvent aléatoire.

4. L'endoanévrismorraphie (Matas) est l'intervention actuellement préconisée. Sous hémostase temporaire, on ouvre et on examine le sac, qui sera traité par suture endoanévrismale. Selon l'état de la paroi, la forme de l'anévrisme, le siège et le nombre des orifices artériels, on pratiquera une anévrismorraphie :

Restauratrice : fermeture du collet d'un anévrisme sacciforme ;

Reconstitutive : recalibrage par suture sur une sonde d'une artère déformée par un anévrisme fusiforme ;

Oblitératrice : fermeture de tous les orifices qui s'ouvrent dans le sac et capitonnage de la poche.

C'est à cette dernière méthode qu'on doit le plus souvent recourir en raison de la friabilité habituelle des parois de l'anévrisme. Les deux premières seraient préférables, car conservant la voie artérielle : en fait, quelle que soit la méthode employée, l'anévrismorraphie aboutira très souvent à l'oblitération plus ou moins tardive de l'artère, mais elle favorise considérablement le développement d'une circulation collatérale de suppléance suffisante.

Les indications. — Il faut opérer par voie large et se baser sur : **1. l'état de la circulation collatérale.** *Les anastomoses seront suffisantes et l'extirpation sans danger si :*

L'anévrisme est vieux, non expansif, battant à peine ou pas ;

Le pouls en aval est très faible ou non modifié par compression de l'artère au voisinage de l'anévrisme ;

Le sang reflue par le bout périphérique après compression du bout central de l'artère.

Les anastomoses seront insuffisantes et l'anévrismorraphie préférable si :

L'anévrisme est fortement battant, fortement expansif ;

Le pouls en aval est conservé, aussi vibrant que du côté opposé, disparaissant ou très diminué par compression de l'artère en amont de l'anévrisme.

2. Les caractères de l'anévrisme, qui règlent les possibilités opératoires :

Forme : fusiforme ou sacciforme ;

Siège fémoral ou jambier, d'où abord plus ou moins aisé ;

Parois : friables ou suturables, souples ou dures et infiltrées ;

Nombre et siège des orifices artériels.

Si l'anévrisme est haut, l'extirpation suffit en règle, car la circulation de suppléance est suffisante.

Mais on est à l'aise et on peut tenter l'endoanévrismorraphie si on a à faire à un bon cas (anévrisme à parois souples et suturables).

Si l'anévrisme est bas : la circulation collatérale est ordinairement insuffisante ; l'extirpation est dangereuse, il faut essayer de conserver la voie artérielle ou tout ou moins respecter les collatérales.

On tentera l'anévrismorraphie, mais l'intervention est délicate et malaisée du fait du siège de la poche et du grand nombre de collatérales intéressées. On ne pourra souvent que faire une double ligature.

Les résultats. — En dehors des accidents immédiats :

Gangrène, embolies, hémorragies secondaires, le pronostic à distance est généralement favorable et les troubles circulatoires peu marqués.

Anévrisme compliqué (Leriche).

Rupture. — Si l'état du malade le permet, les mêmes méthodes sont indiquées. Lorsque l'anévrisme est rompu dans l'articulation, l'amputation s'impose.

Gangrène. — Amputation seulement si gangrène massive du membre. Exérèse retardée et limitée, précédée du traitement de l'anévrisme, si gangrène parcellaire.

Infection. — Proscrire toute ligature. L'extirpation redevient la méthode de choix quand l'amputation ne s'impose pas, ce qui se voit encore.

CHRISTIAN PIERRA.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LIVRES NOUVEAUX

L'année électro-radiologique. *Deuxième année* (1), par Morel-Kahn. Avec la collaboration de MM. G. Appell-Duclaux, L. Babaiantz, P.-H. Codet, R. Coliez, A. Devois, T. Fainsilber, H. Fischgold, G. Gaudocheau, P. Guilhem, P. Marquès, Nemours-Auguste, R. Savignac, E. Speder, W. Strouzer, L. Stuhl.

Ce livre qui paraît chaque année a pour but de faire connaître à tous les médecins beaucoup d'applications nouvelles de l'électro-radiologie qui n'avaient été exposées jusqu'à ce jour que dans les revues spécialisées.

Tout en rappelant au spécialiste les travaux les plus importants des derniers mois épars dans la littérature, les auteurs de ce livre montrent au clinicien l'aide que peut lui apporter l'électro-radiologie tant au point de vue du diagnostic que du traitement.

Ils ne citent pas tout ce qui a paru récemment, mais ils explorent les différents domaines de l'électro-radiologie, négligeant les détails pour exposer l'essentiel qui seul présente pour tous de l'intérêt. Comme illustrations, le lecteur trouvera quelques schémas clairs, quelques radiographies caractéristiques, et comme bibliographie, des indications d'articles fondamentaux qui doivent suffire pour guider les recherches.

L. G.

(1) In-8 de 266 pages avec 38 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.


LIPIODOL LAFAY
THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC
Huile iodée à 40%
54. centigr. d'iode pur par centi. cube
Injection intra-utérine de Lipiodol
Dr LAFAY LIPIODOL PARIS
LIPIODOL LAFAY A. GUERBET PHARMACIEN 22, Rue du Landy à St Ouen (Seine)
Injection intra-fistulaire de Lipiodol
POUR COMBATTRE
ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS
POUR EXPLORER
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÉS ET FISTULES
AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS
A. GUERBET & Cie
Pharmacien
Ex-interne des Hôpitaux de Paris
22, Rue du Landy
St-OUEN (près Paris)
Dosage :
1 cm3. = 0 gr. 54 d'iode
1 capsule
1 cuiller à café d'émulsion = 0 gr. 20 d'iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode
LIPIODOL à 20%
LIPIODOL à 10% Ascendant
HÉMET-JEP-CARRÉ

N° 56. — SAMEDI 11 JUILLET 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Vacances 1936. — Bibliothèque.* — A partir du 13 juillet les séances du soir seront suspendues et reprises à partir du 1er octobre.

Du 16 juillet au 31 juillet la bibliothèque sera ouverte tous les jours, de 14 à 18 h. Elle sera fermée à partir du 1er août.

A partir du 1er septembre, elle sera réouverte jusqu'au 14 septembre les mardis, jeudis et samedis, de 14 à 17 h., et du 15 septembre au 30 septembre les mardis, mercredis, jeudis et vendredis, de 14 à 18 h.

Le service normal quotidien reprendra à partir du 1er octobre.

Secrétariat. — Pendant la durée des vacances, le secrétariat sera ouvert tous les jours, de midi à 15 h.

Le service normal, de 9 à 11 h. et de midi à 15 h., reprendra à partir du 1er octobre.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — La Ville et l'Ecole de médecine de Caen ont célébré dimanche le centième anniversaire du professeur Ameline, l'inventeur des modèles d'anatomie clastique dont les pièces démontables ont connu tant de succès.

L'éloge d'Ameline a été prononcé par le professeur Chaperon.

LÉGION D'HONNEUR. — GRANDE CHANCELLERIE. — *Au grade de chevalier.* — M. Charrin, médecin honoraire de l'hôpital de Valence.

SANATORIUMS PUBLICS. — M. le docteur Collet, médecin directeur au sanatorium de Bellegarde à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne), a été nommé, sur sa demande, médecin directeur du sanatorium interdépartemental de Cluzeau (Haute-Vienne).

M. le docteur Depoire, médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), a été affecté au sanatorium de Bellegarde à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne).

M. le docteur Lasserre a été nommé médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais).

PREMIÈRE CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA « FEVER THERAPY ». — La première conférence internationale de la pyrétothérapie se tiendra du 30 mars au 2 avril 1937 au Collège des médecins et chirurgiens de l'Université Columbia à New-York.

Le Comité français est présidé par MM. d'Arsonval et Abrami. Les secrétaires généraux français sont MM. André Halphen et J. Auclair, 222 *bis*, rue Marcadet, Paris (XVIIIe). Les membres du Comité français sont MM. Alajouanine, Binet, Claude Janet, Lardennois, Laubry et Levaditi.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, docteur William Bierman, 471, Park Avenue, New-York City, U. S. A.

PRIX A. CHAUVIN (OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE). — Dans le seul but d'encourager le développement du mouvement oto neuro-ophtalmologique, M. A. Chauvin (d'Aubenas, Ardèche) a mis à la disposition de la Société d'O.-N.-O. une somme de 6.000 fr. destinée à la fondation d'un prix bisannuel.

Réunie en Congrès à Lyon, la Société d'O.-N.-O. a décidé d'attribuer ce prix au meilleur mémoire inédit présenté sur le sujet suivant : « La dysharmonie vestibulaire ».

Le jury présidé par le professeur J.-A. Barré (de Strasbourg) et composé de MM. Halphen (de Paris), Roger (de

Marseille), Terracol (de Montpellier), Tournay et Velter (de Paris) attribuera ce prix lors du prochain Congrès qui aura lieu à Genève en 1937.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. A. Chauvin, docteur en pharmacie, Aubenas (Ardèche).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Loque, ancien député du Vaucluse, décédé à Bollène à l'âge de 83 ans; Louis Bénard-Tertrais (de Château-Gontier).

Le VIIIe Cours international de haute culture médicale aura lieu à Athènes, du 7 au 21 septembre 1936, sous le Haut Patronage de S. M. le Roi des Hellènes et sous les auspices de l'Université d'Athènes et du ministre de l'Hygiène de Grèce.

Voici une première liste de conférences :

Maladies tropicales et infectieuses : MM. R. T. Leiper (Londres), J. Gordon Thomson (Londres), Sir M. Watson (Londres), J. Bordet (Bruxelles), E. Marchoux (Paris), F. d'Hérelle (Paris), K. Todorovitch (Belgrade), J. Valtis (Athènes), C. Levaditi (Paris), Philipp H. Manson-Bahr (Londres), R. Loewenstein (Vienne).

Chirurgie : Sir H. Gillies (Londres), A. H. Mcindoe (Londres), J. Delchef (Bruxelles), R. Leriche (Strasbourg), C. P. G. Wakeley (Londres), R. Nissen (Istanbul).

Section cardiovasculaire : R. Rijlant (Bruxelles), C. Heymans (Gand), V. Arnoljevic (Belgrade).

Cancer : A. P. Dustin (Bruxelles), P. Mendelyeff (Bruxelles), F. Blumenthal (Belgrade), J. H. Thomson (Londres).

Conférences libres : M. de Laet (Bruxelles), G. Cambrelin (Bruxelles), I. Joliot-Curie (Paris), F. Joliot-Curie (Paris), F. M. Messerli (Lausanne), Mathieu Pierre-Weil (Paris), A. J. D. Cameron (Tunbridge Wells), Folke Henschen (Stockholm), Lina Stern (Moscou), P. Chevalier (Paris).

Syphiligraphie et dermatologie : A. Bessemans (Gand), B. Dujardin (Bruxelles), L. M. Pautrier (Srasbourg).

Ce Cours présentera un intérêt double, tant archéologique que médical ; en effet, d'éminents archéologues français, belges et anglais guideront les auditeurs à travers la Grèce antique : Athènes, Delphes, Corfou, Crète, Mycène, Sparte, etc.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au Secrétariat général : L. W. Tomarkin, Faculté de Médecine, 115, boulevard de Waterloo, Bruxelles (Belgique).

MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

Médecine générale. — M. Maurice Bariéty (tuberculose), médecin des hôpitaux, 77, rue de Monceau (8e). Tél. Lab. 14-54, sera présent à Paris à partir du 16 juillet 1936. — M. Jacques Odinet sera à Paris, 4, rue de la Renaissance (8e) du 20 juillet au 10 septembre. — M. Maurice Kaplan (médecine infantile), sera présent à Paris, 12, rue César-Franck (15e), pendant les mois d'août et septembre. — M. Albeaux-Fernet (maladies du foie), 85, avenue Henri-Martin (16e) sera présent à Paris à partir du 1er août. — M. Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher), 50, av. de Saxe, sera absent de fin juillet au 1er octobre. — M. le professeur Lemierre, 3, rue Rabelais, sera présent à partir du 1er septembre. — M. Julien Huber, médecin des hôpitaux, 36, rue du Colisée, sera présent en juillet et août. — M. Ribadeau-Dumas, médecin de la Salpêtrière (crèche), 23, rue François-Ier, sera absent du 1er août au 15 septembre.

Chirurgie. — M. Marcel Thalheimer, chirurgien des hôpitaux, 24, rue du Recteur-Poincaré (16e), tél. Aut. 17-10, restera à Paris pendant les vacances.

Dermato-vénéréologie. — M. le Dr Galliot, 74, rue de Rome, absent pendant le mois de juillet, reprendra ses consultations le 3 août, et sera présent à Paris en août et septembre.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS AURONT-ILS LE DROIT D'EXERCER APRÈS 65 ANS? (1)

Le Comité de l'Association corporative des Etudiants en Médecine de Paris n'a cessé de dénoncer, sous l'ancienne législature, la proposition de loi Pomaret, dont un des buts est d'interdire aux membres des professions libérales l'utilisation de leur diplôme au delà de 65 ans. La nouvelle Chambre a été saisie à nouveau, le 5 juin dernier, d'une nouvelle proposition de loi Pomaret, plus corsée que la précédente. Elles touche en effet tous les fonctionnaires, toutes les carrières intellectuelles, commerciales, industrielles et juridiques, et la médecine en particulier.

A 65 ans, tous les médecins sans exception seront chassés de leur cabinet.

Le Comité de l'Association corporative des Etudiants en Médecine proteste avec la dernière énergie contre un tel projet satanique, qui n'a jamais été soumis aux syndicats médicaux.

L'Association corporative des Etudiants en Médecine de Paris fait un appel à toutes les catégories d'intellectuels, et en particulier aux membres du Barreau et du corps pharmaceutique, et leur demande de s'associer aux Syndicats médicaux et à la Confédération des Syndicats médicaux français, pour entreprendre d'*extrême urgence* une campagne en vue d'obtenir le retrait de la proposition Pomaret.

Le Comité de l'Association corporative des Etudiants en Médecine de Paris constate avec amertume que les hommes politiques ne figurent pas dans les exclusives fixées par la proposition de loi en question.

Le Comité de l'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris.

RENSEIGNEMENTS

DOCTEUR recommande dame 50 ans, éduc. parf. Réf. mor. 1er ordre, dés. tr. sit. chez Dr pr recev. clientèle, tél., tiendr. pet. compt., dirig. intér., accomp. Dr stat. therm. été et hiver. — Renseignements : Mme le Dr Lesieur, 21, place de la République, Caen (Calvados).

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 54, p. 962.

REVUE GENERALE

LES COLIBACILLOSES URINAIRES [1]

Par M. le professeur DUVERGEY (de Bordeaux).

Le colibacille est l'agent pathogène le plus souvent rencontré au cours des infections urinaires. Cette localisation du colibacille dans l'arbre urinaire est secondaire à une infection générale, à une « colibacillémie », à point de départ le plus souvent intestinal.

Historique. — Escherich en 1884 le découvre dans l'intestin, trois ans plus tard Clado l'identifie dans l'urine. Albarran et Hallé décrivent la « bactérie pyogène » et c'est à Achard et Renaut que revient le mérite d'avoir montré que cette bactérie présentait les mêmes caractères que ceux du colibacille.

Albarran met en lumière l'origine hématogène de l'infection, Bard démontre le point de départ intestinal, Heitz Boyer insiste sur les relations des infections urinaires et intestinales et donne à l'ensemble de ces phénomènes le nom de syndrome entéro-rénal. De nos jours, les travaux sur cette question sont très importants ; il faut citer ceux d'Hérelle et ceux de Vincent qui découvre les bases du sérum anticolibacillaire.

Etiologie. — C'est surtout ces derniers temps que l'on remarque l'extrême fréquence de la colibacillose; sans doute cette affection était-elle mal connue autrefois et considérée comme des albuminuries ou des lésions de néphrite chronique primitive ; nous savons aujourd'hui qu'elles ne sont que l'aboutissant de vieilles lésions sclérosées colibacillaires.

Quelles sont les *voies d'apport* du colibacille ?

1° *Voie ascendante.* Elle est rare et se voit surtout chez le nourrisson, la fillette et la femme. Si l'on note le voisinage de l'anus et de la région vulvo-urétrale, le peu de longueur de l'urètre féminin, on conçoit que le colibacille, saprophyte de l'intestin et de la région vulvaire, puisse remonter par voie canaliculaire jusque dans la vessie.

Chez l'homme, au cours de malformations des organes génitaux externes, au cours des rétrécissements blennorragiques de l'urètre, il suffit d'un sondage ou d'une dilatation faits malproprement pour infecter l'urine qui stagne en aval.

Au cours du reflux vésico-urétéral, d'origine congénitale ou acquise, l'uretère n'étant plus protégé, une cystite colibacillaire peut être le point de départ d'une pyélonéphrite. Le cathétérisme des uretères fait septiquement peut de même provoquer l'infection des reins.

2° *Voie descendante* ou hématogène. Elle est de beaucoup la plus fréquente. Il existe un premier foyer source du colibacille : angines, parotidites, angiocholites, affections génitales et puerpérales ; mais l'origine intestinale est celle qui est en cause dans 95 % des cas.

(1) Leçon recueillie par M. Henry Duvergey, interne du service.

Ces lésions intestinales sont par conséquent très fréquentes et il faut savoir les dépister. Il s'agit de constipation chronique, de stase intestinale d'ordre mécanique ou sécrétoire, localisée surtout au niveau du côlon droit (P. Duval et J.-C. Roux), de lésions d'entéro-colite.

Le colibacille à la faveur de ces entéropathies passe dans le sang, c'est le deuxième stade dit sanguin, démontré par les travaux de Widal et Lemierre et confirmé depuis par les hémocultures dans les cas de colibacillose aiguë. Le colibacille est alors éliminé par le rein, c'est le troisième stade dit urinaire. Vincent en a donné la preuve en montrant la présence de ces microbes au niveau de la capsule de Bowmann.

Comme causes favorisant le passage des colibacilles dans le sang, il faut noter les érosions et les ulcérations intestinales d'origine inflammatoire ou autres, les vers intestinaux (oxyures, lombrics, tricocéphales) dans 30 % des cas, déterminant des solutions de continuité de l'intestin.

Une voie descendante secondaire est représentée par la voie lymphatique ; les colibacilles d'origine intestinale passent dans les chylifères, de là dans la Citerne de Pecquet, puis dans le torrent circulatoire.

3° *Voie directe* ou par contiguïté. C'est la voie la plus rare de toutes ; le colibacille est apporté directement de l'extérieur, au cours des plaies de l'appareil urinaire avec ou sans corps étranger ; les collections purulentes d'origine appendiculaire, hépatique ou autres peuvent s'ouvrir secondairement dans le bassinet.

Causes favorisantes. — Elles sont d'ordre général et d'ordre local.

1° *D'ordre général.* — La colibacillose se voit surtout à l'âge moyen de la vie ; la femme y est surtout prédisposée, la ptose rénale, les coudures urétérales gênant le cours de l'urine, la constipation habituelle, les infections génitales, les grossesses retentissant à la fois sur l'intestin et sur l'appareil excréteur du rein, tout favorise chez elle cette infection.

Il semble exister une certaine hérédité, hérédité de terrain, sans doute, mais aussi même genre d'alimentation ; les Anglo-Saxons y sont prédisposés. Le sédentarisme, l'insuffisance hépatique entretiennent les fermentations intestinales (action antiseptique de la bile).

Un point très important et de connaissance récente est présenté par la conception de l'alcalose urinaire. Le colibacille se développe mal en milieu acide ; l'abus de l'eau, des légumes, du régime végétarien, souvent par phobie de l'hypertension artérielle, favorise l'alcalinité des urines, facilement contrôlée au papier de tournesol, et facilite l'invasion de l'organisme par le colibacille.

2° *D'ordre local.* — Vincent a démontré que le glomérule de Malpighi permettait physiologiquement le passage du colibacille ; le pelotonnage de l'artère avec la circulation ralentie, le sphincter siégeant sur l'artère efférente augmentant la pression du système vasculaire constituent des facteurs de colibacillémie.

Les causes favorisantes pathologiques sont très importantes à connaître ; certains auteurs prétendent

qu'il n'y a pas de colibacillose sans atteinte des voies urinaires, surtout quand ces colibacilloses ont une allure chronique.

En tout cas le colibacille complique toutes les affections urinaires chaque fois qu'il y a congestion ou rétention ou obstacle à l'excrétion de l'urine, ainsi par exemple : au niveau du rein, le rein flottant, l'hydronéphrose, la lithiase, la bacillose ; au niveau de l'uretère : les calculs, les rétrécissements, les compressions ; au niveau de la vessie : les rétentions, les tumeurs, les calculs, les diverticules ; au niveau de la prostate : l'adénome, le cancer, les prostatites ; et enfin les rétrécissements au niveau de l'urètre.

Physio-Pathologie. — Il se produit secondairement à l'infection une dilatation des voies urinaires supérieures. Ce phénomène de connaissance récente peut être comparé à ce qui se produit au cours des péritonites ; le muscle intestinal parésié se laisse dilater, il se produit l'iléus paralytique. L'inhibition et la dilatation secondaire de la musculeuse urétéro-pyélique est en rapport avec l'infection de ses cavités.

Anatomie pathologique. — Au début il se produit de la bactériurie sans lésion rénale ; on peut noter une suractivité physiologique avec prolifération glandulaire ; des lésions inflammatoires se produisent vite avec lésions de néphrite subaiguë ; mais rapidement ce sont des lésions dégénératives, une transformation scléreuse du parenchyme aboutissant à la néphrite chronique.

Symptomatologie. — La *douleur* est un signe constant, mais d'intensité variable ; tantôt sourde, continue, elle ne disparaît pas avec le repos ; tantôt très violente, elle peut être confondue avec une annexite ou une appendicite, elle est due à la mise sous tension des cavités rénales.

Les troubles mictionnels accusés par les malades sont dus à des phénomènes de cystite ; on note de la pollakiurie, une légère pyurie, de petites hématuries terminales et des douleurs plus marquées à la fin de la miction. Cette cystite colibacillaire est presque toujours secondaire à l'infection rénale ; cette notion est essentielle à connaître au point de vue thérapeutique et l'on comprend que les lavages et instillations vésicales ne détruisent que momentanément les germes, ceux-ci vivant dans les cavités rénales sont continuellement chassés dans la vessie, provoquant en conséquence des cystites à répétition.

C'est ainsi que nous venons d'avoir dans le service d'urologie, une femme atteinte de cystite colibacillaire grave ; elle avait une pollakiurie très intense, urinant toutes les dix minutes et souffrant continuellement ; elle était soignée en ville par des instillations vésicales sans aucune amélioration. Deux lavages du bassinet suffirent à guérir sa cystite.

Les signes généraux sont fréquents. La fièvre continue ou intermittente oscille le soir autour de 38°. Les troubles gastro-intestinaux dominent souvent la scène et ces malades consultant un spécialiste des voies digestives sont pris pour des sujets atteints d'entérite ou d'appendicite chronique pure.

Ces malades accusent une *fatigue musculaire*, une asthénie généralisée, une inaptitude à l'effort, au travail intellectuel. Vincent a montré que ces troubles nerveux étaient dus à l'exotoxine neurotrope du colibacille.

Les signes de déficience de la fonction uréique ne tardent pas à apparaître, le rein se défendant à l'infection et à la suppuration par la sclérose. La céphalée, le prurit, la sécheresse de la bouche, les vomissements, la diarrhée, une légère dyspnée traduisent l'élévation de l'azotémie.

Les signes physiques. — L'examen des points rénaux et urétéraux montre leur sensibilité. L'urine doit être examinée *vivante*, c'est-à-dire aussitôt après la miction ; abondante, d'odeur fétide, elle peut être limpide, trouble ou purulente. Envoyée au laboratoire on trouvera après centrifugation le colibacille en grande quantité ; dans les cas douteux on fera une culture sur bouillon.

Formes cliniques. — Le colibacille atteint tous les segments de l'arbre urinaire, mais suivant la plus ou moins grande résistance de ceux-ci, il peut prédominer et se localiser au rein, à la vessie, etc..., expliquant de la sorte la multitude de ses formes cliniques.

C'est ainsi que l'on décrit des néphrites, des pyélonéphrites, des pyonéphroses, des phlegmons périrénaux, des cystites, des péricystites, ce sont les formes chirurgicales ; nous insisterons seulement sur les formes médico-chirurgicales.

1) *Forme chronique.* — Elle est souvent insidieuse et rebelle au traitement. Par moment elle se manifeste par des crises fébriles dues à des phénomènes de rétention urétéro-pyélique ; l'uroselectan aide à poser le diagnostic.

2) *Forme latente.* — Elle se manifeste surtout par des signes d'emprunt, elle est prise pour une appendicite, annexite, colite, grippe.

3) *Forme bactériurique.* — Les urines restent claires, limpides, tout en contenant du colibacille. Cette forme correspond à la période présuppurative de Bard.

4) *Forme hématurique.* — De connaissance récente, elle se manifeste par des hématuries totales et souvent très abondantes coïncidant avec une simple colibacillurie. On arrête ces hémorragies par le drainage urétéral pendant 15 jours, en changeant les sondes tous les deux ou trois jours.

5° *Forme septicémique.* — Les phénomènes infectieux occupent le premier plan. On note une température élevée, des frissons, un pouls rapide, un état pseudo-typhique, une hémoculture positive dans 70 % des cas. Elle est due au passage des germes microbiens dans le sang. Cette forme à début dramatique évolue souvent vers la guérison. (Heitz Boyer.)

6) *Forme infantile.* — Elle se voit surtout chez les nourrissons et se traduit par un tableau de gastro-entérite ou d'infection ; il faut penser à faire analyser leurs urines toutes les fois qu'il existe une fièvre inexpliquée.

7) *Forme gravidique.* — La pyélonéphrite à colibacille est une complication fréquente de la grossesse; le praticien doit bien la connaître car si elle n'est pas traitée énergiquement dès le début, elle peut mettre en danger à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant. L'utérus gravide comprime les uretères au niveau du détroit supérieur, surtout à droite ; il se produit une rétention et une dilatation urétéro-pyélique qui s'infecte secondairement par passage du colibacille de l'intestin dans le tractus urinaire.

Cette pyélonéphrite survient au milieu de la grossesse, du 4e au 6e mois, et évolue cliniquement en deux périodes ; la première présuppurative se traduit en plus des phénomènes généraux par des urines claires contenant du colibacille ; la deuxième se caractérise par la présence de pus dans les urines.

A côté des formes légères et moyennes évoluant vers la guérison, il faut insister sur les formes graves. Le début est dramatique, la température monte à 41°, le pouls à 140 ; le faciès est caractéristique : les yeux excavés, le nez pincé, les narines pulvérulentes, les lèvres sèches, le teint jaune, l'état des malades est véritablement typhique et souvent ces formes sont prises pour une fièvre typhoïde.

Autrefois, cette pyélonéphrite était presque toujours mortelle, bien que l'on ait eu recours à l'avortement et à la néphrostomie. Aujourd'hui, la méthode héroïque consiste, après cathétérisme de l'uretère, à laver le rein droit et le drainer par la mise à demeure de la sonde urétérale pendant 10 ou 15 jours ; on est souvent obligé de prolonger ces lavages jusqu'au moment de l'accouchement et de les continuer après la délivrance.

Evolution. Complications. — L'évolution est variable ; les formes aiguës guérissent plus vite, les chroniques sont rebelles au traitement, passent à l'état de latence et évoluent vers la néphrite chronique.

Les lésions rénales peuvent envahir secondairement la vessie, la prostate, les vésicules, les épididymes. L'épididymite colibacillaire est fréquente, uni- ou bilatérale, elle se caractérise par son évolution vers la suppuration et par la fréquence de ses récidives.

L'infection colibacillaire peut simultanément ou secondairement se localiser au niveau des autres appareils et il est fréquent de voir des complications digestives, cardiaques, pulmonaires, articulaires, oculaires ou nerveuses.

Diagnostic. — Le diagnostic est souvent facile à faire, il faudra y penser et faire analyser systématiquement les urines. La cystoscopie, le cathétérisme des uretères, l'urosélectan, permettront de localiser l'infection.

On devra examiner à fond ces malades pour pouvoir faire le diagnostic de la cause. On commencera par l'exploration méthodique de tout l'arbre urinaire et de l'appareil intestinal ; souvent il existe un obstacle au libre cours des matières ou des urines.

Traitement. — Détruire le colibacille au niveau des appareils digestif et urinaire, traiter les causes de stase intestinale et urinaire sont les deux buts à poursuivre.

1) *Hygiène générale.* — On conseillera aux malades le repos et on les mettra en garde contre les dangers des refroidissements.

Le régime alimentaire est capital ; toutes les substances irritant l'intestin et le rein seront évitées ; on conseillera les fruits, les légumes, les viandes grillées et le vin, ce dernier acidifiant les urines. Dans les cas aigus, on prescrira la diète hydrique, les fruits, le yaourt aliment de toute utilité.

2) *Médication intestinale.* — La lutte contre la constipation est indispensable. Les vers intestinaux seront détruits par la santonine, le thymol, etc... On fera prendre aux malades de légers purgatifs à petite dose; par exemple une cuillerée à café d'huile de ricin le matin à jeun tous les deux jours.

S'il existe de l'insuffisance hépatique on aura recours aux cholagogues : huile d'olive, de Haarlem, l'agocholine, etc...

Les antiseptiques intestinaux seront toujours employés : benzonaphtol, collargol, charbon, formocarbine, ferments lactiques.

3) *Médication urinaire.* — Les antiseptiques urinaires sont nombreux ; les plus efficaces sont représentés par l'uroformine et ses dérivés. On prescrira l'uroformine en injection intraveineuse, l'uraseptine à prendre 3 cuillerées à café par jour ; celui qui semble donner les meilleurs résultats est l'urotropine, 3 comprimés de 0,50 en 24 heures ; le salol à forte dose, 2,50 à 3 gr. en 24 heures, nous a donné une désinfection rapide de l'arbre urinaire.

4) *Médication acidifiante.* — Bien que cette thérapeutique soit critiquée par certains auteurs, elle nous paraît fort utile ; non seulement elle agira en empêchant le développement du colibacille, mais encore elle permettra d'associer son effet aux antiseptiques urinaires, ceux-ci et surtout l'urotropine n'agissant qu'en milieu acide.

En plus de la viande, du poisson, du vin, des liqueurs, prescrits dans le régime, on donnera en potion des acides : acide benzoïque 5 gr. en 24 heures, acide phosphorique 2 gr. 50, chlorure de calcium 6 à 8 gr. par jour.

5) *Traitement spécifique.* — Le vaccin ne donne que peu de résultats, cependant il peut être employé avant la formation de collection purulente.

La sérothérapie a à son actif de très beaux résultats dans les cas de colibacillose aiguë. Comme le reconnaît Vincent si elle agit dans les cas d'infection sanguine, elle n'a aucune action sur le colibacille dès qu'il atteint les cavités rénales.

Les résultats de la bactériophagothérapie sont inconstants. On peut l'employer par différentes voies, sous-cutanée, buccale et surtout locale comme nous le verrons plus loin.

La microlyse est une des rares spécialités qui semblent avoir une action élective sur le colibacille, on en donne trois comprimés par jour.

Une méthode nouvelle et qui semble promettre beaucoup, d'après deux guérisons miraculeuses obtenues dans le service, est celle du Docteur Beck, d'Avignon. Celui-ci avait remarqué que le porc était immunisé contre le colibacille ; il eut l'idée de traiter

les colibacilluries par le *sérum de porc*, les résultats expérimentaux d'abord, les guérisons cliniques ensuite, confirmèrent le bien-fondé de cette thérapeutique ; le traitement est facile à réaliser, on donne trois ampoules de sérum de porc à boire par jour.

6) *Traitement urologique.* — C'est encore lui qui est le plus actif et le plus constant dans ses effets. Le cathétérisme des uretères, le drainage des cavités rénales par la sonde urétérale à demeure, le lavage des bassinets, sont le traitement par excellence des pyélonéphrites à colibacille, il donne 80 % de guérisons à condition de laisser les sondes à demeure et de répéter les lavages. Dans les cas aigus on fera des lavages avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 1.000 et des instillations à 1 %. On emploie le même traitement dans les cas chroniques, mais on peut substituer au nitrate d'argent le bactériophage d'Hérelle.

7) *Traitement chirurgical.* — Il est essentiel dans le traitement de la colibacillose ; toutes les fois que l'on aura trouvé une cause de stase intestinale ou urinaire, il faudra intervenir. Du côté de l'intestin, on pratiquera appendicectomie, section de brides et de membranes pouvant gêner l'évacuation intestinale ; du côté des voies urinaires, on dilatera les rétrécissements de l'urètre, on enlèvera un adénome, un calcul, on fixera un rein descendu, on libérera un uretère dévié et adhérent, etc... Car malgré tous les traitements médicaux, *on ne guérira jamais une colibacillose urinaire lorsqu'il existe une cause de rétention.*

8) *Le traitement hydrominéral* est également indiqué pour parfaire la guérison. On enverra ces malades à Chatel-Guyon s'il existe de l'entérite avec constipation, à Plombières dans les cas de spasme et de diarrhée, mais surtout à Evian, Contrexéville, Vittel, Capvern ; l'eau de *La Preste* est particulièrement indiquée, on pourra l'employer sur place : un verre le matin à jeun et le soir au coucher.

Conclusions. — Actuellement, la colibacillose urinaire est rarement mortelle. Les formes aiguës et chroniques guérissent par les moyens que nous venons d'énumérer ; mais lorsqu'elles passent inaperçues et qu'elles ne sont pas traitées, elles évoluent lentement vers la néphrite.

Les colibacilluries, dont la fréquence est constatée chaque jour, doivent être dépistées et traitées aussitôt par le clinicien.

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES [1]

LES CONFÉRENCES

Valeur des tests cardio-vasculaires dans l'appréciation de l'aptitude à l'exercice physique, par M. Louis MERKLEN (de Nancy). — Depuis assez longtemps, toute une série d'auteurs ont entrepris d'apprécier à l'aide des modifications apportées au rythme cardiaque et à la pression artérielle soit par des changements de position du corps, soit par des exercices physiques d'intensité et de durée données, soit par une combinaison des uns et des autres, l'aptitude « cardiaque » du sujet examiné.

Ces « *épreuves d'aptitude fonctionnelle du cœur* » connurent, au début du présent siècle, une ère de prospérité ; mais elles étaient, peu avant la guerre, sévèrement critiquées. Les nécessités militaires leur donnèrent pour un temps un regain de vie, notamment en France, en Angleterre et aux Etats-Unis ; dès ce moment cependant, les détracteurs ne manquèrent pas, et presque aussitôt après la paix le silence se fit à nouveau à leur sujet.

Deux de ces épreuves, celles de Lian et de Schneider, ont paru à M. Merklen être supérieures aux autres et ne mériter nullement le discrédit dans lequel elles sont tombées, pourvu toutefois qu'à l'exemple des auteurs américains on les envisage plus comme des *critères d'aptitude générale* que comme de véritables épreuves fonctionnelles « *cardiaques* ».

Ceci n'est pas pour diminuer leur valeur, à une époque où dans tous les domaines (armée, industrie, écoles, sociétés d'éducation physique et de sport, et toutes branches de la médecine préventive et sociale) se fait de plus en plus sentir la nécessité de la *détermination de l'aptitude fonctionnelle générale et des capacités de « rendement » des individus.*

Tant que n'aura pas été découvert le critère rapide et indiscutable qui nous fait encore défaut, les épreuves de Schneider et de Lian semblent de nature à pouvoir, de ce point de vue, compléter très utilement les examens par les procédés cliniques habituels.

Maladie de Nicolas-Favre. Poradénolymphite suppurée bénigne, par le professeur Joseph NICOLAS (de Lyon). — La maladie décrite en 1913 par MM. Nicolas-Favre et Durand sous le nom de *Lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents multiples intraganglionnaires d'origine génitale et vénérienne*, et désignée couramment aujourd'hui sous le nom de *Maladie de Nicolas-Favre*, a reçu aussi différents autres noms : *Poradénolymphite suppurée bénigne à forme septicémique* (Ravaut, Baulin et Rabeau) ; *Ulcère vénérien adénogène, chancre et bubon poradénique* (Bory). *L'ancien bubon climatique des pays chauds*, doit être bien identifié (Favre), et de ce fait la nature de ce bubon climatique, jusque-là indéterminée, a été démontrée être aussi de nature vénérienne, ce dont on conçoit l'importance au point de vue de la prophylaxie.

Dès leur premier mémoire, MM. Nicolas et Favre ont bien établi qu'il ne s'agissait ni d'adénopathie tuberculeuse, ni d'adénopathie chancrelleuse, ni d'adénopathie syphilitique, ni d'adénopathie suppurée banale ou paludéenne, comme on l'avait cru jusqu'à eux, soit pour les formes observées dans nos pays, soit pour les bubons climatiques des pays chauds, mais bien d'une adénopathie spécifique, infectieuse et contagieuse, à agent pathogène encore inconnu, appartenant probablement au groupe des ultra-virus.

Cette autonomie, cette spécificité, d'abord vivement battue en brèche, fut corroborée en 1925, par la découverte de

Association de la Presse médicale française.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 52, p. 930 ; n° 55, p. 984.

l'*intradermoréaction de Frei*, puis par l'inoculabilité intracérébrale en série sur le singe par Hellerström et Wasser, enfin par la reproduction d'une adénopathie caractéristique chez l'homme par inoculation intradermique sous-préputiale chez l'homme d'une émulsion de cerveau d'un singe inoculé sept jours auparavant avec du virus lymphogranulomateux ayant déjà subi douze passages sur le singe (Levaditi, P. Lépine et Marie, 1931).

L'intradermoréaction à l'antigène de Frei a permis de découvrir (Frei et Alice Koppel) les *formes ano-génito-rectales*, représentées par le syndrome ano-génital-rectal de Jersild (rétrécissements ano-rectaux, ano-rectites simples, anorectites sténosantes et proliférantes, formes éléphantiasiques, ano-génito-rectales fistulisées ou non, esthiomène vulvaire).

Les vaccinations contre le typhus exanthématique au Maroc, par M. Blanc (Casablanca). — *La méthode appliquée au Maroc.* — Actuellement, le vaccin utilisé est préparé avec des organes virulents de cobayes : rate, vaginales et surrénales. La dilution finale est de 1 p. 2.000. Cette dilution est biliée au vingtième et, après un quart d'heure de contact, utilisée comme vaccin. La dose est de 1 cc. de virus bilié, inoculé dans le deltoïde.

Actuellement, plus de 20.000 indigènes marocains ont été vaccinés. Le plus souvent, ils l'ont été sans qu'un épouillage méthodique ait pu être pratiqué.

Les résultats de cette vaccination ont, jusqu'à présent, confirmé ce qu'on était en droit d'attendre des expériences qui l'avaient précédée. Le typhus a disparu des douars vaccinés. Ces résultats ont été particulièrement concluants à l'occasion de deux grandes séries de vaccination : l'une à Petitjean, dans le Gharb, l'autre à Ben Ahmed, dans la Chaouia. La première vaccination a porté sur plus de 8.000 indigènes, la seconde sur plus de 9.000. Elle fut appliquée aux hommes, aux femmes et aux enfants.

L'observation épidémiologique, d'accord avec les expériences de laboratoire, a montré qu'avant l'immunité proprement dite s'établissait un état de prémunition dès le quinzième jour qui suivait l'inoculation vaccinale.

Le traitement d'entretien dans l'anémie pernicieuse, par F. Van Goidsenhoven (de Louvain). — Un traitement substitutif permanent et suffisant prévient toujours les rechutes d'anémie, il prévient habituellement les manifestations nerveuses ; lorsque celles-ci préexistent, le traitement antipernicieux les guérit ou les améliore dans une notable proportion.

Les malades soumis à un traitement irrégulier et insuffisant sont par contre grandement exposés à des rechutes d'anémie et plus encore à des troubles nerveux graves. C'est pour ce motif qu'il est souhaitable de protéger ces malades contre leur propre négligence en multipliant les centres hématologiques, destinés à les surveiller et à les guider dans leur traitement antipernicieux.

Maladies professionnelles causées par les rayons X et par les substances radio-actives, par Mme Simone Laborde (de Paris) et le professeur J. Leclercq (de Lille). — Les rayons X et les substances radio-actives sont susceptibles de provoquer l'apparition, chez ceux qui sont appelés à les manipuler au cours de leur travail, des lésions d'ordre et d'importance variables.

Ces faits ont été signalés quelques années à peine après la découverte des rayons X par Rœntgen en 1895 et du radium par M. et Mme Curie en 1898. Malgré les moyens de protection mis en œuvre, ils ont tendance à se multiplier par suite de l'emploi toujours plus fréquent en médecine et dans l'industrie des rayonnements ainsi obtenus.

Les différents Etats d'Europe et d'Amérique, particulièrement industrialisés, ont prévu des *dispositions législatives* permettant d'indemniser les ouvriers, les employés, les ingénieurs, les physiciens, les techniciens, les infirmières et les assistants, qui peuvent être ainsi atteints. Les médecins, auxquels ne s'appliquent pas ces lois, sont, en réalité, les victimes les plus nombreuses des radiations.

Les *lésions* provoquées par les rayons X et par les substances radio-actives sont localisées, soit sur les téguments, soit au niveau des tissus profonds.

Les radio-dermites aiguës et surtout chroniques sont les plus fréquentes et les plus connues. Elles peuvent aboutir à des altérations profondes de la peau et à une évolution cancéreuse.

On peut rapprocher de ces *cancers des radiographes*, les *cancers pulmonaires* constatés chez les ouvriers occupés à l'extraction et à la manipulation des minerais radifères.

Parmi les lésions profondes, il faut surtout signaler les *altérations du sang et des organes hémato-poiétiques*, caractérisées soit par une anémie aplastique du type pernicieux avec leucopénie, soit plus rarement par une leucémie myéloïde.

Les *glandes génitales* sont aussi spécialement sensibles à l'action des rayons et peuvent être stérilisées.

Dans certaines conditions particulières du travail, se produisent les *radio-nécroses osseuses.*

Enfin, des *manifestations générales* dues à une atteinte diffuse des viscères peuvent éclore quelquefois.

Le *diagnostic médico-légal* est basé, dans ces conditions, sur la nature de la profession exercée par le sujet qui doit avoir été soumis à l'action des rayons X ou des substances radio-actives et sur les particularités cliniques des lésions ainsi provoquées.

La gravité de ces accidents nécessite, bien entendu, l'application de mesures rigoureuses de *prophylaxie.*

Le *traitement* est avant tout symptomatique.

Enfin, il résulte de ces lésions des *conséquences médico-légales*, qu'il importe de connaître, en vue de l'application des dispositions législatives actuellement en vigueur.

Contribution à l'étude des hépatites et cirrhoses expérimentales et humaines, par le professeur Milos Netousek (de Bratislava). — La conception pathogénique de la cirrhose est loin d'être complètement élucidée ; au contraire, il semble à première vue, que la question du processus pathologique primordial est encore discutée avec la même diversité des opinions qu'elle l'était à l'époque de Charcot.

S'agit-il, dans le développement de la cirrhose humaine, d'une hépatose ou bien d'une hépatite ? Est-ce la lésion dégénérative de la cellule hépatique qui constitue l'élément pathologique primitif, ou est-ce une lésion des parois capillaires, une inflammation ? Telle est la question qu'il faut résoudre.

L'école française, avec le professeur Fiessinger et les savants lyonnais Noël et Martin, a étudié avec les moyens les plus spécialisés de la technique histologique moderne l'architecture de l'élément noble du tissu hépatique, c'est-à-dire de la cellule hépatique ; en suivant l'argumentation et la documentation de l'œuvre de Guy Albot, monographie éditée en 1931, on devient partisan de la théorie omni-tissulaire suivant laquelle une cirrhose doit être considérée comme une intrication des processus parenchymateux et purement mésenchymateux, la prédominance de la lésion épithéliale ou conjonctive étant tout à fait accidentelle.

Les auteurs allemands, surtout Roessle, se rangent plutôt à la conception mésenchymateuse. La cirrhose n'est pas une maladie du foie, elle est une maladie générale du mésenchyme de tout l'organisme. Ce qui est indispensable pour le terme de cirrhose, c'est l'hépatite, c'est-à-dire une vraie capillarite évoluant vers les stades inflammatoires chroniques avec prolifération conjonctive et même cicatricielle.

Les recherches personnelles de l'auteur ont montré, tout d'abord, l'existence incontestable d'une hépatite aiguë diffuse qui n'a pu être dépistée que par l'examen systématique de cas observés dans le service. L'auteur a pu ainsi découvrir à plusieurs reprises le tableau histologique classique de la lésion capillaire intralobaire accompagnant soit une septicémie puerpérale, soit un foyer septique intrathoracique, abcès ou gangrène des poumons, plévrite purulente, etc. (Projection de microphotographies.) On n'oserait affirmer qu'il s'agit d'un cas évolutif d'une vraie cirrhose, car les étapes initiales de la cirrhose humaine échappent le plus souvent à l'examen anatomique.

Dans les études expérimentales des hépatites toxiques, l'auteur, incité par la discussion qui a suivi, en 1931, la conférence du feu professseur Vaquez dans la Société d'Hématologie de Paris, employa exclusivement la phénylhydrazine.

La plupart des auditeurs ayant douté de l'innocuité de cette substance vis-à-vis des organes parenchymateux, surtout du foie et des reins, l'auteur a résolu de faire une série d'expériences personnelles. Il a employé des cobayes, des lapins, des chiens, des souris blanches et des rats ; les fragments hépatiques ont été étudiés soit en coupes à congélation, soit après inclusion à la paraffine.

Dans l'intoxication des cobayes, des lapins, des rats et des souris blanches, l'auteur a trouvé une dégénérescence plus ou moins accentuée des cellules hépatiques avec foyers nécrotiques, tandis que les phénomènes inflammatoires étaient très réduits : amas lymphocytaires dans les espaces porto-biliaires, réaction des vaisseaux sanguins et de cellules de Kupffer insignifiante. Cette réaction minimale du mésenchyme hépatique était surtout marquée chez les souris et rats, dont la structure dense du lobule hépatique semble très peu disposée aux réactions conjonctivo-vasculaires.

Un tableau tout à fait différent fut obtenu dans les expériences pratiquées sur les chiens. Cet animal montre, au cours de l'intoxication phénylhydrazinique, une hyperplasie considérable de cellules de Kupffer avec hyperémie marquée des espaces intertrabéculaires et amincissement des éléments parenchymateux. L'auteur a pu ainsi provoquer chaque fois une capillarite spécifique intralobulaire, soit par intoxication aiguë, soit par administration prolongée de doses toxiques de phénylhydrazine : 1 ctgr. par kgr. de poids.

Le nombre des cas observés est trop restreint pour permettre à l'auteur de se former une idée définitive sur le pouvoir cirrhogène de la phénylhydrazine. Mais ce poison est, en tout cas, un agent angio-hématotoxique qui semble capable de produire, au niveau du foie, des altérations spécifiques de l'hépatite aiguë ou subaiguë diffuse avec signes histologiques d'une vraie capillarite. Les études ultérieures pourront seules montrer s'il s'agit là d'une étape évolutive de la cirrhose ou non.

Crises nerveuses. Conceptions classiques nouvelles et leur déduction, par le professeur J.-A. Barré (de Strasbourg). — Le professeur J.-A. Barré montre par toute une série d'exemples, combien sont variées dans leur forme les crises nerveuses, et sous quelle incidence de vue il est bon de se placer si l'on veut reconnaître facilement que la crise qui se déroule ou que l'on vous dépeint avec une précision suffisante, se rapporte à la mise en suractivité des centres préfrontaux, frontaux, pariétaux, temporaux, des corps striés, etc., etc.

Il rappelle les moyens proposés pour provoquer des crises et en faciliter l'observation précise.

Il montre encore que, dans le domaine des crises nerveuses, se trouve abondamment vérifiée cette idée, qu'il défend depuis des années et qui a reçu consécration en plusieurs chapitres de la neurologie, à savoir : Toute manifestation clinique traduit la cause spéciale en jeu ; il existe un rapport étroit entre la forme particulière d'un signe ou d'un syndrome et le facteur pathologique qui l'a engendré. *Il y a autant de formes de crises que de causes différentes* (soit par leur localisation, soit par leur nature).

Sans doute cette conception complique aujourd'hui le problème des crises nerveuses ; sans doute elle mène d'abord, en morcelant une question qui était simple, à une certaine complexité. Mais le médecin doit se souvenir que la réalité pathologique est en elle-même infiniment variée dans ses formes et qu'elle supporte mal les vues schématiques et simplistes que l'on a voulu lui appliquer.

Etude sur l'allergie vaccinale, par M. P. Gastinel (de Paris). — L'auteur résume en cette conférence quelques-unes des recherches qu'il produit depuis de nombreuses années sur le problème biologique de l'allergie vaccinale.

Il rappelle d'abord les distinctions fondamentales posées par von Pirquet sur les caractères cliniques des vaccinations et des revaccinations et il définit la *réaction précoce*, la *réaction accélérée*, la *réaction hyperergique*.

Aux dispositions acquises par un sujet vacciné pour réagir à une nouvelle dose de virus, répond le terme d'*allergie*.

Pirquet expliqua le phénomène allergique par le jeu de deux types d'anticorps, les uns disparaissant très vite, les autres, *ergines*, donnant naissance, lors d'une seconde inoculation, à un produit nouveau, l'*apotoxine*, qui déterminerait la *réaction précoce*. Pour Pirquet, l'allergie est le témoignage de deux processus associés d'immunité et de sensibilisation.

Les réactions humorales du sujet vacciné décèlent plusieurs types d'anticorps ; d'une part, ceux fixant l'alexine, et d'autre part ceux créant le pouvoir virulicide du sérum ont été étudiés comparativement par Gastinel il y a 25 ans, dans leurs rapports avec les différents modes de vaccination expérimentale et avec les aspects des lésions revaccinales humaines.

L'auteur a vérifié qu'il existe aussi un parallélisme étroit entre le pouvoir virulicide et la réaction décrite par Brokman, Bussel et Mayzner.

Constater de telles réaction humorales chez un sujet qui réagit allergiquement, soulève le problème des relations entre l'*allergie* et l'*immunité*.

Faut-il admettre que le phénomène allergique est dépendant, en quelque mesure, de l'état réfractaire acquis ? Pour aborder le problème, l'auteur avec Reilly et Mortier a cherché à dissocier le pouvoir immunogène du vaccin, de sa fonction antigénique. Il expose l'ensemble de ses expériences, montrant surtout :

1° Que les animaux préparés avec du *vaccin tué* peuvent acquérir le pouvoir virulicide, tandis que leur sérum provoque le phénomène de Brokman et *cela en dehors de l'immunité de l'animal ;*

2° Que l'hypersensibilité vis-à-vis de l'antigène vaccinal peut être réduite par une désensibilisation.

Tous ces motifs amènent à considérer l'allergie comme un phénomène de sensibilisation spécifique vis-à-vis des constituants antigéniques du vaccin. L'état d'allergie se superpose à la production de l'immunité, mais en reste indépendant. Celle-ci nécessite, pour se constituer, l'introduction dans l'organisme d'un virus vivant et son contact avec les cellules sensibles.

Ainsi *immunité* et *sensibilisation allergique apparaissent comme les deux aspects distincts mais non opposables d'un processus histogène.*

Derrière celui-ci, l'auteur se demande s'il ne faut pas prévoir un certain rôle qui serait dévolu au *système neuro-végétatif*, rôle qui permettrait sans doute d'interpréter les expériences de Gratia sur l'hétéro-allergie hémorragique.

Les ictères par obstacle fonctionnel (Spasme réflexe du sphincter d'Oddi), par M. I. Pavel (de Bucarest). — La pa-

thogénie des ictères dans la forme couramment admise par les classiques, est loin de satisfaire le clinicien. Si on analyse de près cette question on se rend compte qu'en dehors des ictères par obstacle mécanique et des ictères hémolytiques qui, eux, sont bien définis par les caractères cliniques et anatomiques, il existe une très grande incertitude en ce qui concerne la pathogénie des autres. Parmi ceux-ci, l'auteur a isolé, avec le professeur Nanu-Muscel, une catégorie d'ictères (qui peuvent être très prolongés) dus au spasme réflexe du sphincter d'Oddi. La cause du réflexe qui entretient le spasme est souvent difficile à identifier. Pourtant dans un certain nombre de cas Pavel a réussi à la diagnostiquer avec forte probabilité. La symptomatologie de cette catégorie d'ictères, dont la pathogénie a été déjà adoptée par un certain nombre d'auteurs (v. Haberer, Chabrol, Brocq et Porin, Weill, Kirschner, Desmaret, Picot) s'appuie surtout sur l'exploration de l'excrétion biliaire à l'aide du tube d'Einhora. Cette exploration permet la constatation des symptômes objectifs suivants :

a) La reprise ou la suspension de l'écoulement biliaire et de la coloration ou de la décoloration des matières suivant qu'intervient ou non une séance de drainage médical. La répétition de ce dernier doit amener, après un certain nombre de séances, la disparition évidente de l'ictère cutané.

b) La réduction complète du symptôme ictère au cours d'un complexus morbide (par exemple coexistence d'ictère et de fièvre) par le drainage médical et la reprise possible de l'ictère après cessation des séances de tubage duodénal.

c) La cessation possible de l'écoulement biliaire et la recoloration du malade à la suite d'une frayeur malgré la continuation des séances de drainage.

Il y a d'autres symptômes de moindre importance susceptibles de nous mettre sur la voie du même diagnostic.

d) La réussite variable du sondage duodénal. La sonde peut arriver facilement dans la deuxième portion du duodénum dans une première séance, mais elle n'arrive pas à passer dans une séance ultérieure, d'autres fois la sonde est rejetée dans l'estomac au moindre incident et ce à plusieurs reprises dans la même séance.

e) Etat spasmodique du duodénum constaté à la radiologie.

Ces deux derniers signes, qui traduisent l'irritabilité locale et la tendance au spasme dans la région de l'ampoule de Vater, ont l'avantage de ne pas demander trop longtemps pour les recherches. Ils ont néanmoins besoin de vérification à l'avenir.

f) Il y a un symptôme négatif qui consiste à écarter les ictères hémolytiques, par obstacle ou enfin par hépatite.

g) Au point de vue clinique, on peut supposer un ictère comme étant dû au spasme du sphincter d'Oddi quand, tout en durant depuis longtemps, l'état général n'a pas été atteint sensiblement, quand la jaunisse présente des variations d'intensité, quand la bilirubinémétrie ne montre pas une trop grande intensité de la rétention pigmentaire, quand enfin la décoloration des matières fécales, bien que très intense, n'est pas absolue.

La lésion inflammatoire ou autre qui entretient par voie réflexe le spasme du sphincter d'Oddi est généralement difficile à diagnostiquer. Dès la publication de sa première observation Pavel a circonscrit au cholédoque, au duodénum et à la tête du pancréas les régions pouvant entretenir par leur inflammation le spasme dudit sphincter. Il a ajouté depuis la lymphangite consécutive à l'inflammation d'un organe plus éloigné, comme la vésicule.

Cette évolution dans les idées concernant la pathogénie des ictères n'a pas uniquement un intérêt doctrinal, mais présente aussi des conséquences pratiques. Sans parler de l'effet du drainage médical, nous rappellerons le rôle important que la chirurgie est appelée à jouer dans ces cas.

Quand on a vu un malade souffrant depuis de longs mois d'une jaunisse, être soulagé une vingtaine de jours après une intervention chirurgicale, on ne peut que regretter la réserve et la crainte de l'intervention dans les ictères non dus à un obstacle mécanique. Le véritable problème dans ces cas est de bien choisir la tactique opératoire.

Infarctus de l'intestin par choc d'intolérance, par M. le professeur Raymond GRÉGOIRE (de Paris). — « L'expérimentation nous a permis de reproduire les phénomènes cliniques et les lésions anatomiques de l'infarctus intestinal et même aussi d'en obtenir la rétrocession par une médication anti-choc. Il nous paraît donc justifié de dire aujourd'hui que parmi les infarctus appelés il y a quelques mois encore infarctus « inexpliqués », il en existe un certain nombre, tout au moins, qui relèvent d'accidents de choc d'intolérance.

La nature des accidents n'est pas, comme on l'a dit, un spasme des petits vaisseaux, mais bien au contraire un relâchement des capillaires, ou si l'on préfère, d'asystolie de ces capillaires. Ceux-ci agissent normalement comme une sorte de cœur périphérique « chargé de débiter continuellement la quantité de sang que distribue le moteur central qui est le cœur ». Les insuffisances surrénales aiguës, les grandes infections, les intoxications, les grandes commotions nerveuses ou anaphylactiques, disent Laubry et Tzanck, réalisent à des degrés variables cette asystolie du cœur périphérique. En un mot, cette asystolie est la conséquence d'une paralysie des vaso-moteurs par atteinte du système neuro-végétatif.

De nombreux travaux, tous inspirés des recherches de Reilly et de ses collaborateurs, sont venus confirmer cette tendance hémorragique produite par excitation des splanchniques et des plexus abdominaux.

Une théorie nouvelle en pathogénie conduit bien souvent à une orientation différente en thérapeutique.

Si les apoplexies hémorragiques viscérales sont la manifestation d'un choc d'intolérance, le médecin ou le chirurgien qui les observe, doit se demander d'abord : quelle est l'importance et la gravité du choc général de l'organisme ; ensuite, quel est le degré des lésions provoquées sur l'organe atteint.

Le traitement se présente donc avec une *double urgence* : traiter immédiatement les manifestations du choc ; vérifier immédiatement les altérations de l'intestin touché. La médication générale du choc doit donc être nécessairement associée et concomitante au traitement local de l'intestin. En même temps que l'on pratiquera une laparotomie et qu'on vérifiera le diagnostic d'infarctus, on injectera sous la peau de l'adrénaline.

Si les lésions sont peu prononcées et que sous l'influence des médications antichoc elles s'améliorent sous les yeux de l'opérateur, il est logique de refermer l'abdomen. Nous avons publié un certain nombre d'exemples qui montrent que la guérison peut se faire, rapide et définitive.

Si les lésions sont irrémédiables et la vitalité de l'anse à jamais compromise, la résection s'impose comme une nécessité. Enfin, si l'anse est gravement infarcie sans que la gangrène soit évidente, il serait excessif de réséquer, il serait imprudent de rentrer l'anse malade. L'extériorisation devient une ultime ressource.

Toutes ces propositions peuvent convenir à un cas d'infarctus de longueur limitée, mais le bon sens ne peut plus les accepter en cas d'infarctus très étendu. On comprend alors la conduite des chirurgiens qui, devant de telles lésions, ont sans espoir refermé l'abdomen et eurent parfois la surprise de voir leur malade guérir contre toute attente. »

Vitamines C et troubles mentaux. — M. G. VERMEYLEN (Bruxelles).

Du réveil de la primo-infection tuberculeuse sous l'influence d'une syphilis primo-secondaire intercurrente. — M. le professeur RAMEL (de Lausanne).

Les purpuras et les phénomènes hémorragiques. — MM. E. RENAUX et ALECHINSKY (de Bruxelles).

La précarence en vitamines C, sa détection. — M. DEMOLE (de Lausanne).

Perméabilité et perméabilisation vasculo-méningo-encéphalique. — M. LE FÈVRE DE ARRIC (de Bruxelles).

La pathogénèse des bourdonnements d'oreilles en apparence « essentiels ». — M. D. VAN CANEGHEM (de Bruges).

Les éléments nerveux dans la vie des scléroses. — M. J. DECHAUME (de Lyon).

Insuffisance rénale fonctionnelle — M. C. JIMENEZ DIAS (de Madrid).

Thérapeutique médico-chirurgicale de l'ulcus peptique jéjunal. — M. A. WEISS (de Strasbourg).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 JUIN 1936)

Etude de la circulation sanguine des ailes chez les coléoptères et les orthoptères, au moyen de la nicotine. — M. Gabriel GUIGNON.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1936)

Bacillémie tuberculeuse chez les enfants atteints d'érythème noueux. — MM. Robert DEBRÉ, A. SAENZ et Robert BROCA. On sait par l'étude expérimentale de la tuberculose que la bacillémie existe peu de temps après la contamination.

Les auteurs se sont adressés à cette recherche en vue de démontrer que l'érythème noueux fait partie d'un syndrome initial de tuberculose chez l'enfant.

Sur 29 cas étudiés, ils ont mis en évidence la bacillémie tuberculeuse dans cinq cas.

Le sang s'est toujours comporté vis-à-vis du cobaye comme un produit paucibacillaire déterminant une infection qui se caractérise par une période anté-allergique de longue durée et une tuberculisation classique, mais très lente des animaux.

Sur les cinq enfants qui présentèrent une bacillémie positive, trois qui étaient allergiques avaient une image radiographique correspondant à celle d'un foyer tuberculeux initial. Les deux autres, dont la cuti-réaction a viré au début de l'érythème noueux ou après sept mois, avaient une image radiographique normale.

La fréquence de la bacillémie dans cette maladie est remarquable, chez l'enfant, surtout si on la compare à celle qu'on obtient dans les formes diverses de tuberculose, 1,7 sur 10 dans l'érythème noueux, alors que dans les cas de tuberculose avérée, on ne dépasse pas le pourcentage de 0,3 à 0,4 sur 10.

Ces faits d'ordre bactériologique et clinique plaident en faveur d'une migration bacillaire au début de la tuberculose chez l'enfant pendant que se constitue chez lui la lésion initiale et que virent les réactions tuberculiniques.

Cette disparition de quelques germes dans le sang circulant n'a aucune signification fâcheuse pour le pronostic

L'état reste excellent chez les jeunes sujets soumis à observation pendant les mois ou les années qui suivent le moment où fut décelée chez eux la bacillémie initiale, dont les caractères sont chez l'homme comme chez l'animal d'expérience, d'être précoce, éphémère et discrète, puisqu'elle est limitée à quelques unités bacillaires.

Des dystrophies chordales. — MM. Crouzon et A. S. de Santa Maria. Dans une précédente étude, les auteurs ont groupé sous le nom de dysostoses pré-chordales, les dysostoses cranio-faciales et leurs formes frustes, telles que l'hypoplasie du maxillaire supérieur.

Mais à côté de ces malformations, il en est d'autres qui sont quelquefois associées aux dysostoses cranio-faciales ou qui sont quelquefois isolées : ce sont des déformations morphologiques qui atteignent les extrémités, par exemple : les polydactylies, les syndactylies qui font partie des syndromes décrits par Apert, par Laurence-Biedl, par Schuller-Christian.

Ces déformations peuvent trouver leurs explications dans l'embryologie causale. Ces déformations morphologiques sont dues à des troubles localisés à deux endroits du tronc qui, chez l'embryon, coïncident avec les deux points maxima des courbures et se manifestent par une atrophie plus ou moins accentuée du mésoblaste de cette région.

Les auteurs montrent que les deux points de courbure maxima résultent des angles de flexion (hypophysaire, sous-nuchal et caudal). C'est au niveau des angles de flexion sous-nuchal et caudal que se produisent des troubles donnant naissance aux malformations. Ces troubles sont localisés à la portion chordale de l'embryon, alors que la dysostose cranio-faciale avait pour origine des troubles de la région pré-chordale.

L'embryologie causale révèle donc les causes de ces dystrophies morphologiques localisées aux extrémités des membres et il est logique, par opposition aux autres dystrophies, de les désigner sous le nom de dystrophies ou dysostoses chordales.

Une méthode morphologique permettant de suivre les transformations qui se produisent par chauffage dans un sérum. — M. Kofman (note présentée par M. Strohl). L'enregistrement photographique de la morphologie variable des efflorescences terminales osmotiques croissant dans le sérum de cheval préalablement chauffé a permis de mettre en évidence plusieurs températures critiques caractéristiques.

Le problème obstétrical du mongolisme infantile. — MM. Péhu et A. Brochier (de Lyon). Le mongolisme est une anomalie caractérisée par une configuration spéciale du visage, par une direction, oblique en haut et en dehors, de l'axe des yeux rappelant d'assez loin le faciès asiatique et par la présence de l'épicanthus. Cet ensemble peut être constaté à la naissance même. Il s'y ajoute une petitesse générale du crâne, laquelle amène souvent un accouchement difficile. L'intelligence des mongoloïdes est et reste plus ou moins diminuée.

Pour expliquer cet ensemble somatique et psychique, divers facteurs ont été invoqués. Après examen critique des théories diverses, les auteurs acceptent l'idée d'une influence s'exerçant vers la 6e ou la 8e semaine de la grossesse et amenant une plicature ou une constriction de l'extrémité céphalique de l'embryon. La nature exacte de cette cause demeure problématique : pour la fixer, on manque du contrôle objectif nécessaire. Mais en réunissant les divers éléments du problème, on peut supposer qu'il s'agit d'une nidation défectueuse de l'œuf sur une muqueuse utérine partiellement altérée ou lésée : d'où résulte un oligoamnios.

Ainsi peut être expliqué le type morphologique si semblable à lui-même qui caractérise la maladie et qui, dans le domaine corporel et intellectuel, traduit un achèvement incomplet de l'organisme.

L'état de prémunition contre le typhus exanthématique chez l'homme. Simple et double vaccination.— MM. Blanc, Noury et Balthazard.

Discussion sur le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (suite). — *Les interventions intra-pleurales, dans le traitement chirurgical des tuberculoses pulmonaires.* — M. Robert Monod. Le pneumothorax et la thoracoplastie demeurent les deux thérapeutiques fondamentales de la tuberculose pulmonaire ; mais l'une ou l'autre conduisent parfois à des impasses thérapeutiques.

A titre exceptionnel, ce sont des interventions intra-pleurales qui pourront, dans certains cas, procurer une solution et aboutir à la guérison.

La chirurgie endo-thoracique a fait, au cours des dernières années, des progrès très considérables. Ces progrès méritent qu'on les suive de près, car ils permettront peut-être d'ici peu d'appliquer d'une façon beaucoup plus courante, certaines méthodes d'exérèse au traitement de la tuberculose pulmonaire.

L'auteur a fait ensuite l'exposé des diverses méthodes qui ont été, soit déjà expérimentées, soit même appliquées chez l'homme :

Ligatures vasculaires,
Section des brides à ciel ouvert,
Attaque directe des cavernes,
Lobectomie et pneumonectomie.

Il retient parmi les méthodes les plus intéressantes, les ligatures veineuses, l'ouverture des grosses cavernes superficielles infectées, et plus exceptionnellement les exérèses radicales.

Il illustre son exposé par quelques faits cliniques, et rappelle, en terminant, les recherches expérimentales qu'avec MM. Nègre et Bretey il poursuit chez les singes. (Séance du 30 juin 1936.)

Le mode d'action des méthodes de collapsothérapie sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — M. Fernand Bezançon. Il y a quelques années, on s'efforçait d'étudier d'une façon comparative le mode d'action des diverses méthodes de collapsothérapie.

Les voies nouvelles dans lesquelles s'est engagée la collapsothérapie, tant médicale que chirurgicale, la notion de pneumothorax de détente, de pneumothorax hypotensif se substituant à celle de pneumothorax de compression, d'une part ; la substitution dans un grand nombre de cas de la thoracoplastie extra-pleurale partielle à la thoracoplastie large, totale, permettent jusqu'à un certain point une vue d'ensemble du mode d'action des diverses méthodes de collapsothérapie basées d'une part sur une connaissance plus précise de la mécanique respiratoire, et d'autre part, sur une appréciation plus exacte du mode de guérison naturelle de l'infection tuberculeuse et de la diversité de ses diverses formes cliniques.

Les indications de la thoracoplastie dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — MM. Bernou et Fruchaud. La thoracoplastie partielle du sommet reste l'opération de choix ; les auteurs la pratiquent, en général, de bas en haut pour éviter la fuite des cavernes vers le bas ; ils enlèvent la première côte dans un deuxième temps pour éviter un collapsus pulmonaire trop brutal.

La thoracoplastie antéro-latérale est souvent très utile comme temps préparatoire à une thoracoplastie para-vertébrale ultérieure chez les malades fatigués, sub-évolutifs.

Les résections extra-périostées des côtes et la formolisation des lits costaux après thoracoplastie, retardent ou suppriment les ossifications de la paroi et permettent de mieux sérier les temps opératoires.

Sur la phrénicectomie. — M. Rist.

La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Sa valeur actuelle ; ce qu'on peut en attendre grâce à une orientation nouvelle. — MM. Maurer et Rolland.

La prochaine séance aura lieu le 21 juillet.

LIVRES NOUVEAUX

Histoire de la chirurgie française (1790-1920) (1), par J. de Fourmestraux. Préface du professeur J.-L. Faure.

Les travaux d'ensemble consacrés à l'histoire de la chirurgie française sont peu nombreux. Si l'ouvrage de Rochard reste un maître livre, il date de soixante ans, et commence à Bichat mais s'arrête à Pasteur. — J. de Fourmestraux reprend l'histoire de la chirurgie au lendemain de la disparition de l'Académie Royale, en 1793, pour s'arrêter en 1920, au lendemain de la guerre. — Etude des heures tragiques de la Révolution, où le seul Desault, dans Paris, atteint de folie démagogique et sanglante, continue l'enseignement de Louis, de Sabatier et des maîtres du dix-huitième siècle. — Heures de gloire et de misère de l'épopée, Perry, Larrey, soldats sans peur, médecins sans reproche, dont les figures égalent et dépassent celles des maréchaux de l'Empire. Heures calmes de la Restauration : Dupuytren, Roux, Sanson, Marjolin.

L'aube du tourment romantique. La querelle Broussais-Laënnec. L'auteur s'attache à l'étude de la vie de Récamier, chirurgien égaré dans la médecine et peut-être le plus grand chirurgien du siècle écoulé.

Dix années plus tard, découverte de l'anesthésie générale, 1846, qui va singulièrement élargir le cadre de la médecine opératoire et permettre la réalisation des interventions les plus audacieuses. La période qui s'étend depuis le moment où l'anesthésie se généralise jusqu'à la guerre de 1870 comprend des hommes de haute valeur comme Jobert, Maisonneuve, Nélaton, Chassaignac, chirurgiens instruits, techniciens habiles, mais qui obtenaient des résultats opératoires effroyables, tandis que l'infection purulente sévissait dans les hôpitaux de Paris. A ces jours lugubres succèdent les matins clairs qu'illuminent les découvertes géniales de Pasteur. Entre 1880 et 1885, période de réalisation la plus féconde au point de vue des résultats immédiatement tangibles, à laquelle succède l'ère aseptique. L'étuve sèche, l'autoclave, la généralisation du gant de caoutchouc vont permettre la réalisation d'une technique purement aseptique qui n'a été depuis quarante ans que peu modifiée et reste telle que l'avaient établie Terrier et ses élèves.

J. de Fourmestraux termine ce travail au lendemain de la guerre. S'il n'est pas exact, dit-il, de dire que l'on ne doit la vérité qu'à ceux qui ne sont plus, il est logique de penser qu'il est difficile de dire ce que l'on croit être la vérité aux vivants.

Ce livre est précédé d'une très belle préface du professeur Jean-Louis Faure, qui estime que si la chirurgie vivra encore de beaux jours, elle ne connaîtra pas les grandes heures que les hommes de sa génération ont vécues. L'auteur pense, au contraire, que la chirurgie n'est pas arrivée au sommet de sa courbe créatrice, mais doit au contraire progresser sans quitter sa précision anatomique, mais en évoluant vers des destinées physiologiques. — Le débat reste ouvert ; mais il semble bien que la chirurgie d'hier peut nous donner quelque clarté sur ce que sera la chirurgie de demain.

L. G.

(1) In-8 de 232 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 57. — MERCREDI 15 JUILLET 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**

Etudiants : **25** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.

Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Principales dates à retenir pour l'année scolaire 1936-1937 :

1er et 2 octobre 1936 : Consignations pour les examens session octobre-novembre.

13 octobre 1936 : Ouverture de la session d'examens d'octobre-novembre.

Du 8 au 24 octobre 1936 : Inscriptions des 1er et 2e trimestres.

Le mardi 3 novembre : Reprise des cours, travaux pratiques et stages hospitaliers.

Du 4 au 16 janvier 1937 : Consignations pour les examens de la session ordinaire 1936-1937.

Du 5 au 21 avril 1937 : Inscriptions du 3e trimestre.

Du 5 au 21 juillet 1937 : Inscriptions du 4e trimestre.

— ALGER. — La chaire de microbiologie et cryptogamie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est transformée en chaire de bactériologie (titulaire : M. Pinoy).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général Malaspina, directeur du Service de santé de la 3e région.

M. le médecin général Fontgous, des troupes coloniales.

M. le médecin colonel Bailly, président de la Commission de réforme de la Seine.

Au grade d'officier. — MM. Donius, Delater, Cathala, Pellissier, Barboni, Laffont, Guillois, Cros, Sarrat, Rolland, Monloup, Wateau, Martinaud, Bertaux, Faur, Nenon, Vermelin, Freydier, Langlois, Liébert (des troupes métropolitaines); Castueil, Bordes, Beauvallet, Rivière et Bourgeon (des troupes coloniales).

Au grade de chevalier. — MM. Berge, Geay, Galaup, Bouhet, Boyrie, Sayer, Bouana, Ayme (des troupes métropolitaines); Rabaud et Pezyiemski (des troupes coloniales).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le *Journal officiel* du 11 juillet publie une circulaire de Mme Suzanne Lacorre, sous-secrétaire d'Etat, relative à la *protection de l'enfance*. Cette circulaire envisage les secours temporaires préventifs d'abandon, la remise d'enfants, l'adoption, les primes aux nourrices, l'orientation professionnelle, les comités de patronage et le prêt d'honneur agricole.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — M. le docteur Renault, membre de l'Académie de médecine, a été nommé membre de la Commission supérieure des maladies professionnelles, en remplacement de M. le docteur Netter, décédé.

MARINE. — M. le pharmacien-chimiste de 1re classe Damany a été nommé, après concours, professeur agrégé de chimie et des sciences physiques et naturelles.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — BOURSES FAMILIALES DU CORPS MÉDICAL (fondation de M. le docteur Roussel). — Le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 fr. mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le docteur Roussel, en faveur

des médecins et veuves de médecins chargés de famille, s'est réuni le 25 juin et a examiné 47 demandes.

Parmi les bénéficiaires de ces bourses, un confrère père de 15 enfants, âgé de 64 ans, fait encore ses visites à bicyclette ; un autre — malade — vient de perdre sa femme de tuberculose pulmonaire et, sur 5 enfants, 4 sont à surveiller. Les veuves ont à leur charge de 4 à 9 enfants. L'une, âgée de 32 ans, a perdu récemment son mari, attendant un quatrième bébé et restant sans aucune ressource et des dettes à rembourser ; une autre, pour élever ses 8 enfants, dont l'aîné a 19 ans, n'a que 9.300 fr. de revenus.

Il y a lieu de souligner le geste généreux de M. le docteur Roussel qui, cette année, a mis à la disposition du jury une bourse supplémentaire.

Le jury d'attribution était composé de Mme Jayle, vice-présidente de la Société de femmes et enfants de médecins ; M. le docteur Roussel, fondateur ; M. Richard, chef du bureau de la natalité au ministère de la Santé publique ; MM. les docteurs Chapon, Claisse, Darras, Lutaud, Bongrand, Foveau de Courmelles, de l'Association générale des médecins de France ; M. le docteur Cibrie, représentant la Confédération des syndicats médicaux.

Le 3e Congrès international de la Lumière aura lieu à Wiesbaden, du 1er au 7 septembre, sous la présidence du professeur Friedrich.

Les sujets de discussion concernent la physio-biologie de la lumière solaire et des sources artificielles, la photothérapie dans la plupart de ses indications, les questions d'hygiène sociale considérées dans leurs rapports avec la lumière.

Il n'y aura pas de rapports, mais des conférences et des communications.

Cotisation : 20 Reichsmarken pour les congressistes et 10 pour les membres de leur famille.

S'adresser au secrétaire général du Congrès, Dr Schreiber, Berlin NW7, Robert Koch Platz, N° 1.

Renseignements : M. le Dr Jean Meyer, 67, boulevard de Courcelles, à Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONTRE LA PROPOSITION DE LOI POMARET

Les contre-propositions de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris.

M. Maurice Mordagne, délégué permanent, communique :

« Le Comité de l'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris, seule association d'étudiants en médecine de Paris, reconnue d'utilité publique, s'est réunie à nouveau le 5 juillet 1936, pour étudier les conditions faites aux médecins dans la proposition de loi Pomaret.

Il constate que le but principal de cette loi est le placement de la jeunesse intellectuelle, mais il estime que certains de ses articles sont inopérants et très dangereux, *surtout en ce qui concerne la limite d'âge à 65 ans*, à imposer pour l'exercice de toute profession libérale. Il est en effet inadmissible que l'on prive les malades des soins éclairés que peuvent leur apporter des praticiens ayant dépassé 65 ans, alors que ceux-ci ont acquis une riche expérience de leur profession.

Si l'on veut, au contraire, trouver des débouchés à la jeunesse médicale française, il faut d'urgence limiter très sévèrement l'accession *des médecins et étudiants en médecine étrangers à la naturalisation française.*

A ce propos, le Comité de l'Association Corporative demande que soient seulement naturalisés :

1°) Les étudiants en médecine étrangers :

a) Qui sont titulaires : du baccalauréat français, du diplôme du P. C. B., d'inscriptions en vue du doctorat en médecine d'Etat ;

b) *Qui ont moins de* 30 *ans*, pour permettre à ces étudiants de faire dans l'armée active leur stage obligatoire d'élève officier de réserve du service de santé militaire, cela dans les mêmes conditions que les étudiants français autochtones : ainsi sera réalisée *l'égalité totale des droits et des devoirs ;*

2°) *Les docteurs en médecine d'Etat*, à la condition expresse qu'ils *puissent également faire leur service militaire dans l'armée active.*

En outre, le comité de l'Association corporative émet le vœu que :

a) La répression de l'exercice illégal de la médecine soit soumise à des peines exemplaires ;

b) Les charlatans et les médecins marrons soient poursuivis impitoyablement, car le nombre des malades crédules exploités par eux est incalculable.

Pour conclure, le Comité de l'Association Corporative des étudiants en médecine proclame avant tout que l'Etat a passé un *contrat à vie* avec le docteur en médecine, le jour où il lui a délivré son diplôme, et *qu'il n'a nullement le droit de rompre unilatéralement ce contrat.*

Par contre, le fonctionnaire ne peut être assimilé aux membres d'une profession libérale, car lorsque celui-ci rentre dans la carrière, l'Etat ne passe avec lui qu'un contrat limité dans le temps. »

Pour le Comité
de l'Association Corporative
des Etudiants en médecine de Paris :
MORDAGNE.

L'ÉQUIPEMENT SANITAIRE DE LA FRANCE

M. le Ministre de la Santé publique nous communique la note suivante :

« Le professeur Gosset ayant, au nom du bureau du Syndicat des Chirurgiens français, procédé à une enquête sur l'opportunité de constitution d'organisations sanitaires régionales mises à la disposition des chirurgiens, et pourvues des moyens d'investigation et d'intervention les plus perfectionnés, un groupement dissident a cru devoir mettre en cause à cet égard le ministre de la Santé publique. Il lui prête l'intention d'incorporer à un plan public d'équipement sanitaire la création de centres chirurgicaux qui seraient exploités sous le contrôle et la direction de l'Etat.

Il résulte des renseignements qui nous ont été donnés que cette information est dénuée de tout fondement. M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique, nous a déclaré qu'il considérait que le rôle de l'Etat en matière sanitaire devait se borner à l'organisation de la prophylaxie et du service social ; l'intervention publique n'étant justifiée actuellement à ses yeux, en matière de soins médicaux et chirurgicaux, qu'en faveur des économiquement faibles, et des bénéficiaires des lois d'assistance. Il ne saurait être question de fonctionnariser le corps médical. »

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS
HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

SEPTICÉMIE A STREPTOCOQUES CHEZ UN GARÇON D'UN AN
ÉVOLUTION FAVORABLE [1]

Par M. le professeur P. NOBÉCOURT.

Le petit René, que je vous présente, a des parents et deux frères et sœurs bien portants.

Il est né le 18 novembre 1934, à terme, avec un poids de 4 kgs. L'accouchement est normal. L'enfant est élevé au lait de vache ; son accroissement est régulier ; il n'est jamais malade.

Le 22 décembre 1935, le matin, au réveil, il ne peut se tenir sur son membre inférieur droit. Sa température est de 38° 7. Il n'a ni angine, ni troubles digestifs.

Nous n'avons pas de renseignements sur les jours suivants.

Le 1er janvier 1936, la température est de 41° 2, le médecin consulté constate une contracture en flexion des membres inférieurs. Ce sont les seuls symptômes. Le médecin prescrit du salicylate de soude et du bromure.

Les jours suivants, la température du matin est de 38° 5-39°, celle du soir de 39°-39° 5. La contracture des membres diminue.

René entre à la Salle Molland, le 6 janvier, quinzième jour de la maladie. Il est âgé de un an un mois.

Sa température à l'entrée est de 37° 8 ; le soir, elle monte à 38° 5, puis à 40°.

Il mesure 76 cm.; il a la taille d'un enfant de 1 an 7 mois ; il pèse 9 kg. 400, le poids moyen pour son âge étant de 9 kg. 200. Son pannicule adipeux est bien développé. Il est pâle ; ses muqueuses sont peu colorées. On constate un petit chapelet costal.

L'enfant ne semble pas très infecté ; cependant il est très agité et crie dès qu'on s'approche.

Ses membres inférieurs sont en flexion, avec une contracture légère qui cède à la mobilisation ; les mouvements des hanches et des genoux sont un peu limités, surtout à droite. On ne trouve aucun point douloureux à la palpation des os ; les articulations ne présentent rien de particulier. Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs.

Le pharynx est un peu rouge, on y voit des mucosités abondantes.

L'examen des viscères ne révèle rien de particulier. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le liquide céphalo-rachidien est limpide ; on y trouve 1,4 lymphocyte par mm^3 et 0 gr. 15 d'albumine par litre.

La cutiréaction à la tuberculine, les réactions de Bordet-Wassermann (H^8) et de Kahn sont négatives.

Le 7 janvier, la température du matin est de 39° 2, celle du soir de 38° 6. Le membre inférieur gauche est normal, mais le droit est toujours en flexion. Au membre inférieur droit on constate des symptômes nouveaux : le dos et la face externe du pied, la jambe sont œdématiés et chauds ; le genou est globuleux, avec le cul-de-sac sous-quadricipital un peu tuméfié et un léger choc rotulien.

Il semble y avoir une légère douleur à la pression de l'extrémité inférieure du fémur. La flexion du membre se fait normalement, mais l'extension est incomplète et paraît douloureuse.

Dans la région inguino-crurale droite on sent, au-dessous de l'arcade crurale, trois petits ganglions mobiles, de la grosseur d'un petit pois.

La radiographie des os ne révèle rien d'anormal.

Le pharynx est toujours rouge. Il y a un petit écoulement par l'oreille gauche.

Le 8 janvier, la température se maintient à 38° 7 le matin, à 39° 4 le soir. Le membre inférieur droit est plus fléchi que la veille. L'œdème du pied a augmenté et s'étend jusqu'à la base des orteils.

On voit sur le pied une éruption de macules rosées de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, siégeant sur la plante, le bord interne et surtout le bord externe.

La mobilisation de l'articulation tarso-métatarsienne est douloureuse.

Le 9 janvier, la température est de 38°7-39°.

Le 10 janvier, elle est de 38° 8-38°, l'éruption du pied a presque disparu.

Le genou droit est en demi-flexion ; la flexion est facile, l'extension trouve de la résistance ; il n'y a pas de douleur à la pression.

Sur la radiographie du genou droit on constate que le cartilage épiphysaire du fémur est un peu flou.

L'hémoculture, faite le 8 janvier, en bouillon-ascite donne des streptocoques en chaînettes. René est donc atteint d'une septicémie à streptocoques.

On fait des injections du sérum antistreptococcique de Vincent :

		intra-musc.	sous-cut.
10 janvier		40 cm^3 intra-musc.,	40 cm^3 sous-cut.
11 —		40 — —	40 — —
12 —		40 — —	40 — —
13 —		40 — —	20 — —
—		160 cm^3	140 cm^3

Au total, en quatre jours 300 cm^3.

La température, durant le traitement, est la suivante :

Le 11 janvier : 39°8 le matin, 38°9 le soir.
Le 12 janvier : 39°2 le matin, 39° le soir.
Le 13 janvier : 38°5 le matin, 38°6 le soir.
Le 14 janvier : 38°1 le matin, 39° le soir.
Le 15 janvier : 39° le matin, 39°5 le soir.

Elle s'élève donc d'abord pour s'abaisser après la deuxième injection.

Le 11 janvier, on fait la paracentèse du tympan gauche, il s'écoule du sang et du pus. L'otite peut expliquer l'élévation de la température à 39° 8, le matin de ce jour.

Le 14 janvier, nous constatons du gonflement de l'articulation tibio-tarsienne droite, surtout dans la région sous-malléolaire. La température remonte le soir à 39°.

(1) Leçon du 8 février 1936.

Les 15 et 16 janvier, la température est de 39°-39° 5. Le genou et l'articulation tibio-tarsienne droits sont toujours tuméfiés et douloureux.

Le 15 janvier, on commence un traitement par le Rubiazol à la dose quotidienne de 4 comprimés ; on le continue jusqu'au 26 janvier.

Le 17 janvier, la température baisse à 38° 2-38° 5. Jusqu'au 20 janvier, elle oscille entre 38° et 38° 5.

Le 19 et le 20 janvier, se produit une éruption sérique généralisée à la face, au tronc, aux membres ; le 21 janvier, elle a disparu.

Le genou et le cou-de-pied s'améliorent ; le gonflement disparaît et la mobilisation devient possible.

Le 21 janvier, au matin, se produit un clocher thermique à 39° 5, qu'explique l'apparition d'une otite moyenne droite. On fait la paracentèse du tympan ; du pus s'écoule. Après la paracentèse la température baisse, le soir, à 38° 4.

A partir du 22 janvier, la température oscille autour de 38°, puis, les 25 et 26 janvier, on observe une recrudescence de la fièvre à 39° 3, liée à un arrêt de l'écoulement du pus.

Le 27 janvier, le pus s'écoule de nouveau ; la température revient au voisinage de 38°.

Le 31 janvier, se produit une reprise de la fièvre ; la température monte à 39°, il y a un écoulement abondant par l'oreille, on ne trouve pas d'autres causes à l'élévation thermique que l'atteinte de l'oreille.

Depuis, la température persiste aux environs de 39°. Ce matin elle est de 40° ; l'enfant est abattu ; on constate une mastoïdite gauche, qui va être opérée tout à l'heure.

Nous avons poursuivi quelques recherches.

L'hémoculture du 11 janvier, en bouillon ordinaire et en bouillon-ascite, donne des streptocoques en chaînettes. L'injection de la culture en bouillon à l'oreille d'un lapin ne donne pas d'érysipèle, l'injection à la souris n'entraîne pas sa mort.

Le mucus du pharynx examiné le 7 janvier ne contient pas de streptocoques ; on y trouve des staphylocoques et des pneumo-bacilles.

Dans le pus de l'oreille, le 28 janvier, on trouve de nombreux polynucléaires altérés, des streptocoques en chaînettes, quelques pneumocoques.

L'examen du sang fait à deux reprises donne les résultats suivants :

10 janvier :

Temps de saignement	3 minutes
Temps de coagulation	7 minutes
Caillot rétractile	
Hémoglobine	65 %
Globules rouges	3.940.000 par mm³
Valeur globulaire	0.82
Leucocytes	9.200 par mm³
Polynucléaires neutrophiles	59 %

27 janvier :

Temps de saignement	4 minutes
Temps de coagulation	11 minutes
Caillot rétractile	
Hémoglobine	60 %
Globules rouges	3.720.000 par mm³
Valeur globulaire	0.80
Leucocytes	11.900 par mm³
Polynucléaires neutrophiles	58 %

Les autres éléments leucocytaires ne présentent rien de particulier.

Il y a donc une légère anémie, avec diminution de la valeur globulaire, sans leucocytose ni élévation notable du taux des polynucléaires.

Les urines sont examinées à plusieurs reprises ; elles ne contiennent ni albumine ni sucre. Le 12 janvier, on y trouve d'assez nombreux leucocytes isolés.

Somme toute, René est atteint d'une septicémie à streptocoques. En apparence primitive, elle est, en réalité, probablement secondaire à une infection rhino-pharyngée, comme en témoigne l'otite ultérieure.

Le début a été trompeur, du fait de l'impotence et des douleurs dans les membres inférieurs, que peut expliquer l'apparition ultérieure d'arthrites des cou-de-pied, d'un genou. La fièvre était élevée, autour de 39°, mais il n'y a pas eu des symptômes généraux particulièrement sévères.

La persistance de la fièvre semble être expliquée par l'otite et la mastoïdite.

***

Les septicémies a streptocoques, les streptococcémies ne sont pas rares chez les enfants. Nous en observons de temps en temps.

Je leur ai consacré deux leçons, qui se trouvent dans un de mes livres de *Clinique médicale des enfants* sur les *Maladies infectieuses* : l'une, du 1er mai 1926, *A propos de deux cas de streptococcémie, dont l'un terminé par la guérison*, l'autre, du 10 janvier 1931, sur les *Septicémies médicales à streptocoques*.

Je donne dans ces leçons une étude complète des septicémies à streptocoques. Je ne la reprendrai pas aujourd'hui dans ses détails. A propos de René, je désire seulement préciser quelques points particuliers.

Les septicémies à streptocoques s'observent dans des circonstances diverses. On distingue : des *septicémies obstétricales* ou *puerpérales*, des *septicémies chirurgicales*, des *septicémies médicales*.

Les septicémies médicales peuvent être *secondaires* ou *primitives*.

Les septicémies *secondaires* surviennent dans diverses maladies infectieuses : la diphtérie, la scarlatine, la varicelle, la variole, etc... Elles peuvent encore survenir dans des affections des muqueuses et des organes : rhino-pharyngites, otites, broncho-pneumonies, affections des voies digestives, etc.

Les *septicémies dites primitives* s'installent sans qu'on découvre de portes d'entrée appréciables à l'infection, ou au cours d'infections discrètes : rhino-pharyngites, angines, otites légères, troubles gastro-intestinaux. Elles se comportent comme des maladies infectieuses primitives.

Je vais étudier les septicémies dites primitives.

***

Les septicémies à streptocoques revêtent des modalités diverses.

Leur début, leurs symptômes, leur évolution, leur durée, leurs terminaisons, leur pronostic diffèrent suivant les malades.

Le début est brusque, rapide ou lent, bruyant ou insidieux.

Les symptômes généraux sont variés : la fièvre, les modifications de l'état général sont soit très intenses, soit d'intensité moyenne, soit de faible intensité.

Des symptômes de localisations plus ou moins nombreuses et variées peuvent s'installer ou font défaut.

L'évolution tantôt est courte, tantôt se prolonge pendant quelques semaines, tantôt dure des mois.

A côté des malades qui meurent, il y en a d'autres qui guérissent.

La description clinique est forcément schématique. Je ne puis que donner une vue d'ensemble, dessinée à grands traits.

Dans ma description, je me baserai sur les données des auteurs et sur mes observations personnelles, relatées dans les leçons que je viens de citer.

Voici les courbes de température de Jean, âgé de 6 ans et demi ; de Raymonde, âgée de 11 ans 8 mois ; de Louis, âgé de 13 ans 7 mois ; de Philomène, âgée de 12 ans. Elles montrent la diversité des allures de la fièvre.

Le *début* est quelquefois brusque, en pleine santé apparente ; il se manifeste par des frissons, une fièvre élevée à 39°, 40°, 41°. Souvent on parle de grippe.

Plus souvent le début est mal précisé.

Pendant quelques jours l'enfant a de la fièvre, une angine rouge, quelquefois une otite, de la céphalée, de la courbature, des douleurs dans les membres, des arthralgies.

Au bout de quelques jours surviennent des frissons et la température s'élève rapidement, ou bien présente une ascension graduelle, comme dans la fièvre typhoïde...

Parfois, le malade reste apyrétique.

A la *période d'état*, le malade présente généralement des symptômes d'une infection sévère.

La fièvre revêt plusieurs types : le type continu à 39°-40°, avec des écarts plus ou moins grands du soir au matin, comme chez Louis et René ; le type intermittent ou rémittent, comme chez Jean, avec de grands accès fébriles à 39°-40° et 41°, accompagnés de frissons, de sueurs, rappelant le paludisme ; ces accès surviennent à intervalles réguliers ou irréguliers pendant lesquels la température est normale ou reste fébrile, au nombre d'un, de deux ou de trois dans les vingt-quatre heures.

D'une façon générale, la courbe thermique est irrégulière avec des rémissions et des reprises. Parfois le malade reste apyrétique ; alors il s'agit généralement d'enfants cachectiques ou débiles.

L'état général est très affecté. L'enfant est dans le tuphos, avec de la torpeur, de la prostration, de l'asthénie ; il peut avoir des périodes d'agitation et de délire.

Il y a de la tachypnée sans symptômes pulmonaires, de la tachycardie, un pouls souvent petit et dépressible, de l'hypotension artérielle.

Il existe encore une série de symptômes que je me borne à énumérer : anorexie, sécheresse de la langue, constipation ou diarrhée, souvent du subictère, le foie de volume normal ou légèrement augmenté, la rate généralement hypertrophiée ; urines rares, hautes en couleur, ou albumineuses ou non.

Généralement l'enfant maigrit et pâlit rapidement. Il se produit de l'anémie par diminution de l'hémoglobine et des globules rouges.

L'état général n'est pas toujours aussi profondément atteint ; il y a des cas où les symptômes sont moins accusés.

Souvent on observe l'apparition d'autres symptômes au niveau de la peau, des articulations, de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire. Il peut survenir un syndrome hémorragique.

L'*évolution* diffère suivant les cas.

Il y a des *formes foudroyantes* et *suraiguës*. Leur début est généralement brusque par des frissons. La température est élevée ; il existe des symptômes d'infection générale grave ; la mort survient soit au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, soit seulement au bout de quatre, cinq, six, huit jours.

Il y a des *formes aiguës*. Leur début se fait suivant les diverses modalités que j'ai signalées tout à l'heure. La température est élevée et sa courbe offre des types divers. Il y a des symptômes généraux sévères ; ils peuvent l'être au même degré que dans les formes suraiguës. L'évolution se poursuit. Tantôt l'état reste grave ou on assiste à une succession de rémissions et de reprises ; finalement la mort survient du quinzième au trentième jour. Tantôt, même avec un état sévère qui fait craindre la mort, on voit, au bout de quinze à vingt jours, les symptômes généraux s'atténuer, la fièvre s'abaisser plus ou moins vite, puis persister avec des reprises et des rémissions, tandis que des manifestations diverses surviennent. Finalement, le malade guérit ou bien l'infection persiste.

Alors s'installent les *formes subaiguës, prolongées*. La fièvre persiste irrégulière, avec des poussées ; on observe des manifestations diverses, notamment des suppurations. La durée est de trois mois et davantage.

Il ne s'agit plus de septicémie, mais des conséquences de la septicémie.

A ce tableau clinique viennent s'intriquer des MANIFESTATIONS diverses. La plupart sont dues aux localisations des streptocoques lancés dans la circulation ; on les qualifie souvent à tort de complications. Elles peuvent évoluer alors que la septicémie a disparu. Quelquefois elles sont le point de départ de septicémies secondes.

Je ne puis étudier en détail ces localisations, je vais décrire rapidement les principales.

Les *manifestations cutanées* sont des *érythèmes* de types divers, morbilliformes, scarlatiniformes, érysipélateux, bulleux, polymorphes.

Ces érythèmes tantôt sont discrets, localisés, fugaces, tantôt sont étendus, persistants ou à reprises.

L'érythème érysipélateux est rouge sombre, a des contours polycycliques, repose sur une infiltration

œdémateuse du derme. Pour MM. Lemierre et Noël Deschamps, il a une grande valeur pour le diagnostic et comporte un pronostic grave.

L'érythme bulleux a parfois une diffusion très grande. Il en était ainsi chez un malade dont M. Louis Delezenne a publié l'observation à la *Société médicale et anatomo-clinique de Lille* et dans *Pédiatrie* de 1933 : *Un cas de septico-pyohémie à streptocoques à localisations multiples chez un enfant de deux ans.*

Il s'agit d'un garçon. Le 27 décembre 1931, débute une otite suppurée gauche ; la fièvre dépasse à plusieurs reprises 39°. Ensuite apparaissent un érythème toxi-infectieux généralisé avec des pustules, des phénomènes méningés, des signes d'une ostéo-myélite du coude gauche, un gonflement de la jambe gauche.

Le 20 janvier 1932, l'enfant entre à l'hôpital. Son état paraît désespéré. Il est très pâle, très maigre, très prostré ; sa température est de 40° 2.

Il présente une éruption généralisée varicelliforme, surtout importante au dos et aux fesses. Elle est formée de milliers de bulles, à contenu séro-purulent, où on trouve des chaînettes de streptocoques en grand nombre.

Le coude gauche présente une tuméfaction énorme, fluctuante, au niveau de laquelle la peau est à peine rouge ; le talon gauche a une escharre, le mollet gauche une vaste suppuration, la fesse gauche un phlegmon profond.

Les bruits du cœur sont faibles, le pouls bat à 110.

On ouvre les abcès ; le pus très liquide, inodore, contient des streptocoques à l'état de pureté.

Dans la nuit, l'enfant est très agité. Il meurt le 21 janvier, vingt-cinquième jour de la maladie.

Les érythèmes peuvent constituer la manifestation principale de la streptococcémie, il s'agit alors de ces *érythèmes infectieux*, décrits par Hutiner, en 1892, et son élève Mussy, qui réalisent des épidémies dans une salle d'hôpital et ont un pronostic grave.

Voici une observation que j'ai publiée, avec Prosper Merklen, dans un mémoire sur le *rôle du streptocoque et des altérations hépatiques dans la production de certains érythèmes infectieux*, paru dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* de juillet 1901.

Un garçon de 5 ans et demi a un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage ; il est cachectique.

Au début de mai 1900, il a plusieurs poussées d'érythème avec une fièvre légère.

Le 14 mai, Jalaguier fait une gastrostomie.

Le 16 mai, apparaît un érythème scarlatiniforme sans fièvre ; l'état général est mauvais, le pouls est à 150.

Puis l'érythème s'atténue. Mais bientôt apparaît un nouvel érythème généralisé, sans fièvre ; l'enfant a de la céphalée, est abattu.

Le 21 mai, il tombe dans l'hypothermie et meurt.

Cette évolution apyrétique est attribuable à l'état de cachexie extrême dans lequel se trouve l'enfant.

A l'autopsie, nous trouvons des poumons congestionnés, une broncho-pneumonie congestive dans le lobe inférieur du poumon gauche. Le foie est parsemé de taches ecchymotiques, la rate a un volume normal. Au microscope, on constate des lésions histologiques discrètes du foie et des reins.

Avec le sang du cœur, la rate, le foie, le rein, le noyau de broncho-pneumonie, on obtient des cultures pures de streptocoques à longues chaînettes. L'injection d'un centimètre cube de culture en bouillon ne donne pas d'érysipèle à l'oreille du lapin.

Simultanément, dans la même salle, se sont produits deux autres cas d'érythèmes infectieux à streptocoques. Il s'agissait d'une petite épidémie de salle.

Les *syndromes hémorragiques* se traduisent par des hémorragies de la peau, du purpura à type pétéchial, ecchymotique ou mixte, par des hémorragies des muqueuses, de la muqueuse buccale, de la muqueuse nasale, par des hémorragies viscérales.

Ces syndromes se présentent sous des modalités diverses. Tantôt il s'agit d'un simple érythème purpurique. Tantôt les hémorragies sont importantes.

Les hémorragies peuvent apparaître à toutes les périodes de la septicémie. Assez souvent, elles surviennent dans les formes foudroyantes ou suraiguës.

Dans ces cas, le purpura et les hémorragies dominent le tableau clinique ; on porte le diagnostic de *purpura à forme suraiguë* ou *foudroyante*. Ce purpura a été décrit par Rilliet et Barthez en 1853, par Guelliot en 1884, par Henoch en 1889 ; celui-ci l'a dénommé *purpura fulminans.*

L'observation de Philomène, que j'ai relatée dans ma leçon du 10 janvier 1931, en est un exemple.

Elle est âgée de 12 ans 1 mois.

Au début de mai 1924, son père a une angine aiguë, qui est probablement l'origine de la contagion.

Le 25 mai, elle est prise de frissons et de fièvre; elle se plaint de douleurs dans les oreilles, puis dans les épaules, les hanches, les jambes.

Dans la nuit du 28 au 29 mai, surviennent une hémorragie oculaire et des signes méningés.

La malade entre à la salle Parrot le 29 mai. Elle a une température de 40°. Elle est agitée. Son liquide céphalo-rachidien est normal. Son état général est très grave ; elle est prostrée. On voit du purpura pétéchial et ecchymotique ; on constate des épistaxis, une stomatorragie, de l'hématurie. L'œil gauche présente une ecchymose palpébrale et conjonctivale, une hémorragie du corps vitré, une ophtalmie purulente. Il existe une azotémie de 5 gr. 53 par litre. Une hémoculture donne des streptocoques en longues chaînettes.

La température reste élevée. L'enfant meurt le 2 juin, le neuvième jour de la maladie.

Les *arthropathies* sont fréquentes.

Elles revêtent des modalités variées : arthralgie, arthrite séreuse, arthrite suppurée, le plus souvent avec périarthrite, inflammation suppurée ou non des gaines tendineuses.

Parfois une seule articulation est atteinte. Généralement plusieurs articulations sont intéressées simultanément ou successivement. Le même malade peut présenter simultanément ou successivement les diverses modalités d'arthropathies.

Les atteintes articulaires apparaissent à toutes les périodes de la streptococcémie et dans ses différentes formes.

Dans les formes suraiguës et foudroyantes, ce sont des arthralgies et des arthrites séreuses ; le temps manque pour la suppuration.

Dans les formes aiguës, ce sont des arthralgies, des arthrites séreuses, des arthrites et des périarthrites suppurées. La suppuration s'installe généralement du quinzième au vingtième jour.

Dans les formes prolongées, ce sont surtout des arthrites suppurées qui évoluent lentement.

On rencontre assez souvent des *abcès sous-cutanés*, des *abcès musculaires*.

Ces diverses suppurations évoluent après la phase septicémique ; leur installation n'est pas toujours un élément défavorable de pronostic, elles réalisent de véritables abcès de fixation.

L'*appareil circulatoire* est souvent lésé.

On rencontre des *endocardites malignes aiguës*. L'infection a une évolution suraiguë ou aiguë. Rarement l'endocardite est reconnue pendant la vie ; le plus souvent elle est une découverte d'autopsie.

Il en était ainsi chez Raymonde, dont l'histoire est dans ma leçon du 17 février 1923, qui se trouve dans mon livre de *Clinique* sur les *Affections de l'appareil circulatoire*.

On rencontre encore l'*endocardite maligne subaiguë, lente*, qui s'installe tantôt sur un cœur indemne, tantôt chez un enfant atteint d'une cardiopathie rhumatismale.

Quelquefois on observe des *phlébites des membres* : elles sont rares chez les enfants.

MM. Jules Renault et Pierre-Paul Lévy en ont rapporté une observation intéressante. Une fille de 11 ans a une fièvre irrégulière à grandes oscillations ; successivement apparaissent, le treizième jour, une phlébite de la saphène gauche, le trentième jour, une phlébite de l'humérale droite.

Les phlébites rétrocèdent ; puis, le quarantième jour, surviennent des frissons, avec une température de 39° et des arthrites métacarpo-phalangiennes du médius et de l'index droits, qui rétrocèdent rapidement. Dès lors l'apyrexie s'installe et l'enfant guérit.

Trois hémocultures, faites du huitième au vingtième jour, ont donné du *Streptococus conglomeratus*.

On peut rencontrer bien d'*autres localisations :* des broncho-pneumonies, des abcès du poumon, des pleurésies purulentes, des péricardites purulentes, des péritonites, des méningites, des néphrites, des abcès périnéphrétiques. Je ne fais que vous les signaler.

Somme toute, les septicémies à streptocoques présentent des modalités cliniques et évolutives très diverses.

Il en est de même pour beaucoup d'autres septicémies, notamment pour les septicémies à pneumocoques et à staphylocoques, que j'ai étudiées dans mes leçons des 15 et 22 novembre 1930 sur *Les pneumococcémies chez les enfants*, qui sont dans mon livre de *Clinique* sur *Les maladies infectieuses*, dans ma leçon du 20 mai 1933, sur *Les formes aiguës des staphylococcémies*, publiée par *Le Concours médical* du 24 septembre 1933.

Ces diverses septicémies peuvent réaliser les mêmes modalités cliniques. Certaines particularités, certaines circonstances étiologiques peuvent faire présumer l'une ou l'autre ; elles peuvent conduire à un diagnostic de possibilité, mais non à un diagnostic de certitude.

Le diagnostic du germe en cause relève de la bactériologie, de sa constatation soit dans les hémocultures, soit dans les foyers métastatiques.

***

Les septicémies à streptocoques ont une mauvaise réputation et à juste titre.

Elles sont souvent MORTELLES.

D'après la statistique de MM. Arloing, Dufourt et Langeron, la mortalité globale est de 80 %, la mortalité dans les formes aiguës est de 93 %, dans les subaiguës de 50 %.

Les cas personnels relatés dans mes leçons de 1926 et de 1931, ainsi que dans celle-ci sont au nombre de 8.

5 de mes malades sont morts (62,5 %) :

Félicien, 12 ans, varicelle.
Odette, 13 ans, scarlatine.
Henri, 6 ans, scarlatine et endocardite.
Raymonde, 11 ans 8 mois, septicémie primitive et endocardite végétante.
Philémone, 12 ans, septicémie primitive purpura.

2 ont guéri (25 %).

Jean, 6 ans et demi, septicémie primitive.
Louis, 13 ans 7 mois, septicémie primitive.

1 est encore en évolution :

René, 1 an, septicémie primitive.

Si René guérit, et l'évolution semblait jusqu'à ce matin devoir être favorable, nous pourrons compter 3 guérisons sur 8 cas, soit 37,5 %.

Si nous considérons les 5 cas de septicémies primitives, nous trouvons 2 morts (40 %) et, suivant que René guérira ou non, 2 (40 %) ou 3 (60 %) guérisons.

Il est intéressant d'étudier l'ÉVOLUTION DES SEPTICÉMIES STREPTOCOCCIQUES *de Jean et de Louis*, qui ont guéri, et de chercher à préciser le RÔLE DU TRAITEMENT dans leur guérison.

Jean, à 6 ans et demi, a une angine avec fièvre.

A partir du cinquième ou du sixième jour, la fièvre présente de grandes oscillations quotidiennes de 3 ou 4 degrés ; on constate des symptômes de septicémie grave, des poussées de congestion pulmonaire, de la splénomégalie ; l'hémoculture donne des streptocoques.

A partir du dix-neuvième ou du vingtième jour, on fait des injections sous-cutanées d'autovaccin.

Après deux injections de 0 cc. 25 et de 0 cc. 50, la température tombe et revient à la normale. On fait encore six injections de 1 cc., séparées par un jour d'intervalle : il persiste une petite fièvre pendant une di-

zaine de jours, puis survient une varicelle qui évolue de façon normale. L'enfant guérit.

Dans ce cas, l'autovaccin semble avoir coupé la fièvre. Mais le traitement a été institué tardivement, à la fin de la troisième semaine, alors que la fièvre peut cesser spontanément; d'ailleurs, une hémoculture faite entre la première injection et la deuxième a été négative ; la septicémie était probablement terminée.

Louis, à 13 ans 7 mois, a une angine et une otite qui nécessite une paracentèse. Huit jours après, il est pris d'un grand frisson ; sa température s'élève à 41° ; c'est le début de la septicémie. La fièvre se maintient en plateau, l'état est très grave ; on constate l'apparition d'une arthrite du coude droit avec une grosse tuméfaction, puis d'une arthrite du cou-de-pied gauche. L'hémoculture donne des streptocoques.

On commence le traitement par des injections intraveineuses de Trypaflavine en solution à 2 p. 100.

On injecte :

Le 7e jour : 0 gr. 05.
Le 8e jour : 0 gr. 10.
Le 10e : 0 gr. 15.

A partir du neuvième jour, la température baisse en lysis, puis reste entre 38° et 39°. Les arthrites suppurent.

On fait encore deux injections de 0 gr. 15 les seizième et dix-huitième jours ; elles n'ont aucune influence.

Il est fort possible que la Trypaflavine ait contribué à l'évolution favorable, mais on ne peut l'affirmer. Des hémocultures faites la veille de la première injection et le lendemain de la troisième ont été négatives.

Sans nouveau traitement, l'apyrexie s'installe à partir du trente-septième jour ; elle est entrecoupée de périodes de fièvre.

Quand Louis quitte l'hôpital au bout de trois mois, il est subfébrile (37°8-38°) et conserve une suppuration du cou-de-pied. Pendant quinze mois, il est soigné à Berck pour une ostéite de la jambe, d'après une lettre qu'il nous envoie le 30 décembre 1934. Dans cette lettre, écrite quatre ans après le début, il se déclare guéri et ne conserver qu'un peu de raideur du coude et du cou-de-pied lésés.

Notre malade d'aujourd'hui, *René*, a une fièvre élevée, son état général est modérément affecté, il présente des arthrites non suppurées.

Du dix-neuvième au vingt-deuxième jour, nous lui faisons des injections intra-musculaires et sous-cutanées de sérum de Vincent, au total 300 cc. La température baisse lentement, de 39° à 38°.

Ensuite, nous lui donnons du Chlorhydrate de Sulfamino-Chrysoïdine ou Rubiazol pendant douze jours; ce médicament n'a pas d'effet appréciable ; la fièvre persiste, l'otite reprend et se complique de mastoïdite.

Je conclurai :

Les streptococcémies sont cliniquement très différentes. Les unes sont très graves, rapidement mortelles, rebelles à toute thérapeutique. D'autres sont très graves en apparence, puis s'améliorent soit spontanément ou sous l'influence du traitement habituel des infections, soit à la suite d'une thérapeutique spéciale.

Pour nos malades, nous pouvons nous demander si les traitements institués ont été réellement des facteurs de la guérison.

Pour expliquer les modalités diverses des septicémies à streptocoques, interviennent probablement :

1° Des facteurs tenant au terrain ; notons leur gravité chez les scarlatineux ;

2° Des facteurs tenant aux streptocoques ; mais nous n'avons pas de moyens pour apprécier leur activité pathogène ; des streptocoques très virulents pour l'homme ne le sont pas pour les animaux de laboratoire et inversement.

Les réserves que je fais sur l'action des médicaments ne doivent pas nous empêcher, étant donnée la gravité de beaucoup de septicémies streptococciques, d'y avoir recours. Mais il faut nous garder, chez un malade donné, des illusions sur leur efficacité réelle.

ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(*XXIIe Session, juillet 1936.*)

LA POLIOMYÉLITE AIGUE

Ces assises ont montré une fois de plus les services que le Corps médical rend à la santé publique « bien au delà de l'âge fixé dans un projet de loi en cours, qui obligerait les malades à se priver de l'expérience professionnelle irremplaçable, si longue à acquérir ». Il s'agit bien entendu du projet de loi Pomaret, que connaissent bien nos lecteurs et qui, sous prétexte de diminuer la pléthore dans les professions libérales, a pour objet d'interdire, après 65 ans, leur exercice, même à titre charitable et désintéressé. Il serait peut-être plus opportun de mettre une digue aux naturalisations des étrangers qui nous envahissent et dont la nécessité ne paraît pas toujours opportune.

Mais revenons-en aux conclusions de ces assises :

« La poliomyélite apparaît habituellement sporadique, avec alternatives de réveil et de trêve ; elle frappe dans la moitié des cas les enfants au-dessous de sept ans, garçons plus que filles, et pour une grande part, avant trois ans.

Il y a des années plus meurtrières, telles que 1930 pour l'Alsace (précédée en 1929 d'un foyer vosgien), suivie d'éclosions de voisinage dans le Doubs, la Haute-Saône, jusqu'au Nord et même jusqu'à la Sarthe, qui fut assez éprouvée.

Habituellement, les foyers épidémiques sont caractérisés par des « bouquets locaux », bouquets champêtres plus souvent que citadins. A la ville, les relations des cas s'estompent, alors qu'à la campagne le médecin n'ignore aucun cas avéré. Aussi ces assises furent particulièrement fécondes par le faisceau d'observations épidémiologiques de village ; elles ont permis de grouper les cas à provenance de foyers connus, de montrer l'existence de transmissions familiales, l'absence de contagion hospitalière, de diffusion dans l'armée et même la rareté de diffusion dans l'école. Par contre l'attention est attirée sur l'observation des cas ruraux et la possibilité du rôle des souillures animales — relations impossibles à identifier à la ville.

Le **diagnostic** n'est pratiquement pas posé avant la période paralytique. Au préalable, la présomption s'appuie sur :

a) *La douleur* myalgique et l'hyperesthésie cutanée ;

b) *Les signes préparalytiques* (diminution des réflexes, impotence cervicale (tête ballante), signe de Deshayes d'Orléans) ;

c) *La réaction méningée aiguë*, positive mais non spécifique, conférant intérêt à la ponction lombaire précoce.

Thérapeutique. — Ces assises montrent l'usage très répandu de la sérothérapie et la vigilance du médecin pour se procurer du sérum. Des observations apportées de différentes provinces, il ressort que, dans les campagnes les plus reculées, des malades ont pu être traités le jour même, aussi tôt que dans les grands centres. De tels exemples sont à l'honneur du corps médical et des services que ses artisans, jusqu'aux plus modestes, rendent à la santé publique... *bien au delà de l'âge fixé dans un projet de loi en cours et qui obligerait les malades à se priver de l'expérience professionnelle irremplaçable, si longue à acquérir.*

Nos sections du Nord, Pas-de-Calais, Meuse, Eure-etLoir, Isère, Charente-Inférieure, Dordogne, Corrèze, Lot, Pyrénées-Orientales, Hérault, Gard, Var, Alpes-Maritimes sont favorables au sérum de Pettit.

L'utilisation du sérum humain s'est répandue progressivement depuis les travaux de Netter et Levaditi, et l'organisation des centres de sérum de convalescents. Strasbourg, Toulouse, Clermont-Ferrand, Marseille, Bordeaux ont enregistré des succès grâce à des animateurs, qui par leurs initiatives pallient à la pénurie des ressources et aux difficultés de livraison. Les assises de Seine-et-Oise, Loir-et-Cher, Maine-et-Loire, Lot-et-Garonne se sont montrées favorables au sérum de convalescents. Pratiquement, ainsi que le formule l'Hérault, on donne la préférence au sérum qu'on peut se procurer au plus tôt et dans le même but on a recours au sang total de parents, ou de vieillards (Charente-Inférieure, Bouches-du-Rhône).

On préconise l'adjonction de la radiothérapie initiale à la sérothérapie dans l'Eure, le Nord, la Loire-Inférieure, les Alpes-Maritimes, l'Hérault, Lot, Corrèze, Loir-et-Cher, Isère et il y a unanimité pour considérer la thermothérapie (bain, air chaud) comme ayant une action sédative sur les douleurs et favorable à la régression des paralysies.

Prophylaxie. — En l'absence de données suffisamment positives sur le mode de transmission de la maladie, la prophylaxie de la poliomyélite relève des mesures d'hygiène générale. La déclaration des cas constatés est une des mieux faites spontanément. Il est éminemment souhaitable qu'en liaison avec les services administratifs et les laboratoires de recherches, notamment l'Institut Pasteur, les enquêtes épidémiologiques soient multipliées, spécialement dans les campagnes où elles sont plus faciles et plus fécondes, afin de permettre d'élucider les modes d'éclosion et de contagion dont la connaissance assurera une prophylaxie efficace. »

A. HERPIN.

GÉNÉRALITÉS SUR LES GAZ DE COMBAT ÉTUDE CHIMIQUE

D'après une conférence de M. NAVARRE, *sous-directeur de l'Institut d'Hygiène* (1)

Le conférencier note d'abord la nocivité de certains produits industriels de fabrication courante. Cette nocivité est prouvée par l'expérimentation, les accidents dans les laboratoires, usines, entrepôts. La nocivité peut être accidentelle (fortuite), industrielle (professionnelle), criminelle.

Les caractères sont toujours semblables : lésions, troubles fonctionnels, avec ou sans suites ultérieures, parfois effet mortel immédiat. Deux processus sont à envisager : le contact, le passage dans la circulation générale.

Les accidents de laboratoires consistent en asphyxies, irritation, brûlures, empoisonnements, explosions. Exemples : facultés, école polytechnique, écoles diverses.

Dans l'industrie, on connaît les accidents par le chlore, l'anhydride sulfureux, l'acide cyanhydrique, la chloropicrine, l'éthane tétrachloré, le bromure de méthyle, l'oxychlorure de carbone, les explosifs, les désinfectants insecticides.

Choix des substances agressives de combat. — L'expression « gaz » est défectueuse. On emploie, en effet, des gaz vrais, des liquides plus ou moins volatils, des corps solides en très fines particules. Plus de mille corps chimiques sont agressifs, cinquante environ ont été essayés, une douzaine sont utilisés, quelques-uns sont très efficaces.

Le choix est dominé par plusieurs nécessités : nécessité d'une action physiologique locale, ou de toxicité ; nécessité de stabilité vis-à-vis des agents naturels ou accidentels, chaleur, échauffement des projectiles, chaleur de l'explosion, stabilité vis-à-vis de la lumière, de l'oxygène de l'air, de l'eau (pluie). Donc nécessité de résistance à la chaleur, à l'oxydation, à l'hydrolyse.

La densité gazeuse est une propriété importante ; les gaz lourds sont généralement préférés, mais on peut alourdir les gaz légers. Le conférencier fait l'étude de la volatilité des substances chimiques, de la chaleur de vaporisation, du point de fusion, de la solubilité dans les divers dissolvants, de la réaction vis-à-vis des métaux, du pouvoir de diffusion, de la facilité d'adsorption, odeur, coloration.

Notons l'utilité de ces propriétés pour la fabrication des substances, et pour la fabrication des armements, le magasinage, le stockage, l'usinage, la fabrication facile avec des matières premières abondantes, les précautions contre accidents, le calcul du rendement et du prix de revient.

Diverses classifications. — *Selon les propriétés physiques.* — 1° Gaz vrais : exemple : chlore ;

2° Substances liquides très volatiles : exemple, phosgène, acide cyanhydrique ;

3° Substances liquides plus ou moins volatiles : exemple, les palites, la chloropicrine, diverses arsines ;

4° Substances solides ; exemple, le chloracétophénone, diverses arsines.

Selon la nomenclature chimique.

Halogènes ;

Oxyde de carbone, et son dérivé chloré : phosgène.

Dérivés halogénés des carbures : bromure de benzyle, de xylyle ; chloropicrine.

Composés sulfurés : anhydride sulfureux ; chloro-sulfate de méthyle ; sulfure d'éthyle dichloré (ypérite, huile moutarde).

Composés azotés. Exemple, ammoniaque, etc.

Composés arsenicaux : Arsines, lewisites, primaire, secondaire, tertiaire. Adamsite, etc.

Dérivés des cétones. Exemple : mono brom acétone.

Cyanogène et ses dérivés. Acide cyanhydrique, chlorure de cyanogène.

Sels métalliques. Chlorures d'étain, de titane : irritants et fumigènes.

Classification militaire tactique, en vue de l'effet à obtenir :

Substances fugaces : grande tension de vapeur, exemple chlore ;

Substances semi-permanentes ;

Substances permanentes, synonyme persistantes : à faible tension de vapeur : ypérite ;

Substances pénétrantes : fines poussières, traversant les filtres ordinaires, nécessitant filtres spéciaux : arsines ;

Substances asphyxiantes et suffocantes.

On retient surtout pratiquement la division en produits fugaces et produits persistants. Les persistants sont d'agressivité immédiate ou retardée.

(1) Notes prises à la conférence faite par M. Navarre à la Faculté de médecine de Paris le 17 juin 1936.

Classification suivant les conditions d'attaque et de défense. — 1° Bombardements par projectiles de canons ou de mortiers ;
2° Bombardements par avions ou aéronefs ;
3° Bombardements par projections ;
4° Emission de vagues de gaz ;
5° Emploi de grenades à gaz ;
6° Infection du terrain.

Les classifications physiologiques et médicales.
Classification service de santé militaire 1918.
1° *Gaz de combat :*
A) Suffocants : type chlore, phosgène, chloropicrine, palites, cétones bromées ;
B) Vésicants : ypérite ;
C) Irritants : lacrymogènes : type bromure de benzil ; sternutatoires : type chlorure de diphényl-arsine ;
D) Toxiques généraux : type acide cyanhydrique.
2° *Gaz d'explosions :* type oxyde de carbone.

Classification physiologique.
1° *Toxiques anoxémiants*, agissant : surtout sur voies aériennes supérieures, ou à la fois sur voies supérieures et sur poumon, ou surtout sur alvéoles pulmonaires ;
2° *Toxiques anémiants*, type oxyde de carbone ;
3° *Poisons tissulaires.*

Autre classification physiologique.
1° *Toxiques caustiques :* actions irréversibles :
A) Suffocants : chlore, phosgène, palites, chloropicrine.
B) Vésicants : réaction lente, atteinte en profondeur : ypérite, diverses arsines.
2° *Toxiques généraux :* Peuvent s'éliminer, action réversible, acide cyanhydrique, oxyde de carbone.
3° *Toxiques spécialisés* ou *irritants :*
A) Lacrymogènes ;
B) Sternutatoires et irritants des voies aériennes supérieures.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX PAR LES ACIDES AMINÉS (1)

D'après M. COMISIONER.

Après avoir passé en revue dans sa thèse les multiples travaux consacrés au traitement de l'ulcère gastro-duodénal par l'histidine, notamment par Stolz et Weiss, Lenormand, Quénée, Lacroix, Hessel, Bulmer, Manginelli, Castaigne, Chaumerliac, Desplas, Fournial, etc..., l'auteur publie une mise au point thérapeutique de cette question et il conseille, chez tous les malades suspects d'ulcère gastro-duodénal, une série de 21 à 24 piqûres intramusculaires de laristine, à la dose d'une ampoule de 5 cc. par jour. Voici les résultats obtenus : tout d'abord, la tolérance quasi immédiate d'un estomac jusqu'alors particulièrement susceptible à un régime alimentaire normal.

Dans la majorité des cas, on constate la disparition des douleurs, disparition qui est en rapport avec les injections. Des malades qui, jusqu'au traitement par la laristine, souffraient horriblement, voient leurs douleurs disparaître dès le début du traitement.

Dans d'autres cas, il s'agissait d'ulcères peptiques survenus après gastro-entérostomie ; ces malades voient aussi leurs douleurs amendées à la suite du traitement.

Les hémorragies intestinales provoquées par les ulcérations s'arrêtent rapidement. L'examen des selles montre presque systématiquement la disparition complète de toute trace sanguine.

Quant aux vomissements, on constate leur disparition dès le début du traitement.

Le retentissement sur l'état général est non moins remarquable. Des malades qui jusqu'à la cure de laristine se sentaient fatigués, étaient amaigris, anorexiques, voient leurs forces revenir, engraissent et redeviennent de grands mangeurs. Ils supportent admirablement tous les maux. De même chez tous les malades, l'auteur a noté une reprise des forces et du poids. Ils engraissent tous d'au moins 2 à 3 kilogs pendant le traitement.

(1) *Concours méd.*, Paris, n° 39, sept. 1935.

LIVRES NOUVEAUX

Le tonus cardio-vasculaire et l'épreuve amphotrope sino-carotidienne (1), par D. DANIÉLOPOLU, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Bucarest.

La physiologie de l'appareil circulatoire s'est enrichie dernièrement de toute une série de notions nouvelles concernant le sinus carotidien, organe qui, avec le cœur et l'aorte, constitue ce que l'auteur de ce livre a appelé *zones réflexogènes cardio-vasculaires.* On ne peut pas comprendre le fonctionnement du cœur et des vaisseaux sans connaître exactement le rôle de leurs nerfs centrifuges et centripètes. Contrairement à l'opinion classique, l'auteur démontre que le tonus normal des zones réflexogènes est *amphotrope à prédominance sur le groupe parasympathique.* Sur la base des recherches antérieures et de ses recherches personnelles, l'auteur développe sa conception sur le mécanisme du tonus cardio-vasculaire à l'état normal. Il l'explique par un *mécanisme circulaire amphotrope.*

Le tonus cardio-vasculaire est modifié dans les états pathologiques.

L'auteur décrit l'*épreuve amphotrope sino-carotidienne*, qui permet au clinicien d'étudier l'état dans lequel se trouve chacune des propriétés fondamentales du cœur et des vaisseaux. Les principes sur lesquels cette méthode est basée, ainsi que sa technique, la différencient de l'épreuve du vague au cou de Czermack et de l'épreuve de Hering et en font une méthode nouvelle. L'auteur démontre que les épreuves de Czermack et de Hering peuvent très fréquemment nous induire en erreur.

Les résultats de l'épreuve sont tout différents à l'état normal, dans les modifications végétatives de l'appareil circulatoire et dans les lésions du cœur et des vaisseaux.

L'auteur décrit les caractères de l'épreuve à l'état normal, les résultats qu'on obtient dans les modifications végétatives du tonus cardio-vasculaire, dans les lésions orificielles, les lésions myocardiques, l'asystolie pulmonaire, l'hypertension artérielle avec ou sans dégénérescence du myocarde, l'angine de poitrine et les différentes variétés d'arythmies.

L'épreuve amphotrope sino-carotidienne, permettant d'établir chez les malades l'état d'altération de chaque propriété fondamentale du myocarde, fournit des renseignements de premier ordre au point de vue du pronostic. Cette épreuve présente encore un grand intérêt dans la thérapeutique des maladies du cœur. En effet, l'action des médicaments cardiaques dépend de l'état pathologique dans lequel se trouve chacune des propriétés fondamentales. Et il est très important de connaître cet état.

Ce livre sera d'une réelle utilité, pour tous ceux qui désirent se mettre au courant du rôle des nerfs du cœur dans les modifications pathologiques de l'appareil circulatoire.

L. G.

(1) In-8 de 212 pages dont 49 pages d'illustrations. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DE LA PLEVRE ET DU POUMON PAR ARMES BLANCHES

SIGNES — DIAGNOSTIC — TRAITEMENT

Les plaies de la plèvre et du poumon par armes blanches se distinguent parmi les plaies pénétrantes de poitrine :

— Par l'absence de lésions pariétales graves de la cage thoracique, notamment de fractures esquilleuses de côtes.

— Par le fait qu'elles ne contiennent pas de corps étrangers, ce qui diminue considérablement les risques d'infection.

— Leur moindre gravité par rapport aux plaies par armes à feu sera ainsi leur dernière caractéristique, la plus importante.

ETIOLOGIE

Elles succèdent à des coups de couteau, de poinçon, de fleuret, d'épée, de baïonnette.

Exceptionnelles aujourd'hui aux armées, on les rencontre pratiquement uniquement dans la *pratique civile*, mais elles viennent encore, en fréquence, après les plaies par balles qui sont responsables de la grande majorité des plaies pleuro-pulmonaires.

SYMPTOMES

Nous décrirons la plaie pleuro-pulmonaire de *type moyen* où les symptômes fonctionnels prédominent largement sur les signes physiques, et dont l'*évolution est en règle favorable.*

I. *Lorsqu'on est appelé d'urgence* à examiner le blessé, il présente :

— *Des signes de shock :* pâle, les lèvres décolorées, les traits tirés, plus ou moins agité, sa voix est cassée, le pouls rapide, hypotendu, les extrémités refroidies.

— *Des signes fonctionnels* qui attestent l'atteinte de l'appareil pleuro-pulmonaire :

La *dyspnée* domine le tableau clinique : la respiration est rapide, superficielle, avec battement des ailes du nez ; cette dyspnée angoissante est aggravée par le moindre effort, par la parole, par les manipulations, et c'est d'une voix cassée qu'il répond à l'interrogatoire.

La *douleur thoracique* est variable.

Mais le signe capital qui ne tarde pas à apparaître au milieu de quintes de toux, c'est l'*hémoptysie :* faite de sang rouge, spumeux, elle vient signer l'atteinte du poumon.

L'*examen* auquel on se livre à ce moment est *des plus sommaires.*

On se borne à reconnaître la *plaie pariétale :* punctiforme ou linéaire, sèche ou laissant sourdre un peu de sang ; rarement, l'hémorragie externe est abondante. On la touche à la teinture d'iode et elle est recouverte d'un pansement occlusif.

Le diagnostic de plaie pénétrante de poitrine est en effet déjà assuré par l'ensemble de ces signes fonctionnels et généraux, mais *rien ne renseigne sur la gravité de la lésion.*

Ce qui importe à cette période, c'est :

— Atténuer les signes de shock.

— Calmer les signes fonctionnels pénibles.

On se contente donc de placer un bandage de corps, le blessé est réchauffé, couché demi-assis, et une piqûre de morphine calme sa dyspnée.

II. *Dans les heures qui suivent,* les signes dramatiques du début se sont atténués, l'état général se relève, le pouls est mieux frappé et le blessé réchauffé repose calmement.

Des signes fonctionnels persistent cependant :

Si la *dyspnée* du début a diminué, elle reparaît vite au moindre effort.

La *toux* de même, survient par quintes déclenchées par les tentatives de mouvement.

L'*hémoptysie* continue encore, faite de sang rouge et rutilant indiquant par là même que le poumon continue à saigner, mais les crachats sanglants se font de moins en moins fréquents.

L'EXAMEN plus complet est alors permis, mais il doit être conduit avec douceur et rapidité pour ne pas être dangereux.

1. La *plaie* est examinée à nouveau, mais on se garde bien de l'explorer, car cette exploration au stylet n'apprendrait rien et ne peut qu'être dangereuse par ses risques d'infection.

Autour d'elle, on recherche la crépitation fine, bien localisée de l'*emphysème sous-cutané.*

Tantôt c'est une plaie sèche, tantôt il s'en écoule un peu de sang venant du poumon, ou bien, plus rarement, le sang vient par saccades, traduisant une lésion vasculaire pariétale : en arrière, intercostale, en avant, mammaire interne.

2. Le *thorax* est *immobile* du côté de la blessure, parfois même, on note une légère voussure de la base de cet hémithorax.

— Il est bien difficile de mettre en évidence une abolition des vibrations vocales chez ce blessé fatigué, mais la *palpation* permet de rechercher une déviation de la pointe du cœur, un abaissement du bord inférieur du foie.

— La *percussion* fournit des renseignements de premier ordre :

A la base, une matité hydrique nette, à limite supérieure horizontale.

Au-dessus, une hypersonorité tympanique.

— L'*auscultation* montre aussi deux zones dans le champ pulmonaire :

Silence respiratoire complet à la base ;

Souffle amphorique à la partie supérieure.

La matité, le silence respiratoire de la base, le souffle sus-jacent suffisent à affirmer le diagnostic d'*hémo-pneumothorax*, où d'ailleurs l'épanchement sanguin occupe la première place.

On cherche à apprécier l'importance de cet épanchement par :

— La hauteur de la matité ;

— Le déplacement de la pointe du cœur, l'abaissement du foie, la modification de la sonorité de l'espace de Traube, tous signes d'ailleurs que l'on ne constatera que rarement, dans les épanchements très abondants ;

— Le signe du sou (la percussion de deux pièces de monnaie donne à l'auscultation un bruit de bois quand le poumon est sain ; un bruit clair, argentin, immédiatement sous l'oreille, si la cavité pleurale contient du liquide).

On vérifie, en outre, l'intégrité des bruits du cœur et la souplesse de l'abdomen (plaies associées).

Deux examens complémentaires assurent et précisent le diagnostic :

— La *ponction exploratrice* retire du sang rouge qui, lorsqu'il a séjourné au moins cinq heures dans la plèvre, se sédimente et demeure *incoagulable* (Grégoire et Courcoux).

— L'*examen radiologique*, pratiqué au lit du malade, est d'un intérêt médiocre pour montrer l'image classique d'hydro-pneumothorax : il précise exactement l'abondance de l'épanchement.

(*A suivre.*) J.-N. COURVOISIER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 58. — SAMEDI 18 JUILLET 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **12 fr. 50**. — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Etudiants : **25** francs par an.	Tous les autres pays : **75** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — SERVICE CENTRAL D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE. (Hôpital de la Pitié.) — Des places d'attachés libres sont réservées aux docteurs en médecine français ou étrangers qui désireraient se perfectionner en électro-radiologie.

Une place de secrétaire bénévole est également vacante.

Pour renseignements, s'adresser au docteur Delherm, chef du service, 83, boulevard de l'Hôpital, Paris.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NIMES — Un concours pour six places d'internes en médecine et en chirurgie aura lieu le 4 décembre 1936, au Centre médical de Nîmes.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 30 novembre 1936.

Le nombre des places pourra être modifié au moment de l'ouverture du concours, suivant les besoins du service.

HÔPITAUX COLONIAUX. — Les concours institués par le décret du 22 août 1928 pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux, et de pharmacien chimiste du Service de santé colonial s'ouvriront le 28 septembre 1936 à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris.

Sont autorisés à se présenter à ce concours :

Les médecins et pharmaciens capitaines et les médecins et pharmaciens commandants présents en France ou en Algérie-Tunisie, et ayant accompli au moins quatre années de séjour aux colonies, en Chine, au Maroc ou au Levant.

Les médecins et pharmaciens des troupes coloniales qui désireraient prendre part à ces concours devront faire parvenir leur demande, par la voie hiérarchique, au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 15 août 1936 au plus tard, en indiquant la section (médecine, chirurgie, pharmacie).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 h. du matin, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — Jeudi 22 octobre :

Clinicat obstétrical : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 3; adjoint, 1; — Clinicat gynécologique : titulaire, avec indemnité, 1.

Samedi 24 octobre :

Clinicat oto-rhino-laryngologique : titulaires, sans indemnité, 2; — Clinicat chirurgical et orthopédique de l'adulte : titulaire, sans indemnité, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 h., jusqu'au vendredi 16 octobre inclus. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

A LA MÉMOIRE DE JACQUEMAIRE-CLÉMENCEAU. — Une plaque sera inaugurée le 28 juillet 1936, à 11 h. 30, rue Jacquemaire-Clémenceau, Paris (XVe), à la mémoire de notre regretté collègue Jacquemaire-Clémenceau, mort victime du devoir professionnel.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Santelli, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie, à Shanghaï.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Albert Laquerrière, médecin électro radiologiste des hôpitaux de Paris, professeur de radiologie à l'Université de Montréal (Canada).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Aboulker (d'Alger), Barbier (de Dijon), Bernasconi (d'Alger), Bernheim (de Lyon), Boulet (de Montpellier), Châtellier (de Toulouse), Cosse (de Tours), Dechaume (de Lyon), Delauney et Didiée (de Paris), Drouet (de Nancy), Dubecq (de Bordeaux), Dumolard (d'Alger), Dupas (de Lille), Eparvier (de Lyon), Faix (de Tours), de Fénis de Lacombe (d'Hanoï), Lagarenne (de Paris), Lamarque (de Montpellier), Lefebvre (de Toulouse), Leuret (de Bordeaux), Macquet (de Lille), Manceau (de Paris), Moggi (d'Alger), Morel (de Lille), Moureau (de Bordeaux), Piquet (de Lille), Sempé (de Toulouse), Terracol (de Montpellier), Vignoli (d'Aix), Wertheimer (de Lyon).

Officiers d'Académie. — MM. Justin-Besançon (de Paris), Carcassonne (d'Aix), Cibert (de Lyon), Créhange (de Nancy), Damodarin (de Pondichéry), Desjacques et Enselme (de Lyon), Fumeau (de Poitiers), Giraud (de Paris), Mlle Gueylard (de Paris), MM. Guillerm (de Rennes), Keller (d'Hanoï), Mme Lallemand et Mlle Le Breton (de Strasbourg), MM. Magrou (de Reims), Mosinger (d'Aix), Perrin (de Nantes), Mlle Pillement (de Reims), MM. Rebattu (de Lyon), Seguin (de Paris), Sendrail (de Toulouse), Suard (d'Angers), Tiprez (de Lille), Toulant (d'Alger), Vandendorpe (de Lille).

CHRONIQUE

PROFITEURS DE LA MALADIE !

Notre éminent confrère le professeur Jeanneney a prononcé récemment, au banquet de l'Association des externes de Bordeaux, un discours d'une haute portée dont nous tenons à reproduire, d'après le *Bulletin médical de Bordeaux,* quelques passages.

« ...Sous prétexte d'une campagne contre *l'amoralité professionnelle,* un grand illustré, paru ce matin, portait en manchette ces mots : « *Les profiteurs de la maladie* ». Et c'est de vous, de nous, Messieurs, qu'il s'agissait.

« Profiteurs ? Vous l'êtes sans nul doute, apprentis médecins, qui employez les plus belles heures de votre jeunesse à disséquer des cadavres, qui payez à la tuberculose contractée au chevet du pauvre un si lourd tribut. Profiteurs, nous le sommes quand nous passons nos matinées à l'hôpital, à sauver — pour rien — la vie de ceux que l'infortune a abattus ; profiteurs, quand nous rapportons la maladie mortelle à nos enfants ou à nos femmes ; quand, artisans vivant du travail de nos mains, une piqûre anatomique nous prive d'un bras, une giclée de pus nous fait aveugle, sans aucun recours contre l'hôpital ou le malade, causes involontaires, mais causes réelles de l'accident.

« Profiteur Pasteur, à qui l'humanité doit des millions de vies ! Profiteurs, les Duhamel, les Carrel, les Mauriac, les Portmann, les Leriche, dont la science éclaire le Monde !...

« Profiteurs ? Non, Messieurs, mais *privilégiés.* Vous êtes des privilégiés : vous avez reçu le don de l'Intelligence et eu la chance de pouvoir l'utiliser. Et cette intelligence vous est chaque jour une source d'enrichissement moral profitable dans votre métier et même hors de ses limites.

« *Dans votre métier,* où vous avez la double joie de travailler et de faire du bien. Car il est peu de carrières aussi pleines, aussi vastes, où puisse mieux s'exercer à la fois la dextérité manuelle, la pénétration de l'esprit et l'élévation morale. A cette carrière, vous êtes préparés par cette magistrale école qu'est *l'Externat :* certes, au milieu de tant d'autres institutions surannées qu'il faudra avoir le courage d'abattre, il convient de conserver à tout prix cette pépinière de l'élite médicale qu'est l'Externat des hôpitaux.

« Votre métier est d'abord une science. Qu'il n'y ait point de bornes à votre enthousiasme scientifique : des mers inconnues, infinies, sont encore à explorer, où chacun de vous peut avoir l'espérance de découvrir, de voir...

...monter en un ciel ignoré
Du fond de l'Océan des étoiles nouvelles.

« Dans *l'ordre pratique,* il n'existe point non plus de limites à votre joie : vous pouvez dépenser sans compter vos richesses spirituelles en vous penchant sur vos frères malheureux, en les soutenant dans les difficiles chemins de la souffrance et de l'angoisse, car *l'amour du prochain* reste, à côté de *l'amour de la recherche,* un des honneurs de votre mission. »

MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

Médecine générale. — M. Maurice Bariéty, médecin des hôpitaux, 77, rue de Monceau, sera présent à Paris à partir du 16 juillet.

M. A. Lambling, médecin des hôpitaux, 20, rue Greuze (16e arrond.), sera présent à Paris jusqu'au 25 juillet et à partir du 10 septembre.

Médecine générale. Neurologie. — M. Jean Lereboullet, 51, avenue de Breteuil (7e), sera présent à Paris en août et septembre.

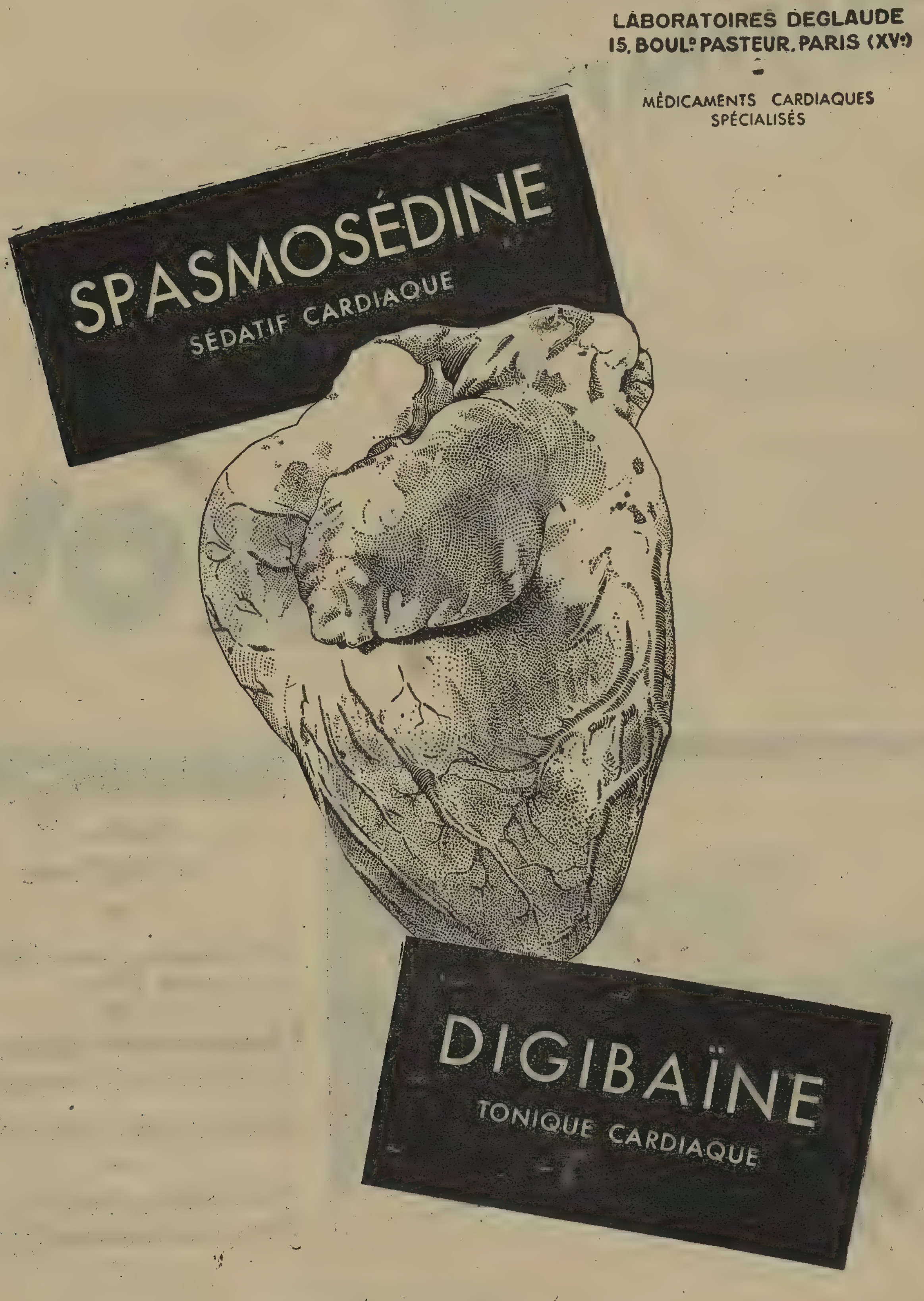
Médecine générale. Maladies des voies digestives. — M. René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, sera présent à Paris jusqu'au 4 août.

Chirurgie. — M. P.-A. Digeon, 1, place Victor-Hugo (16e), absent du 12 juillet au 1er août, sera présent à Paris en août et septembre.

Phtisiologie. — Mme Marcelle Blanchy, 36, rue Vaneau (7e), sera présente à Paris à partir du 24 juillet.

Dermato-vénéréologie. — M. Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, ne s'absente pas de Paris ; il sera donc présent en juillet, août et septembre.

(1) Deuxième liste. — Voir première liste, *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 56, p. 994.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

REVUE GENERALE

PHYSIOPATHOLOGIE DE LA PTOSE GASTRIQUE
ET DES MANIFESTATIONS CLINIQUES QUI L'ACCOMPAGNENT

Par M. A.-C. GUILLAUME.

Au plus simple examen clinique et si l'on applique au patient les notions théoriques admises, la ptose est, pratiquement, un phénomène très souvent double, c'est un phénomène pariétal (ptose des parois abdominales) et un phénomène viscéral (position basse de l'estomac).

La ptose pariétale, c'est le *ventre en besace* des femmes ayant eu plusieurs grossesses, ventre qui tombe en masse et fait une saillie étalée sous-ombilicale, qui contraste avec la dépression habituelle sus-ombilicale observée dans ces cas.

Dans cette saillie sous-ombilicale sont venus s'amasser, dit-on, les organes ptosés du contenu abdominal. Glénard, l'animateur de la notion de ptose, déclare que *la masse intestinale, insuffisamment attachée à la colonne vertébrale, paraît avoir glissé en bloc vers le bassin, en refoulant l'hypogastre et en laissant une dépression à l'épigastre.*

La ptose n'est cependant pas particulière aux gros ventres prolabés, elle existe aussi chez les individus maigres n'ayant ni saillie sous-ombilicale de la paroi, ni dépression épigastrique. *Il peut donc exister une ptose viscérale indépendante de toute ptose pariétale décelable.*

Le mérite de Glénard est d'avoir découvert et répandu la notion clinique de ptose gastrique, et cela bien avant la découverte des méthodes radiologiques qui permettent de reconnaître la position de l'estomac dans l'abdomen.

Avant de connaître les méthodes d'examen radiologique des viscères, on appréciait la ptose de l'estomac, après insufflation de l'estomac, à la constatation, au palper, de la petite courbure dans le creux épigastrique vide et dépressible ; la petite courbure, normalement enfouie sous le thorax, ne devant pas apparaître dans le creux épigastrique.

A ces faits anatomiques de ptose pariétale et viscérale, Glénard rapporte une quantité de troubles digestifs et de la santé générale.

La notion de ptose et de dislocation gastriques est cependant bien antérieure à Glénard.

Dans les travaux de Morgagni on trouve des observations de *dislocation de l'estomac*, et d'autres observations semblables ont été publiées, ultérieurement, par J. Friedrich, par Meckel, par Ruysch, mais c'étaient des constatations purement anatomiques. La dislocation était, dans ces travaux, une position anormale équivalente à la ptose ; aujourd'hui, dislocation de l'estomac a un sens différent. En 1849, Cruveilhier signalait la ptose gastrique, qu'il attribuait à l'influence du corset. Les conceptions et les explications que donnait Cruveilhier sur le mécanisme de production de ces ptoses par action du corset ont été entièrement et scrupuleusement adoptées par Bouveret, par Chapotot, par Hayem, mais à une date beaucoup plus récente, puisque la théorie de Cruveilhier et ses déductions sont restées longtemps méconnues (sauf de Virchow, 1853) jusqu'au travail de Kussmaul (1880).

Guéniot, accoucheur célèbre par sa longévité, mérite de l'être également par la vue très nette qu'il eut, dans son travail de 1878 et dans celui de 1885, des rapports existant entre la chute en besace de l'abdomen et les phénomènes de fatigue, d'impotence et d'endolorissement abdominal qui accompagnent cette ptose de l'abdomen. Il conseillait déjà de relever l'abdomen par une ceinture. A partir de 1885, Frantz Glénard a donné à la théorie de la ptose, et aux rapports existant entre la ptose pariétale et les ptoses viscérales, une ampleur telle, qu'il peut à juste titre être dénommé l'*inventeur de la théorie de la ptose ;* c'est un créateur dont l'œuvre a pu être corrigée depuis, sans être modifiée dans son essence même ; mais qui, semble-t-il, doit être révisée aujourd'hui.

La Ptose selon Glénard. — La ptose des viscères abdominaux est, pour Glénard, *une conséquence du relâchement des ligaments fixant les viscères à la colonne vertébrale.* L'un tirant l'autre après lui, les différents viscères sont ainsi abaissés. Le premier organe attiré est l'intestin grêle, qui attire le côlon droit, qui attire le pylore, qui attire le foie, et le rein subit la même attraction. L'affection commence par une *entéroptose* et devient progressivement une *ptose généralisée des organes abdominaux.* Ainsi, l'entéroptose entraîne une ptose des différents viscères et le résultat clinique est un trouble fonctionnel dû au tiraillement de l'intestin et à la compression du duodénum. L'entéroptose serait avant tout la conséquence de troubles hépatiques ; interviendraient également l'affaiblissement des tissus à la suite d'une maladie aiguë, les excès du volume alimentaire et la constipation agissant par le poids du contenu digestif ; accessoirement, l'action mécanique et traumatique du saut et le relâchement des parois abdominales ; le corset et la grossesse ont aussi, à ce titre, une certaine importance. L'entéroptose n'est pas le fait exclusif des individus bedonnant, elle est surtout constatée chez les individus sans ventre, la chute de l'intestin se faisant, chez eux, à l'intérieur de l'abdomen et non à l'extérieur, comme chez ceux dont le ventre en besace s'épand sur les cuisses.

Les conséquences de cette ptose seraient des troubles qui évolueraient en trois phases successives.

Au début, *phénomènes de dyspepsie et flatulence, avec aigreurs et douleurs épigastriques.* Ensuite, *pesanteur, barre, tiraillements, fausse faim trois ou quatre heures après les repas,* car l'appétit reste bon. Un repas abondant soulage le patient, mais le vin et le lait sont mal supportés. La constipation est habituelle. Puis les forces sont entamées et le caractère s'altère ; il apparaît alors des *troubles neurasthéniques et l'amaigrissement progresse,* produisant une sorte de *précachexie.* Ces troubles seraient produits par *l'atonie gastrique* (symptômes épigastriques de flatulence, aigreurs et douleur épigastrique), par *la diminution de pression abdominale* (neurasthénie), par *la constriction du corset* (symptômes vaporeux d'étouf-

fements, d'angoisse, de bouffées de chaleur), par *l'entéroptose* (symptômes mésogastriques de pesanteur, tiraillements, plénitude, barre, faim, constriction). *Le traitement de la ptose est mécanique :* c'est l'emploi d'une ceinture, d'une *sangle,* qui fait disparaître les troubles comme le fait le *séjour au lit.*

Les critiques à la théorie de Glénard. — Bien qu'elle ait connu une faveur exceptionnelle, la théorie de Glénard n'a pas été acceptée sans objections ni critiques.

Trop ou trop peu, peut-on dire de cette théorie de Glénard, quand on examine les critiques, compléments et additifs qui lui ont été apportés par la suite.

Trop est la formule critique qu'adopte Albert Mathieu. « La théorie de Glénard englobe la presque totalité des faits de dyspepsie et de neurasthénie, et c'est là un tort, comme il est abusif de rapporter tous ces troubles à une cause initiale mécanique de modification de l'équilibre intestinal et abdominal. »

Enfin, l'objection principale à la conception doctrinale est la suivante : « L'intensité des phénomènes symptomatiques n'est nullement en rapport avec l'étendue de la dislocation viscérale ; *on voit souvent des ptoses considérables rester complètement latentes.* Par contre, *il n'est guère de symptômes subjectifs attribués à l'entéroptose qu'on ne puisse rencontrer sans que celle-ci puisse être découverte.* On ne souffre donc de l'entéroptose que lorsqu'on est prédisposé, et l'*observation clinique démontre que cette prédisposition consiste essentiellement dans la névropathie préalable des sujets* ».

Albert Mathieu, après avoir critiqué Glénard, reconnaît cependant l'exactitude d'une partie des faits ; il écrit : « Les procédés d'exploration permettent de noter la coïncidence, chez un même malade, des deux phénomènes suivants : relâchement de la paroi abdominale, chute des viscères abdominaux. La constatation de ces faits a servi de base à des conceptions théoriques souvent bien contestables. On a voulu, par des ptoses abdominales, expliquer presque tout l'ensemble des faits de dyspepsie et les divers accidents de la série neurasthénique ».

Sans contester l'existence des ptoses, Mathieu critiquait ainsi la valeur attribuée à ces déplacements viscéraux et, surtout, l'extension donnée par Glénard au rôle de la ptose ; il déplaçait donc seulement le problème étudié. Dans sa thèse de 1890, Fromont va plus loin encore dans la critique, il met en doute le principe même de la ptose : « Les considérations sur lesquelles Glénard s'appuie pour arriver à établir son entité morbide, sont purement théoriques et ne répondent à aucun des faits anatomiques constatés. »

Pour Mathieu, pour Fromont, pour d'autres, la conception de Glénard apparaît comme une construction imaginaire et, pour le moins, elle englobe trop de faits.

Trop peu est la formule critique adoptée par Stiller, Meinert et d'autres, qui enlèvent à la ptose gastrique sa qualité de maladie pour la ranger parmi les symptômes : *La ptose gastrique est un élément, et un élément seulement, d'un état morbide complexe acquis ou constitutionnel.*

Meinert voit dans les ptoses viscérales, et surtout la gastroptose, la cause anatomique de la chlorose, et puisque la gastroptose est, dans sa conception, un effet du corset, la chlorose serait indirectement la conséquence du corset. Sans vouloir plaider pour la défense et illustration du corset, il faut constater que de nombreux faits sont opposés à cette conclusion.

Après Tuffier, Stiller attribue les ptoses à l'influence du terrain : *la constitution asthénique,* ou *asthénie universelle congénitale,* qui donne au patient un aspect particulier, l'*habitus entéroptoïque.* Cette anomalie constitutionnelle serait elle-même associée à des anomalies vasculaires (système hypoplastique), à des anomalies des organes génitaux, et même à la dystrophie adiposo-génitale et à l'eunuchoïdisme. L'origine serait congénitale mais, dans l'idée de Strauss, la période où les troubles apparaissent est la puberté. Cependant Bonniger n'a jamais constaté de ptose viscérale chez le jeune enfant. Boas est également opposé à la théorie congénitale. La ptose serait ainsi un thénomène acquis vers l'époque de l'adolescence.

Trop était la formule critique de Mathieu, celle de Stiller est trop peu ; entre ces opinions différentes et celle de Glénard, où est la conception conforme aux faits ? Les critiques faites (et d'autres que l'on peut faire) ne doivent cependant pas faire méconnaître les appréciables avantages pratiques qui ont été les conséquences de la théorie de Glénard. Si la conception est erronée, les résultats et conséquences cliniques et thérapeutiques ont au contraire été excellents, en apparence, dans un bon nombre de cas. Ceci prouve tout simplement que par de mauvais chemins on peut arriver au bon endroit, et la fin peut, en thérapeutique, justifier de mauvais moyens. Constatons, pour critiquable que soit la théorie de Glénard, que l'application de ceintures et de sangles antiptosiques soulage très souvent les douleurs et les troubles des patients. Mais l'argument thérapeutique n'est pas un élément de démonstration physio-pathologique, il ne dispense pas d'une étude complète du problème pathologique.

Petites conséquences d'une grande cause, la théorie de Glénard aurait-elle eu pour seul effet de libérer les femmes de cet instrument déformant qu'est le corset, que l'on devrait déjà chanter ses louanges.

Limites anatomo-cliniques de la ptose. — On définit généralement la ptose : *un déplacement de l'estomac vers le bas.* Mais, pour affirmer qu'il existe un déplacement, il faut pouvoir comparer avec la position normale. Et c'est là précisément que commencent les difficultés. Glénard et Stiller admettent que tout estomac dont le bas-fond est au-dessous de la ligne ombilicale ou iliaque est un estomac ptosé pathologique. Mais cette définition de Glénard est bien antérieure à l'utilisation clinique de la radiologie ; elle s'applique à des examens pratiqués en position couchée, l'estomac étant insufflé. Il serait extraordinaire qu'une position reconnue normale dans ces conditions, soit également la position normale d'un estomac chargé d'une repas baryté et examiné par la radioscopie en position debout. Cependant, pendant longtemps les radiologistes ont continué à ju-

ger de la position normale ou anormale de l'estomac d'après la situation du bas-fond par rapport à la ligne iliaque et ils classaient les estomacs à bas-fond au-dessous de cette ligne parmi les estomacs ptosés. Il n'est pas certain d'ailleurs qu'il n'en est pas souvent ainsi encore actuellement.

Voyons quels sont les caractères de l'estomac radiologique.

On admet actuellement que l'estomac normal répond à l'estomac radiologique et non pas aux formes dites anatomiques de l'estomac.

Bien que l'on ait formulé des réserves sur le caractère artificiel de la forme et de la position d'un estomac contenant un repas opaque, de nombreux travaux ont cherché à préciser l'aspect et la position d'un estomac examiné radiologiquement avec un repas opaque.

La *capacité de l'estomac* est, chez l'adulte, de 1 litre 1/2 à 2 litres. Sa *hauteur* est variable chez l'homme de 16 à 24 centimètres et chez la femme de 17 à 29 centimètres. Sa *largeur maxima* varie de 6 à 14 centimètres. Les estomacs plus importants sont donc classés *mégalogastrie*, les estomacs moins importants *microgastrie*. Ces dispositions extérieures peuvent être constitutionnelles (bien que rares), *la microgastrie allant dans certains cas jusqu'à une disparition presque totale de l'estomac.*

Tous les cas de microgastrie ne sont pas constitutionnels, Eppinger en rapporte certains à un processus inflammatoire des parois gastriques et à leur rétraction scléreuse. La linite de l'estomac peut donner un aspect de microgastrie qui est alors symptomatique.

Dans l'estimation des dimensions normales de l'estomac, il faut faire état de la constitution de l'individu. Il existe un rapport entre le développement corporel et les dimensions de l'estomac, si bien qu'un estomac qui n'est pas en harmonie avec les dimensions du corps peut être suspecté d'anomalie constitutionnelle ou acquise (Grote).

La forme de l'estomac est très variable d'un sujet à l'autre. Les deux formes extrêmes de l'estomac normal sont la *forme en hameçon* (85 à 90 p. 100) et la *forme en corne de bœuf* (10 à 15 p. 100) ; elles sont reliées par des formes *intermédiaires*.

Ici encore les conditions constitutionnelles ont leur importance.

Brugsch établit un rapport entre la forme de l'estomac et celle de la cage thoracique : une cage large et profonde correspondrait à l'estomac en corne de bœuf et à l'estomac qui se développe dans la partie droite de l'abdomen.

Grote n'admet pas que, dans ce cas, la forme de l'estomac est un élément secondaire et adapté à la forme du thorax, mais la forme de l'estomac, comme celle du thorax, sont, l'une comme l'autre, une conséquence d'une disposition du cytoplasme germinatif ; un effet direct de la constitution qui assure la préformation, dans des proportions déterminées, du squelette et de l'ébauche viscérale.

Cependant, les processus de croissance et l'alimentation agissent pour modifier l'aspect et la forme de l'estomac. Chez le nourrisson, l'estomac en corne de bœuf est habituel. Une alimentation consistante pendant le développement, semble conduire à la formation d'un estomac en hameçon. Jusque vers 10 ans, d'après les recherches anatomiques de Simmonds et les recherches radiologiques de Alwens et de Husler, de Severt, la forme en corne de bœuf est prédominante.

Cette transformation de l'aspect de l'estomac serait due au passage de l'être à la position verticale, à la réduction de l'aéro-iléocolie et à la fermeture relative de l'orifice thoracique inférieur.

Cependant la forme normale de l'estomac serait pour certains limitée à la minorité des sujets observés.

Holzknecht *considère l'estomac en corne de bœuf comme le seul estomac véritablement normal,* tous les autres aspects seraient des estomacs ptosiques.

Schlesinger rapporte la forme de l'estomac à l'état de son tonus. Il décrit des types différents (hypertonique, tonique, hypotonique, atonique) allant de l'estomac en corne de bœuf à un estomac en hameçon fort allongé et renflé à sa partie inférieure.

Seuls l'estomac hypertonique et l'estomac tonique seraient des formes normales. Les formes hypotoniques et atoniques seraient des formes ptosiques.

Les variations individuelles normales de l'estomac. — D'autres éléments que la forme même de l'estomac doivent être étudiés avant de conclure sur la forme normale de l'estomac.

Carman *rapporte l'aspect radiologique de l'estomac à la constitution individuelle.* « L'élément principal qui permet de juger si un estomac est de tonus normal, est *sa correspondance à l'habitus de l'individu et non pas seulement sa forme, ses dimensions et sa position* ». Avec l'habitus large, le tonus peut varier depuis l'orthotonie à l'hypertonie. Avec l'habitus normal, il peut varier de l'orthotonie aux plus légers degrés de l'hypotonie. Avec l'habitus entéroptoïque, l'hypotonie est la règle, non seulement pour l'estomac, comme Stiller l'a montré, mais également des autres organes, et l'hypotonie gastrique ne doit pas attirer tout particulièrement l'attention.

« Le *tonus est une qualité intrinsèque de la musculature gastrique ;* la position, la forme et la dimension de l'estomac ne sont pas seulement modifiées par des degrés différents du tonus gastrique, mais aussi par la pression intra-abdominale et la quantité d'aliments. Une augmentation de la pression intra-abdominale tend à remonter et à raccourcir l'estomac ; une pression diminuée tend à abaisser et à allonger l'estomac. De plus, la tonicité des parois abdominales aussi bien que les conditions intra-abdominales (telles que ascite, grossesse, tumeurs) doivent être prises en considération dans l'estimation du tonus. Enfin, le tonus gastrique peut varier dans une certaine mesure d'un moment à l'autre chez une même personne et aux différentes périodes de la digestion. »

La position de l'estomac varie donc d'un sujet à l'autre et le bas-fond de l'estomac a une large marge de position tout en restant, dans des limites normales, soit au-dessus, soit au-dessous de l'ombilic.

Normalement, la position du cardia ne doit pas varier.

Le pylore a une position qui varie avec la forme de l'estomac, la constitution de l'individu et la position des organes de voisinage. Le pylore de l'estomac en corne de bœuf est bien au-dessus de l'ombilic, haut dans l'hypocondre droit ; le pylore de l'estomac en hameçon est habituellement à droite de la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic. Mais le pylore d'un estomac bas situé peut être au-dessous de l'ombilic et sur la ligne médiane ; le pylore d'un estomac en hameçon allongé et fermé est souvent sur la gauche de la ligne médiane ; à mesure que l'estomac s'allonge et se replie sur lui-même en fermant l'angle de ses portions verticale et horizontale, le pylore se déplace de haut en bas et de l'hypocondre droit vers le flanc gauche. Il serait donc excessif de fixer au pylore une position absolument stable.

A. F. Hurst a recherché chez 600 individus n'ayant absolument aucun trouble digestif (300 de chaque sexe) *la position du bord inférieur de l'estomac dans l'abdomen, le sujet étant debout.* Il a constaté que *l'estomac des femmes est en moyenne beaucoup plus bas que celui des hommes.* Chez l'homme, 25,6 % des sujets ont le bord inférieur de l'estomac au-dessus de la ligne horizontale passant par les crêtes iliaques (cette ligne correspond à peu près à l'ombilic) ; 49 % ont le bas-fond entre cette ligne et 5 cm. au-dessous ; 22 % de 5 à 10 cm. au-dessous ; 3 %, de 10 à 15 cm. au-dessous. Chez la femme, 11,3 % des sujets ont l'estomac au-dessus de la ligne iliaque ; 40,4 % ont le bas-fond entre cette ligne et 5 cm. au-dessous ; 39,4 % de 5 à 10 cm. au-dessous ; 3 % de 19 à 15 cm. au-dessous. Ainsi, 74 % des hommes et 87,5 % des femmes ont un estomac tombant au-dessous de la ligne iliaque.

De plus, 50 % des hommes et 61 % des femmes ont l'estomac de 5 à 15 cm. au-dessous de la ligne iliaque. Et cela sans avoir aucun trouble digestif.

Que devient, dans ces conditions, la notion anatomique de ptose ?

Il est évident, pour le moins, que la position du bas-fond ne répond pas nécessairement à la présence de troubles.

Variabilité du temps d'évacuation gastrique. — *L'évacuation gastrique* est variable avec les variétés de forme de l'estomac.

D'après Grote, le repas d'épreuve de Rieder serait évacué d'une façon différente suivant les types d'estomac :

Le type hypertonique, ou en corne de bœuf, en 2 ou 3 heures ;

Le type tonique en 3 ou 4 heures ;

Le type hypotonique en 5 heures ;

Le type atonique en 5 ou 6 heures.

L'atonie seule n'entraîne pas de troubles moteurs plus importants.

L'estomac ptosé et l'estomac disloqué. — Les types tonique, hypotonique et atonique répondent à la forme en hameçon plus ou moins incurvé à sa partie inférieure suivant le degré de l'atonie. De plus, l'amincissement par allongement de la partie moyenne du fundus (l'étirement de la portion moyenne de la partie verticale de l'estomac), est de plus en plus prononcé et en rapport direct du degré d'atonie. L'estomac atonique arrive ainsi à former une sorte de biloculation, d'ailleurs réductible par simple relèvement du pôle inférieur. Cet estomac étiré à l'extrême et biloculé est l'*estomac disloqué.*

Les caractéristiques radiologiques de la ptose. — Malgré l'imprécision des caractéristiques de l'estomac normal, on a cherché à préciser les *caractéristiques de l'estomac ptosé.*

Hurst admet qu'il y a « *ptose gastrique complète quand l'estomac n'est pas seulement anormalement bas dans la position debout, mais quand la grande courbure reste au-dessous de l'ombilic dans la position couchée* ».

Kaestle écrit : « *Si la grande courbure de l'estomac, non dilaté, est au-dessous de l'ombilic avec un pylore plus ou moins haut situé au-dessus, on peut dire qu'il y a ptose gastrique* ».

Groedel « *place la ptose pylorique à la première place, la reconnaissant par le trajet du bord supérieur de la pars horizontale, la position basse du pylore et sa mobilité anormale. L'exiguïté de la poche à air gastrique aurait la même signification.* »

Schlesinger admet *la ptose si le cardia est également abaissé.* Plus important que l'abaissement du pylore serait son *changement de position qui, d'horizontal, deviendrait vertical ou oblique.* Les trois signes de la ptose sont alors : *l'allongement de l'estomac vertical, l'attraction en bas du cardia et du pôle supérieur de l'estomac ; la descente et l'enroulement du pylore* (la mobilité pylorique étant constatée non seulement en position verticale, mais aussi en position transversale ou décubitus latéral droit).

Beclère et Mériel *n'admettent pas que l'estomac puisse se libérer de sa fixation diaphragmatique.* Au terme de ptose il faut donc substituer celui d'*estomac allongé.* Il y a *deux espèces d'estomac allongé*, un *type avec tonus normal et de forme tubulaire*, un *type atonique avec pôle inférieur étalé et motilité atténuée.*

Carman a souvent observé, chez des sujets avec constitution entéroptoïque et chez des sujets de constitution normale, un estomac dont le pôle inférieur était bien au-dessous de l'ombilic, sans qu'il y ait cependant aucun trouble gastrique (ou avec troubles produits par d'autres lésions abdominales indépendantes de l'estomac). Il pense donc que « *la position occupée par l'estomac dans l'abdomen est la moins importante de ses caractéristiques* ».

La définition radiologique de la ptose. — La définition de la ptose devient alors difficile. « La plupart des travaux sur la ptose gastrique ont été faits avec l'idée qu'il existait une position type de l'estomac. Tout estomac situé au-dessous de la position type a été considéré comme ptosé. Les rapports entre certains types constitutionnels et certains types de topographie viscérale ont été totalement méconnus. Cependant, le rapport est si constant que l'on peut prévoir d'une façon certaine le type de l'estomac d'après l'aspect de la constitution du sujet. S'ils ne correspon-

dent pas, on peut penser à l'existence d'un estomac anormal. » (Carman.)

Mills écrit : « Nous ne devons pas plus admettre l'existence d'un type normal de topographie viscérale, que nous devons isoler, comme normal pour tous, un aspect physique individuel ».

Carman écrit aussi : « Aucun organe n'est aussi variable dans sa forme que l'estomac. On ne peut dire d'un estomac qu'il est ptosé si l'on n'a pas pris en haute considération les rapports de forme et de position de l'estomac avec le physique et la constitution de l'individu. *La ptose n'existe que si la topographie viscérale et le physique ne correspondent pas l'un à l'autre.* Si l'on trouvait un estomac de type asthénique chez une personne hypersthénique, on pourrait dire qu'il est ptosé ».

Devant tant d'opinions contradictoires, que devient la définition de Faulhaber, qui reste cependant la directive essentielle de la plupart des cliniciens et des radiologistes : *la ptose est caractérisée par l'allongement de l'estomac au delà des limites normales ?* Admettons cependant que cette définition soit exacte; immédiatement apparaît une cause possible de confusion : *l'atonie gastrique produit un allongement de l'estomac. Faut-il donc confondre l'atonie avec la ptose ?* On a beaucoup discuté sur ce point.

La ptose n'est pas confondue avec l'atonie. — J. C. Roux écrit : « Dans la majorité des cas, la ptose dépend de l'atonie gastrique. Le défaut de tonicité de la paroi gastrique amène, dans la station debout, un allongement vertical si l'estomac n'est pas fortement soutenu. La cavité ne se remplit pas comme à l'état normal et, dans la station debout, le poids des aliments détermine une sorte de biloculation de la cavité. La ptose peut aussi relever d'autres causes ; par exemple d'un défaut de soutien de la paroi abdominale, d'une constriction trop forte de la taille ou encore d'une anomalie de constitution chez les sujets minces à thorax allongé. L'estomac est toujours allongé, son pôle inférieur très abaissé, la petite courbure, dans sa partie terminale, a une direction ascendante à droite, mais il n'y a pas d'étirement ni d'étranglement de la région médiane sous le poids des aliments s'il n'y a pas d'atonie associée ».

Tant d'opinions contradictoires laissent l'esprit hésitant. Dans les cas classés ptoses, il est difficile cependant de croire toujours à l'existence d'une disposition anatomique stable, quand on voit, lors d'examents radiologiques espacés, chez certains patients, même ceux qui appartiennent au type constitutionnel asthénique, que l'estomac est parfois du type ptosique le plus complet, et qu'il est normal à un autre examen ultérieur. Devant de tels faits, on est amené à conclure *que l'aspect radiologique ptosique n'est pas nécessairement une disposition anatomique, mais qu'il peut être aussi l'effet d'un état fonctionnel temporaire.*

Classification anatomique des ptoses. — Il y a donc toute une série de cas différents, groupés sous le nom de ptose, parmi lesquels on opère une classification : tout d'abord on distingue la *fausse ptose par abaissement du diaphragme* (qui entraîne l'abaissement des viscères du contenu abdominal) de la *vraie ptose par abaissement des viscères*, le diaphragme étant dans sa position.

On a distingué également, d'après les conditions coexistantes, deux types différents de ptose gastro-intestinale, associée d'ailleurs à la ptose rénale :

Un *type constitutionnel* observé chez des individus jeunes, surtout des femmes, présentant les caractéristiques de la *constitution asthénique de Stiller.* La splanchnoptose est ici l'un des éléments constitutionnels d'une anomalie constitutionnelle.

Un autre type est observé chez des femmes, après des grossesses répétées, l'ablation d'une grosse tumeur abdominale, ou la ponction d'une ascite ; ce serait l'entéroptose acquise de Landau.

En ne considérant que la seule position de l'estomac on sépare la *ptose totale de l'estomac*, éventualité très rare et qui est caractérisée par l'abaissement total de l'estomac (dont la grosse tubérosité est décollée du diaphragme) et les différentes variétés d'*estomac allongé* qui conservent leur situation normale quant à la position de la grosse tubérosité et à la fixation du cardia, et dont le reste de l'estomac, de la portion verticale au duodénum, est déplacé.

Parmi ces formes d'estomacs allongés, il y a la *dolichogastrie* (ou *estomac long normal*), l'*estomac étiré*, l'*estomac disloqué*, avec ou sans ptose des points fixés de l'estomac (cardia, pylore, petite courbure). Il y a, ainsi, des *ptoses gastriques*, *gastro-pyloriques* et *gastro-pyloro-duodénales.*

Enfin il y a des *ptoses gastriques intermittentes*, qui se rattachent d'ailleurs à l'atonie gastrique, mais n'en sont pas séparées dans la pratique.

La constitution ptosique. — On a dit de l'estomac qu'il était le *miroir de la constitution*, car il existe un parallélisme si étroit entre certains aspects de l'estomac et l'habitus du sujet, qu'il y a lieu de les relier l'un à l'autre.

Les rapports de la ptose gastrique avec les conditions constitutionnelles ont été établis par les travaux de Tuffier (1891), de Stiller (1901), de Strauss, Krauss, Albu. Hayem écrit : « Les ptoses, surtout quand elles sont généralisées, sont presque spéciales au groupe des dégénérés débiles ; elles doivent être considérées comme un véritable stigmate de débilité ».

La constitution générale qui est souvent associée à la ptose est, comme l'a montré Stiller, la *constitution asthénique*, dont l'aspect extérieur est l'*habitus phtisique* des anciens.

Dans cette constitution, la ptose de l'estomac n'est pas un phénomène isolé, elle est associée à la chute d'autres viscères abdominaux, y compris les reins.

A la *constitution asthénique* ou *habitus entéroptoïque* de Stiller on ajoute d'autres anomalies constitutionnelles : minceur des fibres musculaires lisses digestives, hypothyroïdie, abaissement du métabolisme basal, déminéralisation, hypercholestérinémie, hyperazoturie. L'estomac long (la dolichogastrie) est habituel, comme le thorax long et étroit, il constitue un

terrain local favorisant la production de troubles de l'organe. Sur ce terrain intervient la débilité ligamenteuse et tissulaire signalée par Tuffier, et que Lœper et Baumann désignent sous le nom de *léiasthénie* ou *asthénie générale du système musculaire lisse.*

Grote écrit : « Pour ces raisons, la gastroptose ne peut être considérée comme une maladie, elle doit être conservée cependant comme une *condition prédisposante*, en particulier pour ces formes d'affections gastriques que, depuis Stiller, nous avons l'habitude de grouper sous le nom de dyspepsies nerveuses, dans leur sens le plus large. »

Rapports entre la position basse de l'estomac et les troubles cliniques. — D'une manière générale, on considère l'estomac ptosé, ou même le long estomac disloqué, comme une forme pathologique.

Existe-t-il cependant une situation basse du pôle inférieur de l'estomac qui est physiologique, et qui doit être séparée de la chute pathologique de l'estomac. Il apparaît que l'estomac allongé au delà de la ligne ombilicale n'est pas nécessairement associé à un ralentissement de l'activité musculaire. Loin de là même, et nombreux sont les faits de coexistence de telles modifications de position avec un fonctionnement moteur ou sécrétoire de l'estomac sans aucun trouble. La position du pylore, qui a été considérée comme une preuve de ptose pathologique, peut être considérée comme un symptôme constitutionnel ; elle dépend d'ailleurs en grande partie de la position du reste de l'estomac, et l'abaissement de l'un est accompagné presque obligatoirement par l'abaissement de l'autre.

J. C. Roux écrit : « Il est certain que dans un nombre très considérable de cas, les ptoses abdominales peuvent exister sans entraîner à leur suite aucun trouble. Il est peu de femmes qui ne présentent quelques dislocations consécutives soit aux grossesses, soit à l'amaigrissement, soit à la constriction du corset et, dans bon nombre de cas, ces désordres passent inaperçus et n'ont pas de traduction subjective ».

Reste alors à déclarer, si l'on veut absolument considérer ces positions basses de l'estomac comme un état pathologique, que cet état pathologique est caractérisé et constitué à lui seul par le simple fait de la position basse gastrique. Ce sont ces conditions anatomiques que j'ai désignées sous le nom de PTOSES MUETTES.

On peut aussi penser que la position basse de l'estomac, la ptose, n'est pas à elle seule l'indication d'un état pathologique. Pour qu'il y ait trouble il faut la présence d'autres éléments. Mais alors, *la nature pathologique de ces états est inhérente à ces autres éléments, ce sont eux et non pas la ptose qui constituent l'état pathologique,* le terme ptose perd ainsi toute espèce de valeur pathologique, il devient un simple symbole ne correspondant absolument à rien, un masque qui cache la véritable personnalité des troubles.

Ceci nous oblige à faire l'étude de ces autres éléments véritablement pathologiques.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 JUIN 1936)

Sur le spectre ultraviolet du sang normal et leucémique. — MM. ISRAËL et Michel MAGAT.

Action sur le lait et pouvoir cholérigène du vibrion cholérique. — M. ALI MUSTAPHA.

L'influence du jeûne sur le développement du virus du typhus murin chez la puce. (Xénopsylla Cheopis). — MM. Georges BLANC et Marcel BALTHAZARD.

De l'immunisation des lapins par la voie intracutanée contre l'épithélioma inoculé dans l'œil. — MM. Alexandre BESREDKA et Marcel BARDACH.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 MAI 1936)

Existe-t-il une liaison entre l'asthme et la tuberculose ? — MM. CAUSSADE et AMSLER. Pour les auteurs, l'asthme et la tuberculose sont souvent liés dans leur évolution. Chez un sujet, les premières crises d'asthme débutent avec les premiers symptômes de la tuberculose. Cette association déjà signalée par Jacquelin, offre cette particularité : 1° la tuberculose est discrète et évolue vers la sclérose ; 2° le sujet est doué d'une hypersensibilité tuberculinique, même à l'antigène de Boquet et Nègre ; 3° les médications efficaces contre l'asthme peuvent échouer radicalement.

Etude clinique et histopathologique d'un cas de nanisme au cours d'une névropathie chronique (Néphrose-Néphrite). — MM. LESNÉ, OBERLING et AUNAY. Enfant de 4 ans, atteint d'une névropathie œdémateuse dans laquelle furent associés une imperméabilité rénale et un syndrome de néphrose lipoïdique. Décès, à 9 ans, en état d'urémie. Les auteurs discutent les rapports du nanisme rénal par sclérose atrophique des reins avec le nanisme sans aucun stigmate de rachitisme. Les auteurs en discutant la pathogénie du nanisme, font valoir l'existence des lésions histologiques du corps thyroïde et du lobe antérieur de l'hypophyse.

Diabète insipide. Etude de l'élimination des chlorures et du pouvoir concentrateur du rein. — MM. DEBRÉ, MARIE, NACHMANSOHN et J. BERNARD. De l'observation prolongée d'un enfant atteint de diabète insipide, il résulte deux troubles fondamentaux ; 1° un trouble du métabolisme de l'eau caractérisé par une polyurie persistant malgré la suppression complète du sel et disparaissant par l'injection d'extrait posthypophysaire ; 2° un trouble du métabolisme des chlorures, caractérisé par la perte du pouvoir concentrateur du rein pour le chlorure de sodium.

Physio-pathologie des accidents mortels consécutifs aux embolies pulmonaires. — MM. VILLARET, J. BESANÇON et BARDIN pensent que, pour expliquer la mort dans ces cas, on invoque trop facilement l'oblitération artérielle et l'insuffisance de la circulation pulmonaire. Ils estiment que la mort subite par embolie n'est pas l'effet d'une obstruction de la circulation pulmonaire ; elle est le résultat d'un réflexe déterminé par les particules embolisantes sur les terminaisons nerveuses des artérioles et non des artères et des capillaires.

Lésions pulmonaires d'origine embolique (Pathogénie). MM. VILLARET, J. BESANÇON, DELARUE et BARDIN attirent l'at-

tention sur le mécanisme immédiat initial des lésions emboliques. Ils démontrent que l'infiltration hémorragique du parenchyme pulmonaire est l'effet d'une brusque vaso-dilatation capillaire dans un territoire limité. Celle-ci s'accompagne d'un épaississement considérable des cloisons interalvéolaires et d'une exsudation œdémateuse et hémorragique intra-alvéolaire. Les auteurs confirment leur conception pathogénique par l'étude histologique des poumons après section unilatérale du tronc du sympathique cervical.

Recherches sur la prévention expérimentale des accidents consécutifs aux embolies pulmonaires. — MM. VILLARET, J. BESANÇON, BARDIN. Etude de l'influence des substances pharmacodynamiques sur la prévention des accidents mortels après embolies expérimentales. Ces recherches sont le point de départ d'applications thérapeutiques pour la prévention des accidents mortels post-emboliques.

Syndromes spléno-polyglobuliques. Dissociation de la maladie de Vaquez. — MM. EMILE-WEIL, ISCH-WALL et PERLÈS. Présentation de deux malades paraissant atteintes de la même affection, et atteintes, l'une de la maladie de Vaquez, l'autre de splénomégalie avec érythroblastose. Ces deux affections ont des symptômes communs : la splénomégalie, l'érythrose, la polyglobulie et un syndrome hémogénique léger. Les signes différentiels sont multiples. La splénomégalie avec polyglobulie simple est une affection d'origine médullaire justiciable de la radiothérapie ; la splénomégalie érythroblastique est une maladie splénohépatique peu modifiée par la radiothérapie.

Ictère à boue blanche. — MM. BOUDIN, GAJDOS, Mlles GOTHIÉ et WALTER. Observation d'un cas d'ictère par rétention, variable, survenu après une crise abdominale douloureuse, dû à l'obstruction des voies biliaires par une boue blanche, composée de carbonate de chaux. La vésicule biliaire était visible sur les clichés radiographiques. L'opération laissa écouler une bile riche en calcium.

Thrombo-phlébite des sinus caverneux avec septico-pyohémie due au bacillus funduliformis. — MM. LAMY et DE FONTREAULX. Dans ce cas, les auteurs insistent sur l'origine otitique de l'infection, sur le développement rapide d'une ostéite nécrosante du rocher et sur la formation d'une thrombo-phlébite suppurée des deux sinus caverneux.

Septico-pyohémie post-angineuse à B. funduliformis terminée par la guérison. — MM. LEMIERRE et MOREAU. Observation cliniquement caractéristique. Début au 4e jour d'une amygdalite phlegmoneuse par un frisson intense. Répétition, les jours suivants, d'accès fébriles ; apparition d'infarctus pulmonaire ; développement d'une arthrite de la colonne vertébrale. Une hémoculture donna lieu à des colonies du *B. funduliformis*. Guérison au bout d'un mois. N'apparurent pas les abcès pulmonaires multiples compliqués de pleurésie purulente qui font la gravité dans ces cas.

Un cas de septico-pyohémie post-angineuse à B. funduliformis à évolution mortelle. Ligature de la veine jugulaire interne. Abcès amygdalien et thrombo-phlébite périamygdalienne. — MM. LEMIERRE, REILLY, MEYER-HEINE et HAMBURGER. Observation d'un cas de septico-pyohémie à B. funduliformis consécutive à une amygdalite banale ; compliquée de lésions pleuro-pulmonaires et terminée par la mort en dix jours, malgré la ligature de la jugulaire interne. Cette intervention était justifiée pour empêcher la constitution d'embolies pulmonaires septiques ; mais, peut-être a-t-elle été pratiquée trop tardivement.

Syndrome de Cushing. — MM. CROUZON, MARQUÉZY, LEMAIRE et BRAULT. Malade déjà présentée en 1924, présentant de l'hirsutisme, de l'obésité, de l'aménorrhée et un mutisme persistant. Les travaux de Cushing ont mis en valeur un syndrome hypophysaire ; les auteurs, douze ans après la première présentation, montrent que le tableau clinique n'a pas changé, et que les recherches nouvelles décèlent un trouble du métabolisme du glycose et une insuffisance de l'action stimulante de l'hypophyse sur les ovaires. L'étude nouvelle de la malade confirme l'origine hypophysaire de ce syndrome.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 19 MAI 1936)

A propos de la rechloruration chez l'enfant. — M. Max LÉVY réfute les critiques qui ont été adressées à sa méthode de microdosage des chlorures. Il affirme que toute modification du chlore globulaire a son reflet dans les tissus et pense qu'une hypochlorémie peut être associée à l'acidose.

Variations de la fréquence des tuberculoses actives et inactives à la clinique médicale des enfants de 1921 à 1935. — MM. NOBÉCOURT et BRISKAS, en revoyant les observations recueillies durant 15 ans chez des enfants de 0 à 15 ans, arrivent aux conclusions suivantes :

1° Le pourcentage des cuti-réactions négatives est en augmentation régulière depuis 1927 ;

2° Le pourcentage des tuberculoses inactives diminue parallèlement ;

3° Le pourcentage des tuberculoses actives reste par contre à peu près constant et varie entre 5 et 19 %, suivant l'âge des enfants.

A propos des affections pagétoïdes. — M. G. HUC montre, en s'appuyant sur la présentation de pièces anatomiques, que les lésions pagétoïdes ont indiscutablement une origine vasculaire et résultent de l'ossification de la partie centrale de l'os avec décalcification de la couche compacte corticale. Il suffit pour guérir ces lésions de trépaner l'os ou encore d'avoir recours à la radiothérapie associée à la recalcification.

Tératome sacro-coccygien. — MM. MARTIN, E. et H. ARNAL présentent un enfant de 3 ans atteint d'une volumineuse tumeur sacro-coccygienne qui n'entraînait malgré son volume aucun trouble fonctionnel. Cependant, son accroissement progressif et rapide à partir de l'âge de 20 mois, nécessita l'extirpation qui se fit sans aucun incident. L'examen histologique montra un embryome à tissus multiples.

Syndrome ganglio-pulmonaire apyrétique chez un nouveau-né. — MM. WEILL-HALLÉ et JAÏS présentent un nourrisson de deux mois, hospitalisé pour toux persistante datant des premiers jours de la vie, accompagnée de crises dyspnéiques, mais sans fièvre et avec un excellent état général ; l'examen physique a permis d'entendre une pluie de râles fins persistants. Il n'y a aucun signe de tuberculose ; cet enfant est par contre un hérédo-syphilitique certain. La radiographie enfin montre une exagération des ombres hilaires et par places, de petits semis de nodules miliaires disséminés.

Malgré l'échec du traitement spécifique, les auteurs pensent à une broncho-pneumonie syphilitique.

Perte de substance cranienne. — MM. COFFIN et BAILLEUL présentent un nourrisson de 16 mois, chez lequel on constate une perte de substance cranienne de 6 cm. sur 2. Elle leur paraît secondaire à une fracture du pariétal droit, consécutive à une chute que fit l'enfant à l'âge de 10 mois. Ils discutent l'opportunité en pareil cas d'une greffe osseuse.

Malformations sacro-lombaires multiples. — M. C. ROEDERER présente un enfant de 15 ans, atteint de lordoscoliose en même temps que de spondylolisthésis et de spon-

dylose apparus progressivement sans aucun symptôme douloureux. Son attitude est tout à fait caractéristique et la radiographie permet de détailler la complexité des lésions anatomiques. Le traitement est actuellement uniquement orthopédique ; l'avenir permettra peut-être de fixer des indications opératoires.

L'injection intraveineuse de solutions hypertoniques dans le traitement des formes convulsives de l'encéphalite du nourrisson. — M. Willemin-Clog insiste sur les résultats favorables que lui a donnés cette thérapeutique dans le traitement de l'encéphalite coquelucheuse.

L'emploi des farines d'aleurone dans le traitement diététique des entérocolites du nourrisson. — M. Willemin-Clog a utilisé avec un plein succès ce régime au cours d'une petite épidémie d'entérocolite.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(séance du 7 mai 1936)

Les troubles labyrinthiques dans les tumeurs du cervelet et du IVe ventricule. — MM. Maurice Aubry et Jean Lereboullet ont étudié les troubles labyrinthiques dans 24 cas de tumeur du cervelet et du IVe ventricule vérifiés anatomiquement. Ils ont constaté que la symptomatologie labyrinthique obéissait aux règles générales de la symptomatologie nerveuse. Dans les tumeurs situées loin des centres vestibulaires, l'appareil cochléaire est normal, et il n'existe aucun signe vestibulaire central spontané, aucun signe vestibulaire de déficit aux épreuves ; au contraire, dans les tumeurs qui compriment ou qui envahissent la zone vestibulaire, on observe des symptômes de déficit : atteinte de l'appareil cochléaire, signes vestibulaires spontanés donnant lieu à un syndrome vestibulaire central typique, symptômes d'inexcitabilité vestibulaire. Ces symptômes de déficit, qui localisent la lésion au voisinage immédiat des centres bulbaires, ont une valeur pronostique défavorable. Dans les tumeurs qui sont voisines du vestibule sans l'envahir, l'appareil cochléaire est intact, les troubles labyrinthiques spontanés sont souvent importants, mais les épreuves labyrinthiques mettent en valeur des réflexes normaux ou exagérés, mais non diminués ni abolis. Le syndrome de dysharmonie vestibulaire de Barré est souvent rencontré et présente une réelle valeur.

M. Lhermitte est d'accord avec M. Aubry pour noter que rien ne justifie l'hypothèse d'une « stase labyrinthique », analogue à la stase papillaire, qui résulterait de la simple hypertension intracranienne.

M. Barré signale que, dans les lésions vermiennes, il y a souvent dissociation entre l'importance des troubles de l'équilibre, en particulier de la rétropulsion, et le peu d'intensité des troubles instrumentaux.

Echinococcose vertébrale. Opération. Guérison. — MM. de Martel, Guillaume et Thurel présentent un malade opéré pour une paraplégie spasmodique liée à une échinococcose vertébrale. Le succès opératoire doit être attribué au soin avec lequel tous les recessus de la tumeur parasitaire ont été poursuivis dans toutes les géodes osseuses où ils se logeaient.

Réaction myotonique isolée des fléchisseurs de la main. — M. G. Heuyer, Mme Roudinesco, Mme Lesueur présentent une jeune fille, chez laquelle on constate un état myotonique isolé des fléchisseurs des doigts, avec réaction myotonique électrique, sans signes de maladie de Thomsen ni de myopathie.

Syndrome adiposo-génital. Guérison complète après traitement antisyphilitique. — MM. Lhermitte et Albessar présentent un jeune garçon, qu'ils ont vu en juin 1934, à l'âge de treize ans. Cet adolescent était manifestement atteint de syndrome adiposo-génital du type hypophysaire, comme en témoignent les photographies. L'examen radiologique de la selle turcique était négatif, et il n'y avait pas de signe oculaire, mais l'association de somnolence, de polyphagie, de polydipsie et de polyurie manifestait l'atteinte des centres infundibulo-tubériens. En l'absence d'étiologie définie et malgré une réaction de Bordet-Wassermann négative, un traitement spécifique fut associé à l'opothérapie thymo-hypophysaire. Il en résulta, en deux ans, l'apparition d'une morphologie sexuelle normale, la disparition de l'obésité, une augmentation de la taille de 15 centimètres, une transformation du psychisme et une disparition de la somnolence, de la polyphagie et de la polydipsie.

M. Babonneix a vu un cas semblable.

M. Barré a observé une transformation analogue après un simple traitement hypophysaire sans thérapeutique spécifique.

Etat des réactions vestibulaires dans l'intoxication éthylique chronique. — MM. J.-A. Barré et O. Metzger (de Strasbourg).

Les auteurs apportent le résultat des observations cliniques et instrumentales qu'ils ont poursuivies chez 60 éthyliques avérés, dont 39 étaient atteints de polynévrite éthylique à des degrés variés.

D'une façon générale, ils peuvent conclure qu'il n'existait aucun des signes cliniques classiques d'excitation anormale de l'appareil vestibulaire. Par contre, dans 40 cas, c'est-à-dire dans 66,6 p. 100 des cas, l'épreuve rotatoire était franchement troublée dans le sens d'une hypoexcitabilité de degré variable (nystagmus post-rotatoire de quinze secondes au maximum jusqu'à l'abolition complète). L'hypoexcitabilité calorique, constatée moins souvent, coïncidait avec l'hypoexcitabilité rotatoire. La réaction galvanique a été toujours normale.

Il est important de savoir qu'un nerf sensoriel est fréquemment atteint par l'alcool quand il y a polynévrite ou même en dehors d'elle ; que les polynévrites éthyliques, observées jusqu'à présent par les auteurs, ne modifient pas le réflexe post-rotatoire ; que certains éthyliques dont on examine l'appareil vestibulaire à l'occasion de raisons variées (traumatismes, etc.), peuvent avoir de l'hyporéflexie rotatoire qui revient à l'intoxication éthylique ; que la lésion qui conditionne ce trouble doit siéger à l'extrême périphérie du nerf vestibulaire, dans le labyrinthe postérieur.

En plus de déductions pratiques, ces résultats apportent des précisions sur le mécanisme des épreuves instrumentales et galvaniques. Aucun trouble de cet ordre ne s'observe dans les polynévrites diphtériques ou oxycarbonées.

M. Lhermitte signale que, chez l'animal, les lésions expérimentales provoquées par l'alcool intéressent surtout le cervelet.

Angiome du bulbe coexistant avec un angiome du cervelet. Ablation. Syndrome d'ataxie post-opératoire. Guérison. — MM. David, S. Thieffry et H. Askenasy présentent une malade, qui était atteinte de tumeurs angiomateuses multiples (bulbe, cervelet, moelle cervicale). Au niveau du cervelet, la tumeur était localisée au lobe gauche et s'accompagnait d'un kyste assez volumineux. Celui-ci a été évacué, et la tumeur murale (angiome réticulaire) enlevée. La seconde, du volume d'une noisette, était insérée sur la face postérieure du bulbe, à 8 millimètres au-dessous du bec du calamus. Elle a été extirpée en totalité, et la malade est actuellement guérie.

L'opérée présenta aussitôt après l'intervention une grosse ataxie des quatre membres, sans abolition des réflexes tendineux, mais avec des perturbations importantes de la sensibilité profonde. Ces troubles se sont améliorés progressi-

vement au cours des mois suivants. Ils semblent devoir être rattachés à l'atteinte des noyaux de Goll et de Burdach réalisée au cours des manœuvres d'ablation de la tumeur bulbaire.

Les auteurs soulignent l'intérêt physio-pathologique d'une telle observation. Ils insistent aussi sur le nombre très restreint de tumeurs insérées sur le bulbe et enlevées avec succès.

Œdème cérébral après traumatisme cranien chez un enfant de dix-huit mois. — M. PUECH rapporte l'observation d'un enfant de dix-huit mois, qui était tombé d'une table. Quelques heures plus tard, l'enfant fut pris de crises jacksoniennes gauches, qui se répétèrent avec une fréquence croissante, et qui, le soir même, déterminèrent un état de mal avec hémiplégie gauche et coma. Il y avait une forte dilatation pupillaire du même côté. On fit le diagnostic d'hématome extradural de la zone de Gérard Marchand, et on pratiqua immédiatement une large trépanation temporo-pariétale. Il n'y avait pas trace d'hématome, mais, après l'incision de la dure-mère, le cortex apparut fortement œdématié, avec une abondante méningite séreuse. La ponction ventriculaire ne ramenait, au contraire, que difficilement quelques gouttes de liquide. L'hémiplégie disparut immédiatement, et la guérison s'est maintenue.

M. Petit-Dutaillis a vu des cas semblables. Ces accidents ne peuvent guérir que par la trépanation ; la ponction lombaire reste insuffisante. M. Lhermitte a vu la mort subite en quarante-huit heures, par œdème cérébral, pendant la guerre, chez un blessé atteint de fracture du crâne. M. André Thomas a remarqué que les accidents graves sont relativement rares après les traumatismes craniens des enfants.

Lésion élective de certaines couches cellulaires du cortex au cours du ramollissement cérébral. — MM. ALAJOUANINE et HORNEY présentent, avec projections, une nouvelle observation anatomique de ramollissement, qui affecte les deux premières circonvolutions temporales, et s'étend jusqu'au lobe occipital. Les lésions intéressent avec prédilection les cellules de la troisième couche, et quelquefois de la cinquième.

La désintégration des réflexes chez les moribonds. — MM. G. MARINESCO et J. BURCKNER ont constaté que les réflexes disparaissent, en général, chez les moribonds dans l'ordre suivant : les abdominaux et les crémastériens d'abord (vingt-quatre heures avant la mort en général), puis les réflexes cutanés plantaires normaux, le signe de Babinski persistant plus longtemps, enfin les réflexes de défense, les réflexes achilléens, les réflexes rotuliens, et plus tard les réflexes tendineux des membres supérieurs. Les derniers réflexes persistants sont le tricipital et surtout le cornéen et le fronto-palpébral, qui ne disparaissent souvent que quelques instants avant la mort.

LIVRES NOUVEAUX

Pédiatrie (2e édition), 3 volumes, **Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée** (1), publié sous la direction de E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX.

Cet ouvrage consacré à la pédiatrie dans le traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée ne constitue pas une simple mise au point de la première édition ; il s'agit vraiment d'une œuvre nouvelle, beaucoup plus considérable, et qui s'étend aujourd'hui sur trois volumes.

La division suivante a été adoptée :

Le premier tome comprend, après une introduction magistrale du professeur Marfan, les chapitres de généralités : physiologie, développement de l'enfant, — enfants anormaux et retardataires, — hygiène, éducation, — alimentation, — thérapeutique infantile. Les noms d'Apert, Jules Renault, Léon Binet, E. Terrien, Mlle Labaume, Mme de Tannenberg, sont un sûr garant de la compétence et du soin avec lesquels ces chapitres ont été rédigés.

Dans le second tome, se trouvent étudiées les infections du nouveau-né, les maladies de l'appareil respiratoire, du cœur, les hémorragies et les anémies du nouveau-né, les affections nerveuses. Les auteurs les plus qualifiés se sont chargés de ces différents chapitres : Péhu, Gardère, A. Dufourt, Bertoye, toujours rangés sous l'égide du maître lyonnais, Weil, dont la perte demeure si sensible ; P. Armand-Delille, Nobécourt, Babonneix. R. Voisin, Tinel, Ribadeau-Dumas et J. Meyer.

Le dernier volume contient les articles sur les affections des voies digestives, du foie, des reins, de l'appareil génito-urinaire, du thymus, de la peau. Ils sont traités par Ribadeau-Dumas, Weill et Gardère, Péhu, Nové-Josserand et Tavernier, Fèvre, Lesné et Launay, Pr. Merklen, Harvier, Rivet.

La simple énumération de cette pléiade de collaborateurs témoigne de la valeur de l'ouvrage. Il est impossible d'en donner ici une analyse. Mais chacun sait combien, depuis quelques années, la médecine de l'enfant a subi de remaniements. Citerons-nous, par exemple, les infections digestives et les maladies du foie et de l'appareil urinaire, les travaux sur l'alimentation à l'état normal et pathologique, sur les affections nerveuses, sur l'enfance anormale ? Il faudrait en réalité passer en revue chacun des chapitres qui composent ces trois tomes ; et pour chacun d'eux, on ne pourrait que témoigner du souci de documentation et aussi de l'esprit critique avec lesquels ils ont été composés.

On doit louer aussi le soin que l'éditeur a apporté à la composition de cet ouvrage, et qui contribuera à son succès mérité. Ces trois volumes d'un grand traité qui touche à toutes les branches de la médecine, mettent bien la pédiatrie en honneur et lui donnent la place légitime qui lui revient dans l'exercice de notre profession.

H. GRENET.

(1) Paris 1936, N. Maloine.

Le traitement de la méningite cérébro-spinale (1), par Ch. DOPTER, médecin général inspecteur, membre de l'Académie de médecine.

Jusqu'aux premières années de ce siècle, la thérapeutique de la méningite cérébro-spinale était purement symptomatique. Elle consistait dans l'usage de la balnéation chaude, des ponctions lombaires répétées, auquel on a ajouté les frictions cutanées d'argent colloïdal, les injections intrarachidiennes d'électrargol et aussi l'injection de 2 à 3 grammes d'urotropine.

Cette thérapeutique s'est modifiée du tout au tout le jour où, grâce à la notion de spécificité du méningocoque découvert par Weichselbaum, on a commencé à employer un sérum destiné à vaincre le pouvoir pathogène de ce germe.

La période actuelle semble favorable à une mise au point sérieuse et impartiale, dont le but essentiel consistera à mettre en évidence les insuccès auxquels on a été appelé à se heurter, leurs causes et la possibilité d'y remédier. C'est principalement à cette tâche que l'auteur a consacré son livre, comprenant l'exposé de la conduite à tenir en face des atteintes classiques de cérébro-spinale, comme aussi des formes anatomo-cliniques spéciales qui peuvent se présenter dans la pratique courante.

L. G.

(1) Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ». Grand in-8 de 140 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 59. — MERCREDI 22 JUILLET 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — **1** an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

GUERRE. (Active.) — M. le médecin-colonel Cauteret est nommé directeur du Service de santé de la 18e région.

M. le médecin général Cazanove est nommé directeur des services sanitaires de l'A. E. F.

LÉGION D'HONNEUR. — Santé publique. — Sont promus :

Au grade de Commandeur : M. le professeur Couvelaire, membre de l'Académie de médecine, et le docteur Grandchamp, médecin-chef des P.T.T. (à Paris).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Marcel Sénéchal, chirurgien à la Maison départementale de Nanterre, et Louis Weiller (à Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Boissou (à Suresnes); Bramard (à Luzy); Calazel (à Foix); Chéry (à Nancy); Davrinche (à Franconville); Greiner (à Ribeauvillé); Lacassagne (à Lyon); Lavergne et Oberling (à Paris).

MÉRITE MARITIME. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Thomas, médecin en chef de 2e classe de la marine.

UN MONUMENT AU MARÉCHAL FOCH. — Alors que plusieurs villes de province et de l'étranger ont tenu depuis longtemps déjà à ériger sur leurs places publiques une statue au Maréchal de France qui avait conduit les armées alliées à la victoire, aucun monument ne s'élève encore en son honneur dans la Capitale.

Un Comité s'est formé sous la présidence d'honneur du Président de la République et des membres du Gouvernement, le Maréchal Pétain est Président du Comité de patronage, le Général Weygand préside la Commission exécutive.

Le Comité espère que tous les Français qui n'ont pas oublié tiendront à contribuer à cet hommage national en envoyant leur souscription, si minime soit-elle.

Ils pourront l'adresser soit à la Banque de France, compte de dépôt de fonds n° 16112, soit à M. Lamolle, trésorier, 6, rue de Clignancourt, compte chèques postaux Paris 201043.

COURS DE VACANCES 1936 DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. *Professeur* : M. Maurice Loeper; *assistant*: M. André Lemaire, agrégé). — Un cours complémentaire de clinique médicale aura lieu du 23 juillet au 15 octobre les mardis, jeudis, samedis, à 11 heures, à l'amphithéâtre Hayem avec le concours de MM. Boulin et Turpin, agrégés, Bariéty, Mollaret, Boltanski, Debray, Decourt, Degos, Garcin, de Sèze, Soulié, médecins des hôpitaux, Chêne, Merklen, Michaux, Ollivier, Perrault, chefs de clinique et anciens chefs de clinique de la Faculté.

Des conférences pratiques de sémiologie et de diagnostic seront faites les lundis, mercredis et vendredis à 9 h. 30 par Mlle Riom, MM. Perrault, Gilbrin et Loisel, chefs de clinique de la Faculté, et par MM. Duchon et Lesure, chefs de laboratoire.

COURS DE VACANCES A BESANÇON. — Comme chaque année, le cours de vacances d'anatomie de l'Ecole de méde-

cine de Besançon ouvrira le 21 septembre et se terminera le 17 octobre.

Ce cours est destiné à préparer les étudiants à leurs stages de clinique en leur faisant disséquer les organes thoraciques et abdominaux. En raison également de la courte durée des études d'anatomie, il donne à ceux qui le suivent une avance notable sur leurs camarades.

Les élèves suivent le matin les cliniques hospitalières, où un accueil spécial leur est réservé.

De plus, afin de ne pas faire perdre aux étudiants le bénéfice d'une partie de leurs vacances, le cours est entrecoupé d'excursions, de visites de musées et d'établissements, de façon à leur faire connaître cette région extrêmement intéressante qu'est la Franche-Comté.

Le droit à verser est de 200 fr.

S'adresser, pour tous renseignements complémentaires, au docteur Duvernoy, professeur d'anatomie, Ecole de médecine, Besançon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le médecin commandant Emile Plonquet, stagiaire à l'Ecole supérieure de guerre, décédé à Marseille ; M. le docteur Charrier, conseiller général de la Charente-Inférieure.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

AU SUJET DE LA LOI POMARET

« Le Conseil d'administration de la *Fédération des Syndicats médicaux de la Seine*, réuni le 9 juillet 1936, ayant pris connaissance de l'article 3 de la proposition de loi Pomaret portant interdiction aux travailleurs des professions libérales, y compris les médecins, d'exercer leur profession à partir de l'âge de 65 ans, sans aucune compensation de la part de l'Etat ;

Considérant que l'obtention du diplôme de docteur en médecine, exigé à juste titre pour l'exercice de la profession médicale, a nécessité des sacrifices matériels considérables et des études secondaires et supérieures d'une durée moyenne de 15 années ; que ce diplôme a été conféré par l'Etat pour une jouissance illimitée dans le temps et que l'atteinte portée à cette clause fondamentale constitue une violation unilatérale de l'engagement de fait établi entre l'Etat et le détenteur du diplôme ; que cette interdiction du droit au travail revêt un caractère particulièrement inique en ce qu'elle frappe une génération de médecins qui, pour le service du pays, a subi le dommage de plus de quatre années de guerre ;

Considérant que l'accroissement continu de l'expérience du médecin est une condition essentielle de la valeur des services qu'il rend à la santé publique, aux malades qui continuent à se confier à lui, et à l'enseignement qu'il donne à la jeunesse médicale ;

Considérant que si l'âge doit être estimé comme un obstacle prohibitif aux travaux intellectuels privés, il est inconcevable qu'aucune limite ne soit imposée aux hommes publics qui, en exerçant le pouvoir législatif et le pouvoir exécutif, tiennent en main les organes vitaux de la nation ;

Considérant que la première mesure de nature à assurer le placement immédiat et régulier de la jeunesse française devrait être la restriction des naturalisations de médecins étrangers qu'aucun intérêt général ne justifie ;

Proteste contre les mesures d'exécution proposées comme étant contraires à la raison, à la justice et à l'intérêt public ;

Demande à la Confédération des Syndicats médicaux français de faire obstacle de tout son pouvoir à ces dispositions de la proposition de loi Pomaret ;

Décide de se mettre en rapport avec les groupements parisiens des professions libérales intéressées en vue d'une action commune énergique. »

(Communiqué.)

LES MÉDECINS CONTRE LA LOI POMARET

M. Maurice Mordagne, délégué permanent de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, communique :

« Le Conseil d'Administration de la *Fédération corporative des Médecins de la région parisienne*, dans sa séance du 13 juillet 1936 ;

Saisie du projet de loi Pomaret voulant interdire l'exercice de la médecine à 65 ans, et de l'ordre du jour de protestation de l'Association corporative des étudiants en médecine ;

Adresse à ses jeunes camarades ses chaleureuses félicitations et sa gratitude ;

Considérant :

1° Que le diplôme de docteur en médecine a été délivré par l'Etat pour une jouissance illimitée dans le temps ;

2° Que *des exemples nombreux démontrent l'utilité pour les malades et la santé publique des services irremplaçables dus à une expérience professionnelle longue à acquérir ;*

Proteste avec le maximum d'énergie contre une grave atteinte à la liberté individuelle, à des droits acquis et infiniment respectables ;

Invite la Confédération des Syndicats médicaux français à mettre en œuvre tous moyens pour faire barrage à un tel projet. »

UNION FÉDÉRALE DES ÉTUDIANTS

M. le Ministre de la Santé publique a reçu ce matin une délégation de la section de médecine de l'Union Fédérale des Etudiants qui lui a présenté les vœux des étudiants en médecine, comportant : l'amélioration du stage hospitalier, de la condition des externes et des internes des hôpitaux ; la suppression de la patente pour le jeune médecin, etc...

M. le Ministre a promis d'examiner ces vœux ; son attention a été retenue tout particulièrement par la pénurie des médecins dans les colonies et la suppression du charlatanisme.

(Communiqué.)

RENSEIGNEMENTS

POLYARTHROPATHIES DES EXTRÉMITÉS ET SPONDYLOSE RHIZOMÉLIQUE RÉVÉLATRICES D'UN TABES INCIPIENS

Par MM. H. ROGER, M. ARNAUD et J. PAILLAS
(de Marseille).

A plusieurs reprises déjà l'un de nous a étudié avec ses collaborateurs les manifestations diverses qu'offre le tabès dans ses localisations rachidiennes (1). D'autre part, la question des arthropathies des petites articulations a également été évoquée maintes fois.

André Thomas, Alajouanine, Bascourret et Ducas ont décrit des arthropathies siégeant uniquement au niveau du pied chez des tabétiques. J. Decourt a rapporté un cas d'arthropathie métacarpo-phalangienne du pouce chez un sujet présentant un signe d'Argyll-Robertson sans autre symptôme de la série tabétique, et que l'auteur a cru pouvoir interpréter comme étant de nature syphilitique. L. Cornil et M. Mosinger ont communiqué à la Société de Neurologie une observation d'arthropathies métacarpo-phalangiennes de l'index et phalango-phalanginiennes du médius gauche coexistant avec une arthropathie de la hanche chez une tabétique typique. Nous-mêmes avons eu l'occasion d'observer une tabétique (2) qui présentait, associées à une ostéo-arthropathie vertébrale classique, des lésions carpo-métacarpiennes et tarso-métatarsiennes aux membres supérieurs et inférieurs, absolument typiques.

Aussi bien, à l'heure actuelle la séméiologie des arthropathies des petites articulations d'origine tabétique est-elle bien connue. Leurs aspects cliniques et radiologiques sont tout à fait spéciaux : ils peuvent de ce fait aider à la reconnaissance d'un tabès fruste. Ainsi en a-t-il été dans l'observation suivante où nous voyons un traumatisme léger révéler une spondylose rhizomélique. L'étude de celle-ci ainsi que la découverte d'arthropathies latentes des extrémités, et des signes discrets de la série tabétique nous ont permis de rattacher toutes les manifestations à la même cause.

Del..., Henri (3), 35 ans, chauffeur dans la marine marchande, est hospitalisé à la Clinique Neurologique le 31 août 1935, après un court séjour dans un service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu.

Antécédents. — Del... n'aurait eu aucune maladie sérieuse. Il n'aurait jamais contracté de maladie vénérienne, il nie en particulier toute spécificité. Il est par contre entaché d'un éthylisme marqué. Célibataire, il n'a pas d'enfant. Son père est mort à 55 ans, d'une affection gastrique (?) ; sa mère est morte à 60 ans. Il aurait six frères ou sœurs, dont cinq sont encore en bonne santé.

Histoire de la maladie. — Se disant en parfaite santé jusque-là, Del... fait une chute accidentelle au mois de mars 1935. Tombant d'une hauteur de 1 m. 50, les deux bras relevés, il a porté sur l'épaule gauche et a ressenti une forte douleur dans la colonne vertébrale (?). Il a pu cependant continuer son travail comme par le passé. Ce n'est que trois mois plus tard qu'il a commencé à ressentir des douleurs dans la région cervicale et dorsale, avec gêne progressive dans la mobilisation de l'épaule gauche et du cou. D'abord insidieuses et progressives, les douleurs et l'impotence se sont peu à peu accusées. En même temps, l'épaule droite, jusqu'à ce moment indemne, était à son tour atteinte. Il a dû alors interrompre son travail et se faire hospitaliser.

Actuellement, dans l'attitude du repos musculaire et statique complet, il ne ressent aucune douleur, mais s'il essaie de mobiliser ses bras ou de tourner la tête, il éprouve une violente douleur à type de déchirement au niveau du tiers externe de la clavicule gauche.

Par ailleurs, il ne souffre en rien de ses membres supérieurs ou inférieurs, aucune paresthésie ou dysesthésie, aucune douleur fulgurante en particulier. La vue et l'audition sont normales. Les systèmes digestif et urinaire paraissent en bon état.

A l'*examen*, nous sommes en présence d'un homme en bon état général, qui garde une attitude guindée, la tête penchée en avant et légèrement inclinée sur l'épaule droite, l'épaule gauche étant elle-même abaissée. Il en résulte une cypho-scoliose cervico-dorsale, avec saillie postérieure des apophyses épineuses de C^7, C^8. Cette scoliose s'étend même jusqu'aux vertèbres lombaires. La clavicule gauche est anormalement saillante en avant ; son articulation avec le sternum est augmentée de volume. Les muscles sus et sous-épineux sont nettement atrophiés à gauche, un peu moins à droite ; par contre, l'omoplate droite est un peu décollée, ébauchant un scapulum alatum ; le moignon de l'épaule gauche est aplati. La mobilisation active ou passive de la tête est extrêmement limitée, tant pour la flexion et surtout l'extension, — qui ne permet pas le redressement de la nuque dans la verticale, — que pour la rotation : vers la gauche, la rotation cervicale est absolument bloquée ; vers la droite elle ébauche à peine quelques degrés.

Les mouvements des bras sont un peu moins limités : à gauche cependant l'abduction n'arrive pas à l'horizontale, à droite elle la dépasse à peine.

La recherche de la mobilisation passive n'est pas douloureuse si l'on n'essaye pas de dépasser les limites permises ; mais lorsqu'on veut forcer les limites du blocage articulaire, on en est empêché parce que l'on bute, mais non pas en raison d'une douleur extrême. La percussion du rachis cervical est douloureuse au niveau de C^6. Le pincement du trapèze est également sensible des deux côtés.

La force des différents segments est bonne, à condition de ne pas demander des mouvements trop étendus. Les petits muscles de la main ont gardé toute leur puissance, bien qu'il existe une atrophie certaine du premier espace interosseux droit et gauche. Les deux derniers doigts de la main gauche présentent une attitude en flexion discrète, du type griffe cubitale. Les articulations métacarpo-phalangiennes sont augmentées de volume, mais elles permettent des mouvements de grande amplitude. Le pouce en particulier peut être rejeté en arrière et subluxé sans que le malade éprouve d'ailleurs la moindre douleur.

Le moignon de l'épaule gauche et l'omoplate gauche sont hypoesthésiques à la piqûre ; sur le bord cubital de la main gauche il existe, de façon inconstante, une bande d'hypoesthésie discrète. Les réflexes tendineux sont vifs et égaux aux deux bras.

Au niveau de la face, on ne peut déceler de troubles neurologiques ; cependant l'œil gauche est un peu rentré par rapport à l'œil droit, la fente palpébrale un peu rétrécie. Mais les pupilles sont égales, régulières et contractiles. L'hémiface gauche enfin est le siège d'une hypersudation localisée.

---

(1) H. ROGER, Y. POURSINES et M. RECORDIER. L'ostéo-arthropathie vertébrale tabétique, *Marseille Méd.*, éd. 1933.

(2) H. ROGER, J. ALLIEZ et J. PAILLAS. — Un nouveau cas d'ostéo-arthropathie vertébrale tabétique avec arthropathie des quatre extrémités, *Marseille Méd.*, 5 oct. 1934.

(3) Ce malade a été présenté à la Société de Médecine de Marseille le 21 novembre 1935.

Le rachis dorso-lombaire n'offre pas la souplesse habituelle ; on s'en aperçoit très facilement dans le renversement en arrière et l'inclinaison latérale. Les articulations des membres inférieurs ne sont pas indemnes ; l'abduction des cuisses est légèrement limitée. Les orteils sont hypertrophiés au niveau des premières phalanges, ainsi que les premiers métatarsiens. Le gros orteil paraît subluxé sur son métatarsien ; les orteils sont en battant de cloche. Le bord interne des pieds est tassé, la voûte plantaire affaissée, le cou-de-pied élargi et assez augmenté de volume.

Ces diverses arthrites se sont installées d'une manière insidieuse, indolente, sans que le malade s'en aperçoive.

Il n'y a pas de déficit pyramidal, les réflexes tendineux sont normaux ; le cutané plantaire se fait en flexion.

Malgré la présence de ces lésions articulaires, il existe une certaine hypotonie, puisque l'épreuve de Lasègue permet de dépasser largement l'angle droit. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité superficielle, mais la sensibilité profonde (pincement du tendon d'Achille, pression des masses musculaires, pincement des testicules) est nettement émoussée.

Il n'y a pas de signe de Romberg.

Notons enfin l'existence de troubles vaso-moteurs et trophiques généralisés : outre l'hémisudation faciale précédemment signalée, il existe une exagération et un prolongement de la raie vaso-motrice, des ongles striés, cassants, hypertrophiques.

Devant la multiplicité des lésions articulaires, nous avons systématiquement fait pratiquer des *clichés radiographiques de toutes les articulations.*

Rachis cervical. — Rigidité très accentuée sur le profil ; de face : scoliose cervico-dorsale, apparence d'élargissement des disques par raréfaction des corps surtout marqué de C^4 à C^6 ; les pourtours des corps sont comme repassés au crayon ; des parenthèses relient les corps les uns aux autres ; le ligament antérieur est épaissi. Apophysomégalie de C^6-C^7.

Rachis dorso-lombaire. — Aspect flou et délavé des corps vertébraux ; parenthèses intervertébrales s'accentuant en intensité depuis les segments dorsaux jusqu'aux corps lombaires où elles aboutissent, de face, à l'aspect de colonne torse et où, de profil, une ligne continue montre l'épaississement considérable de tout le ligament antérieur. Ostéoporose des corps lombaires avec tendance nette au diabolo.

Les articulations costo-vertébrales supérieures (D^1 à D^4) et costo-sternales sont le siège de néoproductions opaques et diffuses, avec image de calcification et épaississement ligamenteux. L'articulation sterno-claviculaire gauche est épaissie ; tout autour existe une image opaque et floue qui se perd dans la projection vertébro-sternale. Les articulations sacro-iliaques sont mal visibles.

Métatarse, orteils. — A gauche, ostéo-arthrite de la première et de la deuxième phalange avec destruction osseuse de la première phalange et hypertrophie intense de la deuxième. Arthropathie de l'articulation métatarso-phalangienne du quatrième orteil ; lésion identique au niveau des deuxième et troisième orteils.

A droite, hypertrophie nette du premier orteil droit, surtout au niveau de la première phalange et hypertrophie du premier métatarsien.

Tarse. — Aspect un peu délavé des trabécules osseuses, de tout l'ensemble du pied ; avec ostéoporose des quatre derniers métatarsiens.

Cou-de-pied. — A droite, atteinte très nette de la malléole tibiale, qui présente une hypertrophie descendant plus bas que de coutume, productions ostéophytiques de la malléole tibiale en forme de champignon exubérant.

Les malléoles gauches sont normales.

Main. — Les diaphyses des 2e, 3e et 4e phalanges présentent une tendance à la raréfaction de certaines trabécules. Cet aspect est ébauché au niveau des phalangines des 3e et 4e doigts. Disparition des trabécules dans la diaphyse des 2e et 3e métacarpiens.

Dans le sang : BW et Hecht fortement positifs (à deux reprises).

L.C.R. : liquide clair, Queckensted normal ; cytologie, 1 élément ; albumine, 1 division et demie ; BW anticomplémentaire.

Urines : ni sucre ni albumine.

Electro-diagnostic. — R. D. partielle accentuée des faisceaux externes et postérieur du deltoïde gauche. Hyperexcitabilité faradique du grand dentelé gauche. Les autres muscles scapulaires réagissent normalement.

En résumé, trois mois après un traumatisme peu important de l'épaule gauche, un sujet, âgé de 35 ans, voit se développer une cypho-scoliose cervico-dorsale avec impotence de l'épaule gauche et enraidissement de la colonne dorsale. Un examen systématique permet de déceler, tant au point de vue clinique que sur les clichés radiographiques, l'existence d'une spondylose rhizomélique frappant la totalité du rachis, les articulations des épaules et des hanches. Mais, fait particulier, les lésions arthritiques ne se limitent pas aux grosses articulations ; puisque celles des pieds et des mains depuis le carpe et le tarse jusqu'aux doigts et aux orteils, sont également touchées par le même processus. Ainsi que le révèlent les clichés radiographiques, les lésions articulaires sont complexes. Il en est de deux types : les lésions du rachis sont constituées principalement par de l'ostéoporose, de l'opacification ligamentaire, un aspect « de colonne torse », — les lésions des petites articulations présentent un remaniement trabéculaire, de l'ostéophytose intense en « champignons », des dislocations articulaires.

L'examen neurologique n'offre qu'un minimum de symptômes pathologiques : hypoesthésie profonde, hypotonie des membres inférieurs. Dans le sang la réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive.

De par la clinique et de par les images radiographiques (ostéoporose, opacification ligamentaire, colonne torse), le diagnostic séméiologique de spondylose rhizomélique n'offrait aucune difficulté. La forte positivité de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang pouvait nous faire discuter la question du rhumatisme spécifique généralisé, encore que le tableau clinique, fort différent, nous fasse plutôt rejeter ce diagnostic. Mais la présence des multiples arthropathies, des petites articulations et surtout les caractères radiographiques, — association complexe de subluxation, de décalcification, d'ossification ligamentaire, de bourgeonnements ostéophytiques, — contrastant avec la parfaite indolence des lésions, nous ont incités à rechercher minutieusement les petits signes de la série tabétique. Diminution de la sensibilité profonde, hypotonie des membres inférieurs, arthropathies des extrémités tout à fait spéciales, presque pathognomoniques même, nous font porter le diagnostic de tabès au début.

La spondylose rhizomélique à laquelle l'Assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme

vient de consacrer (mars 1935) plusieurs rapports (Crouzon et Gaucher, Alajouanine et Lacapère, Mathieu-Pierre Weil, Weissenbach et Françon) est exceptionnellement de nature syphilitique. Ses rapports avec le tabès avaient déjà été posés par Oddo (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, juillet-août 1908), qui se demandait si dans le cas où la spondylose précédait le tabès, celle-ci ne pourrait pas préparer la localisation radiculaire du processus syphilitique. Dans un ordre d'idée très différent, l'un de nous avec Poursines et Recordier (*loc. cit.*) a rapporté quelques cas d'arthropathies des deux hanches et des deux épaules. Il faut remarquer cependant dans ces cas, que si le terme de spondylose rhizomélique est exact dans le sens anatomique, ces faits sont très différents des manifestations cliniques de la spondylose habituelle. Il est vraisemblable que l'hypotonie et l'indolence tabétique modifient fortement le tableau clinique en atténuant les douleurs et la rigidité articulaires. Par contre le cas que nous rapportons aujourd'hui justifie, par ses aspects cliniques aussi bien que radiographiques, le terme de spondylose rhizomélique. L'association avec le tabès est-elle purement fortuite, ou bien faut-il admettre qu'il s'agit de rhumatisme chroniques d'origine spécifique ? La présence d'arthropathies tabétiques caractéristiques au niveau des petites articulations nous inciterait davantage à interpréter les lésions vertébrales comme un stade de début d'une évolution ostéo-arthropathique ultérieure et à décrire ainsi une *forme spondylotique vraie* du rachis tabétique.

Dernier point sur lequel nous désirons insister : quelle est la valeur médico-légale du traumatisme antécédent ? Nous nous sommes déjà expliqués, d'autre part, sur les rapports des troubles ostéo-articulaires du tabès et du traumatisme révélateur. Dans deux observations que nous avons précédemment rapportées (1) le traumatisme coïncidait nettement avec l'apparition *clinique* des manifestations osseuses. Dans ce cas le traumatisme agissant sur un rachis fragilisé par le processus tabétique avait nettement eu la valeur de cause efficiente.

Mais chez le malade dont nous rapportons aujourd'hui l'observation, le problème est certes plus ardu. Le long espace de temps (trois mois) écoulé entre le traumatisme minime et la première manifestation clinique, ne nous permet pas d'accepter sans réserves cette interprétation. Cependant il est possible que, du fait de l'accident, la date d'apparition de l'ostéo-arthropathie tabétique ait été quelque peu avancée, et ce doute doit jouer en faveur de l'accidenté.

Rappelons toutefois qu'il ne semble pas qu'il faille attribuer une origine traumatique aux arthrites des extrémités : l'indolence de celles-ci qui étaient passées inaperçues du malade, ne nous permet pas de fixer leur début exact, mais les manifestations radiographiques constatées plaident en faveur d'une origine assez ancienne et en tout cas antérieure au traumatisme d'il y a quelques mois.

(1) H. Roger, J. Alliez et J. Paillas. — Fracture des apophyses transverses lombaires révélatrices d'un rachis tabétique. Association d'un anévrisme latent de l'aorte descendante. *Marseille Méd.*, 25 mars 1935.

XVe RÉUNION
NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 26-27 mai 1936 (1).

La circulation cérébrale
M. Riser, rapporteur

I. — Les échanges de toutes sortes se produisent sans intermédiaires entre l'endothélium vasculaire et le milieu humoral interstitiel. La substance nerveuse n'échappe pas à cette loi générale ; particulièrement différenciée, particulièrement fragile, elle supporte mal l'ischémie et pendant peu de temps ; les éléments cellulaires fondamentaux ne se renouvellent guère.

Dans ces conditions, l'importance d'une circulation sanguine cérébrale abondante et surtout régulière, n'échappe pas.

II. — **Une vue d'ensemble** permet les constatations suivantes :

a) Les centres nerveux sont maintenus suspendus dans le liquide céphalo-rachidien, comme le prouvent les pressions « négatives » prises dans les lacs de la base, en position verticale.

b) A l'état physiologique, le volume du liquide céphalo-rachidien est très peu variable pour chaque sujet ; il n'y a pas de renouvellement constant, rapide ; au contraire, il s'agit bien « d'eaux dormantes », sauf après soustraction.

c) Les dispositifs veineux et artériel du cerveau diffèrent essentiellement : le premier ne forme qu'un vaste lac sanguin communiquant largement avec l'extérieur. Le second comporte bien un système ouvert (districts des circonvolutions, avec anastomoses nombreuses), mais aussi un contingent important d'artères terminales, vascularisant avant tout les formations centrales.

d) La structure des artères cérébrales ne présente rien de particulier.

e) Il existe un riche réseau nerveux arachnoïdien péri- et intravasculaire, superficiel et profond ; mais ses connexions exactes sont encore mal connues.

f) Les rapports hydro-dynamiques généraux dans la boîte cranienne sont régis assez étroitement par un certain nombre de lois que la célèbre doctrine de Monro-Kellie-Burrows n'englobe pas entièrement :

Les centres nerveux échappent à la pression atmosphérique ; le tissu nerveux lui-même est incompressible ; l'élément élastique à l'état physiologique existe, mais minime, constitué essentiellement par le système veineux.

Les variations du volume du liquide céphalo-rachidien ou du cerveau ne sont pas compensés d'une manière aussi exacte que le disent les promoteurs de la doctrine ; après soustraction du liquide céphalo-rachidien, il y a bien une vaso-dilatation veineuse, mais elle est loin de compenser l'hypotension cranienne. Le retour à la normale de la pression cranienne est dû essentiellement à une reproduction du liquide céphalo-rachidien.

III. — Les **techniques d'étude** de la circulation cérébrale sont très nombreuses. La connaissance du *débit sanguin cérébral* précis, nuancée, et de ses variations physiopathologiques, est le but fondamental à poursuivre. Il domine évidemment toute la question des métabolismes et des échanges.

Il est essentiel, dans les dispositifs expérimentaux, quels qu'ils soient, de connaître la pression artérielle générale, dans les carotides internes ou les vertébrales.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

L'exploration vasculaire d'un organe par sa seule pulsatilité artérielle est une méthode très précaire. La seule observation du calibre vasculaire, même très précise, ne constitue qu'un élément du problème, intéressant, mais très partiel ; renseignant sur la vaso-motilité possible, cette seule méthode ne peut renseigner utilement sur le débit réel.

Les méthodes de perfusion comportent encore de grosses causes d'erreur. La pléthismographie cérébrale a un intérêt incontestable si elle est pratiquée avec une pression d'apport constante, en évitant l'hypertension veineuse et la déperdition de liquide céphalo-rachidien.

Les inscriptions de pression dans le cercle de Willis explorent bien plus l'ensemble artériel du cercle que les artères cérébrales qui en émanent.

Les stromuhren renseignent assez bien sur le débit sanguin dans les gros vaisseaux, carotides internes, vertébrales, mais là seulement.

La mesure du débit sanguin intraparenchymateux par les sondes thermo-électriques représente des techniques pleines d'avenir.

IV. — Le **débit sanguin cérébral** peut être évalué à 100 centimètres cubes par minute et pour 100 grammes de cerveau.

Ses principaux *facteurs* sont constitués par :

a) La pression à peu près constante du liquide céphalo-rachidien ;

b) La suspension des centres nerveux dans le liquide céphalo-rachidien ;

c) Le nombre et l'importance des voies afférentes et efférentes ;

d) Le volume, la pression et la vitesse du sang expulsé par le ventricule gauche à chaque systole ;

e) L'influence de la masse du sang.

Toutes les conclusions expérimentales s'accordent sur les faits suivants : la diminution de la masse sanguine de un cinquième, au moins, diminue en quelques instants le contenu intracranio-rachidien ;

f) L'aspiration thoracique s'exerce puissamment sur les grands lacs veineux et cérébraux ; et inversement, une hypertension veineuse se transmettant aux jugulaires, augmente le volume cérébral et ralentit le débit artériel ;

g) L'influence de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle sur le volume cérébral est modérée, mais très importante sur le débit ;

h) La vitesse de la colonne sanguine dans le cerveau est un facteur très important : en une seconde, le réactif test introduit dans la carotide primitive est retrouvé dans un sinus veineux.

Le calibre des vaisseaux n'intervient pas autant qu'on pourrait le supposer ; l'augmentation de la vitesse du sang pourra empêcher une diminution du débit à l'endroit rétréci.

V. — La **vaso-motilité des vaisseaux cérébraux** et de l'artère centrale de la rétine, est très particulière.

a) Des spasmes considérables sont faciles à obtenir par l'excitation mécanique, le courant faradique ; ils intéressent uniquement le segment artériel irrité. Cela est donc bien différent de l'action du système vaso-moteur au niveau des artères périphériques.

b) Dans l'état actuel des choses, le sympathique ne joue pas un rôle régulateur incontestable sur les tonus des vaisseaux cérébraux proprement dits, émanant des branches du cercle de Willis.

Il a un rôle peut-être plus certain, mais mal précisé, dans la tonicité artérielle des grosses artères afférentes, carotides internes, vertébrales. Sa destruction ne modifie pas le calibre des vaisseaux piaux méningo-corticaux et de l'artère centrale de la rétine, dans les heures qui suivent.

L'excitation du ganglion cervical supérieur ne détermine jamais de spasme, ni même de contraction très appréciable des vaisseaux cérébraux, cortico-méningés et rétiniens, tandis que le spasme des artères périphériques est constant, considérable.

En l'état actuel des choses, on ne saurait considérer le sympathique cervical comme un appareil de contrôle et de régulation, imposant un état relatif d'inertie et d'indifférence aux artères cérébrales et rétiniennes.

c) L'*action de l'adrénaline*, chef de file des sympathomimétiques sur la circulation cérébrale, est toujours très contestée. La plupart des auteurs admettent une action nette de la drogue sur les vaisseaux cérébraux. Le rapporteur a pris une position différente :

L'adrénaline introduite à haute dose au contact direct du bulbe, chez le sujet vivant et non endormi, ne détermine pas de constriction des vaisseaux suffisamment importante pour déterminer le moindre trouble fonctionnel.

L'action locale de l'adrénaline sur les artères piales est extrêmement faible en solution isotonique, neutre, à 37°. Dans 25 p. 100 seulement des cas, on observe une minime vaso-constriction de 15 p. 100 du diamètre primitif au maximum. Dans les mêmes conditions, le spasme des vaisseaux périphériques du même calibre est de 90 à 100 p. 100.

On peut être assuré de l'inefficacité sur les vaisseaux cérébraux, de l'adrénaline injectée par voie veineuse ou carotidienne, même en circulation régularisée, qui empêche une distension passive de ces vaisseaux.

L'atropinisation préalable, l'alcalose certaine, la préparation préalable par les spasmolytiques, tartrate d'ergotamine et yohimbine à dose suffisante pour inverser les effets de l'adrénaline, la destruction du sympathique cervical, n'ont jamais modifié, dans nos expériences tout au moins, l'indifférence des vaisseaux piaux, méningo-corticaux et rétiniens à l'adrénaline.

Les effets de l'adrénaline sur l'ensemble vasculaire intracranien, sur le débit sanguin cérébral, sont beaucoup moins précisés.

Il est cependant possible de dire : les portions extracraniennes des carotides internes, des vertébrales, sont plus sensibles à l'adrénaline que les artères du cercle de Willis et celui-ci plus sensible que les branches émettrices, nourricières. L'action véritable de l'adrénaline est très peu marque sur l'ensemble des vaisseaux cérébraux.

d) Les *excitations du vague* ont produit des modifications très minimes et très inconstantes des vaisseaux piaux. On ne saurait lui attribuer un rôle vaso-moteur certain.

e) Il ne paraît pas possible d'assimiler à des phénomènes nerveux de vaso-motilité cérébrale, la contraction brutale, locale, des artères cérébrales au contact de la soude NaOH N/7, du chlorure de baryum.

f) Par contre, on peut admettre l'action vaso-dilatatrice élective de l'acide carbonique, du nitrite d'amyle, de l'acétylcholine, de l'histamine, beaucoup plus minime qu'on ne le dit habituellement.

g) En l'état actuel des choses, la circulation, le débit sanguin du cerveau ne sont pas régularisés dans un sens ou dans l'autre par des vaso-moteurs cérébraux, spécifiques au sens exact du mot, dont l'existence n'est pas démontrée : l'appareil régulateur n'est pas là.

VI. — Les véritables actions régulatrices et compensatrices de la circulation cérébrale sont exercées avant tout par l'**appareil sino-carotidien** subissant certaines actions hormonales et variations de pression.

a) L'excitation mécanique ou électrique du sinus diminue dans tous les cas la pression cranienne globale, en même temps que la pression artérielle, mais non le calibre artériel des vaisseaux piaux, d'une manière sensible et constante.

L'appareil sino-carotidien n'agit donc pas directement sur des vaso-moteurs plus ou moins hypothétiques, mais

bien sur la circulation cérébrale d'apport extracranienne, et cela de deux manières, directe et indirecte. Indirectement par différentes régulations d'ordre général, par des réflexes cardiaques, vaso-moteurs artériels splanchniques, périphériques, vaso-moteurs veineux et capillaires, adrénalino-sécrétoires, d'où des compensations et des réglages circulatoires très rapides et ajustés intéressant essentiellement, en dernière analyse, la vitesse et le volume du sang circulant, le débit cardiaque, le rythme respiratoire. Tous les organes, tous les tissus profitent évidemment de cette régularisation du débit cardiaque et de la pression artérielle générale, et le cerveau en premier lieu.

Un certain nombre d'expériences cruciales montrent une intervention plus directe de l'appareil sino-carotidien sur la circulation encéphalique ; il a pu être démontré, d'une manière précise, que la régulation de la fréquence du cœur en rapport avec la pression artérielle céphalique est exclusivement à rattacher à une régulation réflexe... par l'intermédiaire de la pression endo-vasculaire agissant au niveau des zones sino-carotidiennes.

b) La question des compensations circulatoires du débit (en dehors des anastomoses, bien entendu) est d'un extrême intérêt : la suppression d'une carotide, d'une vertébrale, est compensée par une augmentation du débit de 80 à 100 p. 100 dans l'autre artère homologue, quelle que soit la pression générale.

c) De nombreuses actions hormonales et pharmaco-dynamiques s'exercent sur l'appareil sino-carotidien :

Les variations du rapport $\frac{O}{CO^2}$ sont d'une particulière importance et bien approfondies ; toutes ces substances, incapables d'agir directement sur les vaisseaux cérébraux, peuvent avoir cependant une influence indirecte sur la circulation cérébrale en modifiant tout d'abord l'appareil sino-carotidien.

VII. — Toutes les circulations locales, périphériques et viscérales subissent un certain nombre d'influences susceptibles de faire varier beaucoup le débit sanguin.

Les artères périphériques sont particulièrement sensibles pour deux raisons : importance du système sympathique vaso-constricteur et susceptibilité à subir les modifications externes. Les artères viscérales échappent bien plus facilement à ces dernières.

Les vaisseaux artériels du cerveau, du cœur, des poumons, de l'œil, sont, à l'état physiologique, particulièrement inaptes au spasme ; sur eux, les excitations sympathiques sont à peu près sans action. Il s'agit là d'une propriété fondamentale, et les phénomènes de « libération » concernant ces vaisseaux sont fort douteux.

C'est dire que la régulation du débit cérébral ne se fera guère par l'intermédiaire d'un système vaso-moteur différencié et spécifique ; exception paraît devoir être faite pour quelques hormones vaso-dilatatrices et CO^2. Elle subira des influences passives, d'ordre circulatoire général, bien corrigées, du fait de la situation du cerveau, dans une boîte rigide, avec un élément d'élasticité réduit, constitué, avant tout, par le système veineux.

Une régulation très ajustée de tous ces éléments semble être assurée par l'appareil sino-carotidien et le jeu des compensations. Toutes les recherches modernes sur ces appareils régulateurs sont d'un haut intérêt ; elles ne doivent pas faire oublier que le facteur essentiel de la circulation cérébrale est peut-être tout simplement le ventricule gauche et des voies d'apport au parenchyme très nombreuses, assurant un large excédent de débit, à l'état physiologique et dans nombre de circonstances pathologiques.

(*A suivre.*) JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 16 JUIN 1936)

Terminaison d'un cas de granulie froide. — M. ARMAND DELILLE informe la Société que l'enfant atteinte de granulie froide qu'il avait présentée au cours d'une des précédentes séances a succombé à la suite d'une méningite tuberculeuse. L'autopsie a confirmé le diagnostic clinique.

Malformations multiples.— M. E. PICHON présente un enfant qui a été opéré au moment de sa naissance d'une imperforation anale et qui présente en outre un syndrome de Klippel-Feil, des malformations digitales caractérisées par la présence à chaque main de cinq doigts à trois phalanges avec absence du pouce, un stridor congénital et une hernie ombilicale.

Ostéochondrite vertébrale et fragilité osseuse congénitale. — M. RŒDERER présente un enfant de 6 ans traité depuis 4 ans pour une ostéochondrite vertébrale prise à tort au début de son évolution pour un mal de Pott. Depuis trois ans, cette enfant s'est en outre fracturé à deux reprises le fémur droit et une fois le fémur gauche. On ne constate ni sclérotiques bleues, ni troubles du métabolisme calcique ou phosphoré, ni cas analogues dans les antécédents.

Un cas de nanisme. — M. J. HUBER, Mlle DELON et M. THIEFFRY présentent un enfant de 16 ans qui ne mesure que 1. m. 36 et qui présente outre ce nanisme des signes d'infantilisme et des troubles importants du caractère. Ils n'ont pu mettre en évidence aucun trouble endocrinien, mais il existe par contre une spécificité indiscutable qui est peut-être à l'origine de ces accidents. Le traitement n'a cependant amené aucune amélioration.

Un cas de paralysie obstétricale du nerf phrénique gauche. — MM. GOURNAY, PAREUX, ODINET et OLIVIER présentent un nourrisson de 2 mois atteint depuis sa naissance, à la suite d'un accouchement laborieux par le siège, d'une paralysie du plexus brachial gauche associée à une paralysie du phrénique et des autres branches du plexus cervical profond du même côté. Le diagnostic de la paralysie phrénique fut fait au cours de l'examen radiologique motivé par les vomissements rebelles que présentait l'enfant : l'aspect était celui de la relaxatio diaphragmatica. Les auteurs discutent à ce propos quelques points de clinique et de pathogénie.

Hérédo-syphilis nerveuse à forme dysphagique. — MM. GRENET et ISAAC-GEORGES ont observé chez un nourrisson de 6 mois des vomissements d'apparition récente qui étaient en réalité liés à une dysphagie intense avec impossibilité absolue de la déglutition. Il n'y avait aucun signe de spasmophilie ; une paralysie de la corde vocale gauche qui coexistait avec cette dysphagie n'était pas due à une compression récurrente ainsi qu'en témoignait l'examen radiologique. Ultérieurement sont apparus des troubles oculaires. Tous ces signes dépendaient d'une lésion nerveuse d'origine centrale vraisemblablement syphilitique en raison des antécédents de l'enfant. Le traitement spécifique amena d'ailleurs une amélioration certaine.

Sténose du duodénum. — MM. RIBADEAU-DUMAS, LONGUET et Mme FORGET ont observé chez un enfant de 3 ans des vomissements cycliques liés à une sténose duodénale dont le diagnostic fut aisé par l'examen radiologique qui

montra une image très caractéristique semblant constituée par deux estomacs superposés. L'intervention chirurgicale confirma ce diagnostic et permit de préciser le siège de la lésion à la jonction des 3e et 4e portions du duodénum ; il existait de plus un volvulus du grêle engagé dans une fente mésentérique. Les suites opératoires furent normales.

M. Aimé projette à ce propos les radiographies d'un cas analogue.

Un cas d'encéphalite morbilleuse. — M. Liège a observé chez un enfant de 8 ans une encéphalite morbilleuse survenue au quatrième jour d'une rougeole bénigne traitée par l'amidopyrine lactique. Le début fut brutal, apoplectiforme, par une crise convulsive avec hyperthermie considérable. Bientôt apparut un coma profond avec pupilles punctiformes qui se prolongea jusqu'à la mort.

Observations résumées de 100 cas de primo-infection tuberculeuse observés chez des sujets parisiens de 2 à 16 ans. — M. Coffin a observé sur ce total d'observations 25 formes latentes, 60 formes semi-latentes et 15 formes évolutives dont une seule fut mortelle. Il a remarqué la fragilité particulière des filles à la puberté ; par contre, le rôle aggravant des maladies contagieuses intercurrentes ne lui a pas paru évident.

Il insiste sur le fait que les formes graves se voient surtout après des contaminations répétées et que les contaminations extra-familiales ne provoquent en général que des formes légères.

Il souligne enfin la nécessité des mesures prophylactiques qui doivent être rigoureusement appliquées, chez l'adolescent comme chez l'enfant, aussi bien avant qu'après le virage de la cuti-réaction.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1936)

Recherches sur la cause de l'apparition de la cachexie chez le lapin dans certains cas de tuberculose type Yersin. — E. Loukidis. L'injection à doses répétées de 1 mgr. des « phosphatides » d'Anderson produit une ébauche de tissu tuberculoïde chez le lapin, notamment dans les reins, mais n'est pas suivie de cachexie.

L'intra-dermo-réaction à l'histidine. — MM. Lœper, Perreau et Roy. Elle a été négative chez la plupart des sujets et positive seulement chez les rénaux et chez les hépatiques. Elle atteint parfois l'intensité et la durée de la réaction à l'histamine. Les expériences des auteurs montrent qu'elle est due à la transformation dans les tissus de l'influence de l'acidose, de l'histidine ou histamine ou un produit voisin.

Intradermo-réaction de Mutermilch et Grimberg avec les polysaccharides gonococciques. — MM. P. Barbellion et L. Feld. Injectés dans le derme de sujets n'ayant jamais subi d'atteinte gonococcique, ces polysaccharides ne provoquent aucune réaction de la peau. Injectés au contraire dans le derme des sujets atteints d'urétrite gonococcique, ils engendrent presque toujours une intradermo-réaction positive. Injectés aux anciens blennorragiques n'ayant plus de gonocoques à l'examen bactériologique, l'intradermo-réaction a donné 6 résultats positifs sur 39 cas examinés.

Variations du cuivre dans le sang des enfants normaux aux différents âges. — MM. E. Lesne, P. Zizine, S. B. Briskas. Chez les fœtus de 5 à 6 mois, les chiffres de cuivre varient de 1 mg. 95 à 2 mg. 35 par litre de sang.

Chez les prématurés, de 1 mg. 90 à 2,17 par litre.

Chez les morts-nés (sans cause pathologique appréciable), de 0 mg. 80 à 1 mg. 12 par litre.

Enfin, chez les enfants vivants, de 1 à 10 jours, le taux du cuivre oscille entre 0 mg. 73 et 1 mg. 06. Au-dessus de 10 jours, il augmente et se stabilise entre le premier et le deuxième mois aux environs de 1 mg. 35. Par la suite, il ne s'élève que très peu et ne semble varier que dans les cas pathologiques.

Etat d'allergie intense révélé par l'étude de la sensibilité tuberculinique et du phénomène de Koch chez des cobayes inoculés avec des variétés R et S de bacilles aviaires morts enrobés dans de l'huile de vaseline. — M. A. Saenz. L'enrobage dans l'huile de vaseline des variétés R et S de trois souches de bacilles aviaires se traduit par un accroissement du pouvoir allergique, l'allergie étant plus en relation avec la qualité de l'antigène employé qu'avec l'étendue des lésions produites chez le cobaye par les germes inoculés.

Sur l'influence des conditions de vie dans l'acquisition de l'immunité antistaphylococcique naturelle chez le cobaye. — Des cobayes qui, dans des conditions d'habitat dans lesquelles ils vivaient jusque-là, n'avaient pu acquérir l'immunité antistaphylococcique, l'ont acquise très rapidement et à un degré très élevé lorsqu'ils ont été placés dans des conditions nouvelles, par exemple en contact permanent avec des cobayes possédant déjà l'immunité naturelle de même spécificité.

Vagotonine et adrénalinémie. — MM. D. Santenoise, L. Merklen, C. Franck et M. Vidacovitch. Les auteurs ayant effectué, suivant la technique de Tournade et Chabrol, des anastomoses surrénalo-jugulaires entre un récepteur surrénalectomisé et un donneur recevant de la vagotonine, ont observé, chez le donneur, l'hypotension lente et progressive, régulièrement déclenchée par la vagotonine ; mais, chez le récepteur, une hypertension et une splénocontraction traduisant, chez le donneur, une augmentation du débit de l'adrénaline, qui paraît liée à l'hypotension déclenchée par la vagotonine.

Cette discordance des effets de l'hyperadrénalinémie chez le récepteur et chez le donneur conduit à conclure que, dans l'interprétation des effets des variations de l'adrénalinémie, il y a lieu de tenir compte non seulement des variations du débit de l'adrénaline par les surrénales, mais encore des conditions réglant l'efficacité de l'adrénaline.

Préparation d'insuline cristallisée parfaitement débarrassée de vagotonine. — MM. D. Santenoise, Th. Brieu, G. Fuchs et E. Stankoff, utilisant certaines différences importantes des propriétés physiques et chimiques de l'insuline et de la vagotonine, décrivent une technique de purification des extraits insuliniens du commerce, permettant d'obtenir de l'insuline cristallisée parfaitement exempte de vagotonine.

Pouvoir protecteur de l'acide ascorbique sur les accidents de la séro-anaphylaxie du lapin. — MM. P. et A. Giroud. L'acide ascorbique paraît présenter à l'égard des réactions sériques un pouvoir protecteur marqué.

Les auteurs ont étudié la prévention des accidents de la séro-anaphylaxie du lapin. Ces essais ont été faits après sensibilisation au sérum de cheval. Les lapins prémunis par l'acide ascorbique n'ont présenté que des symptômes minimes ou aucun symptôme, alors que les animaux témoins présentaient des symptômes graves le plus souvent mortels.

Sur l'action nicotinique de l'acétylcholine. — MM. D. Broun et A. Beaune. Chez le chien fortement atropinisé, les effets muscariniques de l'acétylcholine étant supprimés, on observe surtout les effets nicotiniques, notamment l'action hypertensive et l'action vaso-constrictrice rénale, celle-ci dans une certaine mesure indépendante de celle-là. Ces effets se déroulent en deux phases : l'une brusque suivie de retour rapide à la normale, l'autre progressive et plus durable. Après administration préalable d'ésérine et de cocaïne, ces deux phases sont renforcées mais inégalement.

De l'avenir des inoculations sous-scrotales et testiculaires de virus syphilitique après irritation faradique des pédicules vasculo-nerveux spermatique et déférentiel. — MM. P. Gastinel, R. Pulvenis, J. Delarue et P. Collart. Le courant faradique appliqué sur les pédicules vasculo-nerveux du testicule agit de façon telle que le greffon n'évolue pas ou n'aboutit qu'à une lésion modifiée, celle-ci étant de dimensions réduites ou présentant d'une façon très rapide un caractère ulcéreux d'intensité exceptionnelle.

De tels résultats peuvent être comparés à ceux obtenus par certains agents physiques, mais dans les recherches des auteurs il ne s'agit plus d'applications répétées, et le rôle dévolu au système organo-végétatif excité à distance permet d'invoquer un mécanisme réactionnel tissulaire alerté par la faradisation bien plus qu'une intervention directe sur les agents virulents.

Le comportement des syphilomes expérimentaux après irritation faradique des pédicules vasculo-nerveux du testicule. — MM. P. Gastinel, R. Pulvenis, J. Delarue et P. Collart. De telles excitations peuvent modifier l'évolution d'un syphilome au même titre que celle d'un greffon inséré avant la faradisation.

Tantôt arrêt du processus lésionnel, tantôt, au contraire, production d'une lésion à type hyperergique ; le point essentiel étant la modification artificielle du terrain expérimentalement obtenue, permettant ainsi de réaliser soit des états réfractaires régionaux, soit des hypersensibilités locales.

Variations expérimentales de l'élimination soufrée chez un chien soumis à un régime alimentaire fixe. — M. J. Gosset et Mme S. Delauney, étudiant ces variations, constatent que : 1) une anesthésie simple à l'éther, une hyperthermie à 39°9 n'entraînent aucune élévation du S urinaire ; 2) un traumatisme musculaire causé par l'écrasement du muscle in situ provoque une augmentation du S urinaire atteignant 250 % de sa valeur primitive.

Comparant ensuite le muscle intact et le muscle traumatisé, ils constatent que ce dernier accuse une teneur en ce métalloïde inférieure de 35 % à la teneur du premier.

L'hyperélimination soufrée semble ne pas être le témoin de seuls troubles hépatiques ou rénaux, mais relever également du traumatisme tissulaire.

Injection intraveineuse continue d'insuline chez l'homme : recherche de la dose limite. — MM. A. Baudouin et J. Lewin. La dose minima de l'hormone qui produit un abaissement du sucre sanguin (dose limite) oscille entre 0,01 et 0,02 unités internat. par g. et par heure.

Courbe de production d'imidazols voisins de l'histamine dans quelques cultures microbiennes. — MM. Lœper, Duchon, Lesure et A. Thomas. La quantité des imidazols dans ces cultures peut atteindre des chiffres élevés pour le pyocyanique, assez faibles pour le typhique, presque nuls pour le coli. Elle est particulièrement intense avec le putrificus. Leur production évaluée en histamine suit une courbe ascendante les premières semaines, puis diminue.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 14 mai 1936)

Diverticule vrai de la troisième portion du duodénum. — M. Castay présente une observation qui démontre la nécessité de pratiquer à l'occasion de tous les syndromes douloureux épigastriques, des radiographies prises systématiquement dans les diverses positions ; dans le cas particulier, le diverticule n'était visible qu'en pro-décubitus latéral droit.

Note au sujet de l'incorporation des recrues indigènes dans un détachement de tirailleurs algériens. — M. Dassonville rapporte les suggestions qui lui furent inspirées par l'incorporation d'une fraction du contingent indigène de la classe 1935, et souhaite une liaison plus étroite entre les services sanitaires civils et militaires d'Algérie.

La mort subite dans les sinusites. — Ayant observé un cas de mort subite par méningite aiguë latente au cours d'une sinusite à symptomatologie fruste, MM. Rey et Lapeyre, rappellent les complications que déterminent les sinusites du côté des méninges et de l'encéphale : les formes médico-légales étant l'abcès du cerveau latent, la méningite suraiguë et la méningite aiguë latente.

Forme pseudo-tuberculeuse d'un abcès du poumon à son début. — MM. Tête et Culty rappellent que chez certains sujets à antécédents pulmonaires douteux, des abcès du poumon à leur phase de début orientent parfois le diagnostic vers une pneumopathie tuberculeuse aiguë. En l'absence de vomique, la fétidité de l'haleine et des crachats peut cependant permettre de soupçonner un abcès que des examens radiologiques doivent préciser. Les abcès du poumon à forme pseudo-tuberculeuse représentent une modalité clinique que la symptomatologie, appuyée par des recherches bacilloscopiques et radiologiques, permet d'individualiser.

A propos d'un cas d'abcès du poumon chez un ancien tuberculeux. — MM. Culty et Cousty rapportent l'observation d'un tuberculeux fibreux ancien, ayant présenté une suppuration aiguë de la base droite sans la moindre poussée évolutive bacillaire. Ils soulignent la rareté de ce cas et l'influence en apparence favorable du terrain tuberculeux sur l'évolution de la suppuration vers la guérison.

Un cas de syphilis imméritée. — MM. L. Jame, Mauvais et Fonteix présentent l'observation d'un enfant de deux ans, présentant un chancre induré de la paupière inférieure, contaminé par son père, porteur d'accidents syphilitiques secondaires.

A propos d'un cas de leucémie leucopénique. — MM. Hugonot et Crosnier rapportent un cas de leucémie aiguë leucopénique, qui fut caractérisé hématologiquement après une phase initiale de leucocytose modérée, par une anémie légère avec leucopénie, un nombre élevé de cellules jeunes de Türck (jusqu'à 49 % des éléments blancs). Les auteurs discutent les rapports de la leucémie aiguë leucopénique avec l'agranulocytose. Ils envisagent également la signification de la cellule de Türck, qu'ils considèrent comme voisine de l'hémocytoblastose.

Acrocyanose et spasmes vasculaires. — M. Liscoet a observé un sujet hypersympathicotonique, dyspeptique et atteint d'insuffisance hépatique, chez lequel l'examen décèle une acrocyanose permanente, surtout marquée aux mains et au nez ; sur cet état chronique, viennent se greffer des crises caractérisées par la disparition de la vision de l'œil droit et une hémiparésie droite précédée de fourmillement

douloureux. L'auteur fait rentrer ces manifestations dans le cadre des « troubles angiocriniens ».

Résultat de l'essai à la chambre à gaz « des lunettes à porter sous un masque protecteur ». — M. J. SEXE.

Abcès amibien du foie. — MM. PERRIGNON (de Troyes) et DU BOURGUET.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 11 MARS 1936)

Hémorragies gastro-duodénales et régime alimentaire. — M. Gaston DURAND s'élève contre les régimes trop larges donnés systématiquement d'emblée, et contre les régimes trop déficitaires maintenus trop longtemps. En dehors d'un petit nombre de cas spéciaux précisés par l'auteur, la diète initiale peut être ramenée à 1 ou 2 jours.

Ce sont des raisons théoriques, plus que pratiques, qui font préférer tel aliment à tel autre, — en dehors du lait — comme aliment de départ. On peut presque toujours dès le 2e ou 3e jour commencer par du lait condensé sucré et des blancs d'œuf cru.

Avec le contrôle de durée de l'hémorragie (grands lavements chauds quotidiens, puis recherche de l'hématine dans les selles), on peut arriver vers le 10e jour à une alimentation lacto-ovo-farineuse déjà suffisamment énergétique qui sera encore élargie au cours de la 3e semaine.

Le dosage de la folliculine en clinique ; technique ; indications générales. — M. H. SIMONNET signale que dans l'état actuel, la seule méthode de dosage utilisable en clinique est la méthode biologique. L'auteur donne les techniques de concentration de l'hormone à partir du sang et de l'urine. Il indique de quelle façon le titrage doit être pratiqué. Après avoir rappelé les taux normaux de la folliculine sanguine et urinaire, il indique à quel moment les prélèvements doivent être pratiqués pour en réduire le nombre au minimum, tout en obtenant le maximum de renseignements. Il discute ensuite la signification des résultats que l'on en peut obtenir et la manière générale de les interpréter dans les troubles menstruels (aménorrhées, hypoménorrhées, oligoménorrhées, tension pré-menstruelle, ménorragies et métrorragies). Il indique de quelle utilité le dosage de la folliculine peut être, chez les femmes normalement réglées mais stériles, et au cours de la grossesse.

Incompatibilités pharmaceutiques de certains analgésiques et antithermiques. — M. R. HUERRE fait observer que l'on ne peut réaliser l'association stable de l'exalgine, de la phénacétine, du benzoate de soude, de la caféine et de la salipyrine. La substitution du salicylate basique de quinine à la salipyrine détruit l'incompatibilité.

Aurothérapie intra-trachéale par voie rhinobronchique. — M. Georges ROSENTHAL, dans le traitement de la laryngite bacillaire, utilise la technique rhinobronchique scuroformée pour l'aurothérapie. La diminution des crachats et leur épuration s'ajoutent à l'action inhibitrice de l'or sur le développement du bacille de Koch.

Asthme nasal et médication parathyroïdienne. — M. G. PARTURIER signale quatre observations d'asthme nasal (trois femmes, un enfant de 10 ans) amélioré au point d'être considéré comme guéri par la paratyrone en injection — en ingestion per-os — en suppositoire avec un traitement local de pulvérisation d'hormone).

Ces résultats favorables semblent attribuables, d'une part à l'action antispasmodique de la paratyrone, d'autre part à son action anti-choc — anti allergique.

Traitement de Bridault et topiques végétaux. — M. A. BRISSEMORET, après avoir rappelé qu'un ancien médecin militaire, Bridault, avait publié, il y a 134 ans, un traité sur la carotte, — recueil d'observations d'ulcères réputés cancéreux et incurables, — rapporte à son tour des observations récentes qui démontrent les propriétés hémostatiques, analgésiantes, détergeantes, et même épidermisantes de la pulpe de racines de carotte, employée dans des cas indiscutables d'épithélioma incurables du sein et de la face.

L'auteur essaie d'interpréter ces faits d'après la composition chimique de la carotte et les théories biologiques actuelles. Il justifie l'emploi fait autrefois des pulpes végétales et même animales employées comme topiques.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 29 MAI 1936)

Tétanos post-opératoire. Guérison. — MM. P. DAMBRIN, CAHUZAC et DE BRUX rapportent l'observation d'une jeune fille de 18 ans qui, opérée d'appendicite le 14 janvier 1936, fait un tétanos qui débute le 1er février. Guérison après 11 anesthésies chloroformiques et 1.040.000 unités de sérum, soit sous-cutané, soit intraveineux, soit intra-rachidien. Au point de vue pathogénique, ils distinguent le tétanos post-opératoire après intervention sur le tube digestif, le plus fréquent, et le tétanos après interventions variées, le plus souvent sur le membre inférieur où l'origine cutanée peut être invoquée.

Lithiase de la glande sous-maxillaire. — MM. P. DAMBRIN et LAURENS présentent une observation (avec pièce opératoire et radiographie) de lithiase du canal et de la glande elle-même, avec calculs multiples intra-glandulaires, qui s'était manifestée cliniquement par une suppuration sous-maxillaire.

L'appui cranien dans le traitement des fractures transversales du massif facial. — MM. CADENAT et BOISNIÈRE montrent l'appareillage utilisé dans les disjonctions craniofaciales. Casque plâtré de Durcissac, appareil intra-buccal moulé sur les dents du maxillaire supérieur. Ces deux parties reliées par des tiges verrouillées sur le casque.

La réduction terminale a été parachevée en laissant agir l'engrènement normal des dents avant la consolidation parfaite.

Les kystes fissuraires du maxillaire inférieur. — M. CADENAT. Après un rappel de l'étiologie et de l'anatomie pathologique de ces néoformations développées aux dépens d'inclusions embryonnaires au niveau des sillons faciaux, l'auteur présente une observation nouvelle de cette affection, intéressante parce que l'existence du kyste a été révélée par son inflammation aiguë à la suite d'un furoncle de la lèvre supérieure.

La vie médicale aux XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles, par le docteur Paul DELAUNAY, membre de la Société française d'Histoire de la médecine. — Un vol. grand in-8°, avec 114 illustrations. (Collection Hippocrate. Directeur, professeur Laignel-Lavastine). — Prix : 40 fr. — Le François, éditeur, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1935.

LIVRES NOUVEAUX

Duchenne de Boulogne (1), par Paul GUILLY.

C'est une figure bien originale et trop peu connue que celle de Duchenne de Boulogne ; nos habitudes contemporaines, ne connaissant que l'importance de l'œuvre, l'attribuent volontiers à un savant revêtu des attributs accoutumés de la science officielle.

Ce fut en réalité un modeste médecin de province qui, à 36 ans, eut le courage d'abandonner sa ville natale et une situation professionnelle déjà notable mais qu'il lui avait été bien dur de se créer. Il revient à Paris et se remet à l'école, en même temps qu'il mène une vie de praticien bientôt active. Ce vieil étudiant n'est cependant que peu favorisé des égards de ceux qui l'entourent dans tous les services de la Salpêtrière où il perfectionne son instruction, mais où il édifie de toutes pièces une science nouvelle. Peu à peu l'étudiant se révèle un maître, et bien des parties du monument qu'il a construit sont demeurées ce qu'elles étaient aux premiers jours. La réputation lui vient enfin, de plus en plus étendue, et auréole la fin d'une vie faite toute entière de ténacité et d'indépendance. Demeuré toute sa vie en marge des hiérarchies officielles, Duchenne de Boulogne n'a rien dû qu'à son mérite et à son originalité.

L'auteur étudie ensuite longuement l'œuvre, clinique, physiologique, technique, artistique même à certains égards, et s'arrête après une étude synthétique qui place l'homme et l'œuvre à leur juste place dans l'évolution de la médecine et de la neurologie françaises.

On lira avec attachement cette belle étude, biographique et neurologique, où tout s'inspire des meilleures disciplines intellectuelles.

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DE LA PLEVRE ET DU POUMON PAR ARMES BLANCHES

SIGNES — DIAGNOSTIC — TRAITEMENT (2)

EVOLUTION

L'évolution habituelle des plaies pleuro-pulmonaires par armes blanches, plaies pénétrantes de poitrine à *thorax fermé*, se fait vers la résorption de l'épanchement sanguin et la *guérison* sans séquelles.

Des examens réguliers suivent cette évolution, mais ils restent prudents, rapides, limités à la partie antérieure du thorax, pour éviter une reprise de l'hémorragie.

Signes fonctionnels. — La dyspnée décroît rapidement. L'expectoration diminue, et à l'hémoptysie de sang rouge succèdent des crachats noirâtres.

Signes généraux. — Le visage se recolore, le pouls et la tension artérielle se sont relevés à la normale.

Une *élévation thermique* aux environs de 38° est habituelle (fièvre de résorption sanguine), mais elle ne présente aucune oscillation et tombe progressivement à la normale.

Localement. — La *plaie* se cicatrise normalement.

Les signes d'épanchement régressent régulièrement : diminution de la matité, réapparition du murmure vésiculaire, d'abord affaibli, puis qui reprend son amplitude normale.

Parallèlement à l'évolution clinique, les *ponctions* de l'épanchement permettent de suivre son évolution. Le liquide épanché reste *incoagulable*, mais des modifications apparaissent :

— *Hémolyse*, atteignant son maximum vers le cinquième jour, durant 10 à 15 jours, et donnant une coloration rosée au liquide de sédimentation ;

— Apparition de *pigments biliaires* marchant de pair avec la disparition de l'hémoglobine ;

— Modifications *cytologiques* caractérisées par une réaction macrophagique et de l'éosinophilie.

La résorption de l'épanchement se fait sans ponction évacuatrice en quinze ou vingt jours. Mais si on ponctionne vers le dixième ou le douzième jour, le plus souvent aucun liquide ne se reproduit.

Toutefois, il s'en faut que l'évolution de ces plaies pleuro-pulmonaires par armes blanches soit toujours aussi schématiquement régulière vers la guérison. Elle peut être coupée par des :

Accidents évolutifs. — 1. REPRISE DE L'HÉMORRAGIE. — Soit spontanément, soit à la suite d'un effort, d'un mouvement :

La dyspnée reparaît, le blessé pâlit, le pouls s'accélère ;

L'hémoptysie reprend, faite de sang rouge spumeux ;

Un examen rapide suffit à montrer que la matité s'est étendue en hauteur.

Cette éventualité demande, comme au début, une immobilisation totale, un calme absolu que donnera une piqûre de morphine. Le plus souvent, on verra encore une fois se calmer tous les signes alarmants, et l'évolution normale n'aura été que retardée par cet incident. Plus rarement, les signes d'hémorragie interne continuent, et le problème de thérapeutique est le même que dans les formes graves d'emblée.

2. PLEURITE EXSUDATIVE ET PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE. — Dans certains cas, l'épanchement reste stationnaire, se reproduit après ponction, ou même augmente progressivement.

L'amélioration de l'état général, rapide dans les premiers jours, ne fait plus de progrès, la fièvre s'élève à 38°-38°5.

Le blessé sent toujours une petite gêne thoracique, l'effort, même léger, provoque de la dyspnée, qui revient aussi par crises nocturnes sans cause apparente.

Le *liquide* retiré à la ponction exploratrice change de caractères vers le dixième, quinzième jour, et il se sépare en deux parties :

— Le sédiment globulaire rouge, très diminué ;

— La sérosité teintée d'un jaune verdâtre et dans laquelle apparaît un *réticulum fibrineux* traduisant une réaction exsudative pleurale. A un degré de plus, un coagulum fibrineux enserre dans ses mailles les globules rouges : il s'agit d'une véritable pleurésie séro-fibrineuse hémorragique.

Peu à peu, cependant, en un mois, six semaines, tout rentre dans l'ordre après une ou plusieurs ponctions évacuatrices.

3. EPANCHEMENTS HÉMOLYSÉS RÉCIDIVANTS. — C'est une éventualité beaucoup plus rare, dans laquelle les ponctions successives montrent toujours un épanchement sanglant incoagulable, hémolysé, qui se reproduit avec ténacité pendant deux ou trois mois pour, finalement, guérir complètement.

(*A suivre.*)

J.-N. COURVOISIER.

(1) Paris 1936, J.-B. Baillière et fils.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 57, p. 1022.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT

N° 60. — SAMEDI 25 JUILLET 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Après concours M. le docteur Pierre Laumonier a été nommé chirurgien adjoint des hôpitaux.

HÔPITAUX DE TUNIS. — Après concours, M. le docteur Bonan a été nommé chef de service à l'hôpital Ernest Conseil; M. le docteur Lamarche a été nommé médecin-chef du service de neurologie à l'hôpital civil français; M. le docteur Benmussa a été nommé médecin-chef de service à l'hôpital civil français.

HÔPITAL SAINT-MICHEL (Paris). — Un assistant est demandé au service de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Michel. Trois matinées par semaine. 300 fr. par mois. Nomination après 6 mois de stage dont 3 payés. Ecrire en envoyant titres au docteur Maurice Delort, 1, place d'Iéna, Paris (16e).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — La chaire de chimie biologique de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université d'Alger est déclarée vacante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours pour l'emploi de chef de travaux de bactériologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira, le jeudi 5 novembre 1936, au siège de ladite école.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. René Beckers (de Bruxelles) vient de recevoir la croix d'officier de l'ordre de Léopold II. Nous sommes heureux d'adresser nos très affectueuses félicitations au brillant secrétaire général des Journées médicales de Bruxelles.

LA VACCINATION ANTITÉTANIQUE OBLIGATOIRE DANS L'ARMÉE. — M. Daladier, ministre de la Défense nationale, a fait approuver par le Conseil des Ministres un projet de loi rendant obligatoire dans les armées de terre, de l'air et de mer la vaccination antitétanique.

MÉDAILLE DU DOCTEUR PASTEAU. — M. Pasteau doit présider le Congrès français d'urologie d'octobre 1936. Le Conseil d'administration a pensé que nulle occasion n'était plus favorable pour lui témoigner la reconnaissance de l'Association dont il a assumé le secrétariat pendant trente ans.

Au cours du Congrès, à une date qui sera ultérieurement fixée, sa médaille exécutée par le Maître graveur Dammann, Grand prix de Rome, sera remise au docteur Pasteau. Nous avons pensé que nombreux seraient les amis qui voudraient se joindre aux membres de l'Association française d'urologie.

Toute souscription de 100 fr. donnera droit à une reproduction de la médaille.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599), ou mandat, au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

A LA MÉMOIRE DE GOLGI. — Un monument à la mémoire de Camille Golgi, l'illustre neurologiste et histologiste italien, a été inauguré à l'université de Pavie en présence de S.A.R. le Prince de Piémont.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Bourcet, ex-chef de laboratoire de la faculté de médecine de Paris, décédé à Houdan (S.-et-O.); Louis Champagne à Vernouillet.

Croisière médicale franco-belge des grandes vacances 1936. — Répondant au désir qui lui a été exprimé, le Comité a décidé que la 23e croisière serait organisée à bord du paquebot de grand luxe *Foucauld* (15.000 tonnes), qui a déjà effectué les 16e, 18e et 21e croisières médicales franco-belges, et dont la réputation n'est plus à faire dans les milieux médicaux.

Le voyage aura lieu du 1er au 25 août, vers les Shetland, les fjords de Norvège, le Spitzberg, le Cap Nord et retour par les capitales scandinaves. Itinéraire : Dunkerque, Lerwick (Shetland), Odda, Molde, Digermulen-Troll, Tromsoe, Magdalena Bay, Cross Bay, Kings Bay, Temple Bay, Advent Bay, Ile de l'Ours, Cap Nord, Hammerfest, Lyngseidet, Narvik, Oye, Merok, Bergen, Oslo, Copenhague, Dunkerque. Prix depuis 2.000 francs français pour 25 jours de navigation. Réduction de 5 % aux médecins et à leurs familles, qui en feront la demande de notre part, *directement*, à la Section des Croisières de *Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS ET LA LOI POMARET

La loi Pomaret vient de donner lieu à une protestation unanime de la part de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Après les ordres du jour des Syndicats de la Seine et de la province, après ceux des étudiants en médecine et en particulier de ceux votés par l'Association corporative qui mène courageusement le bon combat contre l'œuvre néfaste de M. Pomaret, cet ordre du jour aura un grand retentissement.

Ajoutons qu'au cours de la discussion, des documents *inédits* ont été versés au dossier de la Confédération. Nous aurons certainement l'occasion d'en reparler. L'ordre du jour suivant, rédigé par le Dr Cibrie, a été voté par acclamation et il a été décidé que toutes mesures seraient prises pour mettre en échec le projet inspiré de Moscou.

MAURICE MORDAGNE.

ORDRE DU JOUR

Le Conseil d'Administration de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, réuni le 19 juillet 1936, 95, rue du Cherche-Midi, après examen de la proposition de loi N° 151 « tendant à assurer le placement immédiat et régulier de la jeunesse française »,

1° Déclare inadmissible qu'une proposition de loi de cette importance, visant l'exercice de la médecine, et touchant gravement à l'exercice libre d'une profession jusqu'à ce jour qualifiée de libérale, ait pu être déposée sans que la profession médicale organisée, représentée par la Confédération des Syndicats Médicaux, ait été consultée ;

2° S'opposera de façon absolue, et par tous moyens, à la cessation imposée de l'exercice professionnel à l'âge de 65 ans, pour les médecins praticiens ;

Accepterait par contre, le système de la retraite facultative appelée à donner d'ailleurs des résultats pratiquement suffisants — ceci sous la réserve que l'obligation du versement annuel sera rendue légale et que la collection des versements sera faite par les agents du Trésor (les quotités étant fixées par la profession organisée elle-même) ;

3° Estime que les naturalisations des médecins ou étudiants étrangers doivent être dès maintenant arrêtées. Il serait en effet inadmissible que soient mis à la retraite des médecins français à l'effet de faire de la place pour des médecins étrangers ;

4° Insiste pour que la répression de l'exercice illégal et du charlatanisme médico-pharmaceutique soit exercée avec une rigueur plus grande que ne le comportent les dispositions de la proposition de loi.

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

L'attention du Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine a été attirée sur une note parue dans le Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris du 1er juillet 1936 (note N° 111, 24 avril 1936).

M. Vassart, conseiller général, y attire l'attention de M. le Préfet de la Seine sur le fait que « certains médecins appelés par les assistés ne se dérangeraient qu'après « insistance de la part des intéressés ou le feraient si tardivement que la famille du malade se verrait dans l'obligation de recourir à un autre praticien, inscrit sur la « liste d'assistance médicale gratuite ».

Nous ne pensons pas que cette allégation soit réellement fondée ; au reste ce serait affaire entre le médecin intéressé et la Commission préfectorale de Contrôle de l'A. M. G. Ce que nous savons, c'est que certains assistés invoquent parfois une urgence que rien ne justifie ou croient pouvoir exiger des soins plus ou moins répétés qu'en conscience le médecin ne saurait leur accorder.

Le Conseil d'Administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine invite, dans ces cas, le confrère intéressé à refuser ses soins à l'assisté et à adresser en même temps un avis motivé au bureau d'assistance. (*Communiqué.*)

La Fédération des Syndicats Médicaux de la Seine met en garde les médecins contre les sollicitations dont ils peuvent être l'objet de la part de certaines publications : sous prétexte de faire de la propagande à l'étranger, elles publient des notices sur la carrière et les travaux scientifiques de certains médecins ; ces publications constituent au premier chef une réclame déguisée contraire aux principes d'une saine déontologie et condamnée par les groupements médicaux au même titre que la collaboration aux journaux dits de vulgarisation. (*Communiqué.*)


UNE NOUVELLE FORME DE LA
BULGARINE
Adultes et enfants : XX gouttes
Enfants de moins de 3 ans et nourrissons : X gouttes
4 fois par jour
GOUTTES DE BULGARINE
BULGARINE THÉPENIER
LABORATOIRE DES FERMENTS
THÉPENIER
GOUTTES DE BULGARINE
BULGARINE
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DR. THÉPÉNIER
10, RUE CLAPEYRON - PARIS 8e

REVUE GENERALE

PHYSIOPATHOLOGIE DE LA PTOSE GASTRIQUE

ET DES MANIFESTATIONS CLINIQUES QUI L'ACCOMPAGNENT [1]

Par M. A.-C. GUILLAUME.

Les états pathologiques associés à des ptoses. — Beaucoup de sujets ptosiques n'ont pas de troubles et la ptose n'est chez eux rien autre chose que l'indication d'une disposition dégénérative corporelle constitutionnelle.

D'autre part, la ptose gastrique a été observée chez l'enfant par Albu et Küttner dès la première année. Or, cliniquement, les troubles ptosiques se manifestent beaucoup plus tard. D'autres, cependant, nient l'existence d'une ptose avant l'adolescence.

Mais chez d'autres ptosiques vont survenir, à partir de l'adolescence, des troubles que l'on nomme complications : coudures ou torsion des organes creux, insuffisance motrice de l'estomac, constipation habituelle, et surtout une irritabilité et une sensibilité nerveuse et psychique anormales, qui prédisposent les sujets aux névroses avec localisation prédominante dans les organes abdominaux. C'est chez les ptosiques de type asthénique que l'on trouve la plus grande partie des dyspepsies nerveuses. Cela ne permet pas non plus de rapporter les troubles moteurs de l'estomac à la ptose, puisque les troubles névropathiques sont associés à la constitution asthénique.

On a attribué à la ptose gastrique un rôle prédisposant au volvulus de l'estomac (Von Haberer, Kocher), à la ptose intestinale un rôle dans l'occlusion artério-mésentérique (Von Haberer, Wortmann, Melchior), à la coudure duodénale (Mayerhofer). On lui attribue surtout des troubles fonctionnels gastriques et intestinaux et des douleurs abdominales, Wenckebach lui attribue même une déformation thoracique, le thorax piriforme, qui serait associé à une entéroptose et à la parésie diaphragmatique avec développement de la partie haute du thorax et rétrécissement de sa partie basse, la respiration serait surtout cervicale et thoracique supérieure, avec absence de respiration thoracique basse et abdominale. La congestion du foie est aussi attribuée à la ptose, car, dit-on, le diaphragme ne joue pas son rôle d'exprimer le sang hépatique et de faciliter la circulation du cœur. Ces troubles circulatoires (Mathes) expliqueraient les hémorroïdes fréquentes dans ces cas. Schulz a constaté des troubles circulatoires chez les ptosiques (stases sanguines et réplétions dans la circulation abdominale).

Devant tous ces troubles observés, on est obligé de penser à la possibilité de retourner le problème, de se demander si les phénomènes morbides observés chez les ptosiques présentant de tels troubles, ne se suffisent pas à eux-mêmes, si ce sont eux qui donnent à la ptose une apparence pathologique qu'elle n'a pas.

En tout cas, il est impossible de juger du rôle pathologique éventuel des ptoses sans étudier auparavant les phénomènes moteurs pathologiques qui sont observés dans l'estomac.

En particulier, sans une connaissance précise des phénomènes d'atonie gastrique, on ne peut juger du rôle de la ptose en pathologie.

L'atonie de l'estomac. — Le trouble moteur fondamental et qui se rattache aux conditions constitutionnelles est l'atonie chronique, bien décrite par Stiller, désignée également par Küttner sous le nom d'*Insuffisance péristolique chronique.* L'atonie gastrique est donc cette débilité de la fonction péristolique ou perte de l'aptitude de la musculature gastrique à s'adapter au contenu gastrique, à se rétracter sur ce contenu, quelle que soit son importance et à se maintenir égale à elle-même pendant tout le temps de l'évacuation gastrique. Stiller attribue à cette atonie gastrique la valeur d'un symptôme important, l'un des principaux symptômes de l'état constitutionnel asthénique. La traduction clinique de ce symptôme est le *bruit de clapotage.* Il en était au moins ainsi à l'époque où l'on ne disposait pas des méthodes d'exploration radiologique. Ce sont ces méthodes qui, actuellement, permettent de juger de l'atonie et d'en mesurer le degré.

Le mode de remplissage de l'estomac dépend de l'état du tonus, c'est-à-dire de la *fonction péristolique.* Quand la fonction péristolique est déficiente, le repas descend en chute libre jusqu'au fond de la partie verticale, se ramasse dans cette partie déclive, étire l'estomac, puis vient le remplir en élevant le niveau de bas en haut et l'aspect du repas contenu dans l'estomac (contenant et contenu) est alors celui d'une masse en forme de poire ou de sablier, plus large en bas qu'en haut. Dans le cas d'un estomac avec bonne fonction péristolique, le repas débouche de l'œsophage dans la partie haute de l'estomac où il reste et s'amasse en boule, puis lentement il coule dans la partie verticale, comme si le contenu gastrique devait pénétrer par force et faire sa voie en repoussant les parois de l'estomac ; le remplissage se fait donc, alors, de haut en bas.

Ces faits, bien montrés par Leven et Barret, constituent l'élément essentiel de l'étude radiologique des phénomènes d'atonie de l'estomac.

L'aspect de la poche à air gastrique est aussi un moyen d'appréciation ; il varie, avec le tonus de l'estomac, entre deux aspects extrêmes, celui d'une boule aplatie de haut en bas (Hypertonie) et celui d'une poire allongée verticalement (Hypotonie).

Au début des états d'atonie on observerait seulement des signes de fléchissement et d'hypotonie musculaire : un estomac chargé d'un repas opaque est tout d'abord normal, puis après un quart d'heure de position debout il se laisse étirer, montrant ainsi la débilité de sa fonction péristolique.

L'augmentation progressive des troubles du tonus produit d'abord les aspects d'hypotonie, puis d'atonie de plus en plus marquée, indiqués par Schlesinger ; l'étirement progressif de la partie moyenne du corps de l'estomac (allant jusqu'à l'aspect filiforme), l'aug-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit*,, 1936, n° 58, p. 1029.

mentation de hauteur du bas fond gastrique (de la petite à la grande courbure) sont des aspects d'atonie. Gutmann remarque, dans ces formes d'atonie, que « la distance qui sépare le cardia du pylore reste partout sensiblement égale ». Ceci est en contradiction avec l'opinion de la plupart des radiologistes, de Carman en particulier. La hauteur du niveau supérieur du liquide dans l'estomac est aussi une façon d'apprécier le tonus de l'estomac. Dans un estomac de tonus normal, le niveau varie peu, la tension des parois et celle de la poche à air, la force expansive du liquide, s'équilibrent pour maintenir le niveau constant.

Hurst dit justement : « La distance entre le niveau gastrique et le diaphragme est une bonne mesure du tonus musculaire ». L'abaissement de ce niveau mesurerait le degré d'hypotonicité.

Schématiquement, on peut dire : L'atonie gastrique se traduit radiologiquement par une poche à air relativement volumineuse, un contenu amassé dans la partie basse de l'estomac, un estomac allongé, étiré, distendu à sa partie déclive par le contenu, un retard de l'évacuation.

La dilatation et la distension passive. — A l'atonie on rapporte la *dilatation*, mais il faut préciser la valeur du terme dilatation.

Gutmann écrit : « La dilatation est un mot que l'on emploie trop souvent au sens clinique ; c'est une simple constatation radiologique. L'estomac dilaté est celui qui, comme aboutissement d'une atonie de plus en plus marquée, ne réagit plus sur son contenu. Lorsque cet état est à son maximum, on note, quand on fait, sous l'écran, absorber de la baryte, non plus le niveau constant plus ou moins fixe, mais le remplissage graduel ; le niveau s'élève proportionnellement à la quantité absorbée, comme cela se passe quand on verse un liquide dans un récipient inerte ».

En fait, le mot dilatation est à rejeter même radiologiquement, car il évoque l'idée d'un phénomène actif ; en réalité, il s'agit d'un phénomène passif, ce n'est pas une dilatation que l'on observe, mais une *distension passive*.

L'atonie partielle. — Ainsi l'atonie gastrique est un trouble moteur qui ne porte pas sur la partie pylorique, mais sur la partie cavité de remplissage de l'estomac, le *saccus digestorius*.

Schlesinger distingue même, dans les états d'atonie, des états limités à un groupe seulement de fibres, les *fibres longitudinales* ou les *fibres circulaires*. L'estomac allongé mais pas étalé à sa partie déclive serait l'effet d'une atonie des fibres longitudinales, l'étalement en largeur serait l'effet d'une atonie des fibres circulaires.

L'insuffisance d'évacuation gastrique. — En dehors de ces constatations radiologiques, l'atonie gastrique peut être sans symptômes, *car on peut admettre l'existence d'une atonie gastrique pure, sans altération importante de la force évacuatrice de l'estomac.*

L'association, sous des influences extérieures, de troubles du péristaltisme, produit cependant des troubles fonctionnels qui se présentent cliniquement sous l'aspect d'une *insuffisance aiguë ou chronique de l'évacuation* ; en dehors, naturellement, des cas où un obstacle mécanique du pylore perturbe le temps d'évacuation.

Le phénomène initial est l'atonie, et l'hypopéristaltisme est un phénomène secondaire.

Le rôle pathologique de l'atonie et ses rapports avec l'insuffisance motrice. — La discussion sur le rôle pathologique éventuel du phénomène ptose (phénomène anatomique statique) doit donc être reprise à propos du phénomène atonie (aptitude à la rétraction) et du phénomène insuffisance contractile péristaltique (phénomène dynamique).

J.-C. Roux écrit : « Par elle-même, l'atonie gastrique ne constitue pas une maladie. Quantité d'individus ont un estomac atone et pourtant n'éprouvent aucun malaise, mais l'atonie indique pourtant un état anormal qui prédispose à d'autres troubles moteurs plus considérables. Cette insuffisance musculaire apparaîtra chez ces malades prédisposés sous l'action de causes adjuvantes assez variées ».

Ces causes qui peuvent intervenir pour produire *l'insuffisance motrice* sont les excès alimentaires quantitatifs et qualitatifs. L'atonique a un estomac délicat, toutes les cuisines ne peuvent lui convenir, il ne s'accommode pas non plus des heures irrégulières. Mais si des repas excessifs, trop rapidement avalés, peuvent produire l'insuffisance motrice, l'alimentation habituellement insuffisante intervient d'une façon encore plus certaine ; on pense que cette sous-alimentation a pour effet d'exagérer le nervosisme et, par l'amaigrissement, de léser le muscle gastrique lui-même, ou les muscles des parois abdominales. Les affections cachectisantes ont la même action.

Plus que les irrégularités alimentaires, les désordres nerveux sont une cause de production de l'insuffisance motrice gastrique chez les atoniques.

J.-C. Roux écrit : « Les atoniques sont, par définition même, des êtres faibles, à capital nerveux insuffisant. Le travail, surtout s'il est lié à des préoccupations obsédantes, les chagrins, les excès de tous ordres, entraînent un affaiblissement général, qui est également la cause de la distension du muscle gastrique. »

La constitution atonique. — Il y avait une constitution ptosique, il y a aussi une constitution atonique, d'ailleurs bien semblable.

L'atonie (ou l'hypotonie) gastrique est observée très souvent chez des sujets d'aspect étiré, tout en longueur, sans pannicule adipeux, au cou long, au thorax long et étroit, aux épaules tombantes avec omoplates saillantes, aux membres allongés avec une musculature peu développée.

La partie sous-ombilicale de l'abdomen est saillante, la partie sus-ombilicale est déprimée avec un rebord costal saillant et dessiné. Tout le système musculaire est atone et ralenti. Le cœur est petit, globuleux et presque médian. Le système vasculaire est de faible calibre. Les organes de l'abdomen ont des tendances à la ptose. L'estomac est long et disloqué. On s'accorde à reconnaître que cette constitution est un

terrain sur lequel se développent beaucoup d'affections digestives.

Rapports de l'atonie avec la ptose et la dolichogastrie. — J. C. Roux admet qu'il existe des ptoses sans atonie : « L'atonie gastrique s'associe en général à un certain degré d'abaissement de l'estomac. Mais la ptose de l'estomac peut aussi, comme nous l'avons vu, se réaliser sans atonie et sans insuffisance musculaire et entraîner par elle-même un certain nombre de troubles tenant uniquement à la dislocation des viscères abdominaux ; c'est ce que l'on peut observer dans les ptoses consécutives au relâchement de la paroi abdominale, à l'usage du corset ou de vêtements serrés à la taille, à une anomalie de constitution ».

Gutmann écrit : « On peut observer des dolichogastries sans ptose, sans atonie et sans aucun trouble fonctionnel. On peut observer des ptoses sans aucun signe visible d'atonie. On peut observer de l'atonie sans ptose (atonie passagère, atonie avec estomac bien accroché et bien soutenu par les viscères abdominaux). Le plus souvent, le terrain sur lequel on observe ces troubles leur est commun ; ils réagissent l'un sur l'autre pour s'aggraver réciproquement. Aussi, bien que distincts dans leur essence, n'est-il pas étonnant qu'on les trouve en clinique, non pas toujours, mais le plus souvent réunis ».

Gutmann donne même une explication du passage de l'état normal à l'état pathologique, de la transformation d'une dolichogastrie en une ptose ; il admet l'existence d'un *estomac long normal* (estomac vertical, relativement étroit, moulé avec force sur son contenu, en forme d'hameçon, estomac situé surtout à gauche avec pylore un peu plus bas que normalement et également un peu plus à gauche que le pylore normal, le bas-fond peut dépasser la ligne iliaque) *sans qu'il existe aucun trouble dans la motricité, la tonicité, le chimisme et l'évacuation*. Gutmann admet, cependant, que *cette forme normale constitue une prédisposition à des troubles*, c'est un terrain local, une forme préptosique. L'estomac long normal est d'ailleurs observé chez des individus à mauvais développement général, ayant les caractères constitutionnels de l'habitus entéroptoïque. Sur un tel estomac, des modifications vont survenir, les unes dues au relâchement de la paroi gastrique elle-même (atonie), les autres à la déficience des moyens de fixation et de support de l'estomac et du duodénum (ptoses). Et ces modifications seront la cause de troubles.

L'estomac, déjà long, s'allonge encore vers le bas, et pourtant il se contracte normalement sur son contenu, c'est toujours l'estomac étroit mais de plus en plus allongé. C'est l'*estomac très allongé mais à tonicité normale*, suivant la désignation de Forsell.

Cet aspect serait dû, d'après Schlesinger, à l'étirement des fibres longitudinales, surtout soumises à l'action de la pesanteur, les fibres circulaires conservant longtemps encore leur tonus et maintenant ainsi la pression intragastrique. On peut, d'ailleurs, sur des estomacs ptosés et apparemment orthotoniques, reconnaître les *signes d'affaiblissement de la musculature*, les *premiers signes d'hypotonie*. Si l'on réexamine le malade, après l'avoir laissé debout un quart d'heure, la partie supérieure du corps gastrique s'est étirée un peu et amincie, tandis que la partie inférieure tend à s'élargir. Il s'agit d'un fléchissement encore temporaire de la tonicité, dû à la fatigue.

Lorsque l'estomac atteint un allongement assez considérable et plonge dans le petit bassin, il s'appuie sur les organes sous-jacents, se replie légèrement ; son axe prend alors l'aspect de ligne brisée.

L'hypotonie s'accentuant, on constate les aspects de la *grande atonie gastrique* et, ultérieurement, les *troubles caractéristiques du syndrome ptosique*. La dolichogastrie est ainsi devenue une ptose en passant par l'atonie.

C'est là une des explications de la production des ptoses ; il y en a d'autres.

Mécanisme de la production des ptoses. — Le mode de production de l'entéroptose est un problème qui a donné l'occasion, à beaucoup d'esprits très avisés, de donner une mesure de leurs facultés d'imagination et de leur ingéniosité.

Eppinger attribue l'entéroptose à un trouble de l'équilibre respiratoire dû à une prédominance des muscles inspirateurs. L'équilibre musculaire respiratoire ainsi détruit produirait l'abaissement progressif des viscères.

Kraus attribue l'entéroptose à l'étroitesse de configuration du thorax. On l'attribue également à la parésie et à l'hypotonie tissulaires, surtout des muscles abdominaux, mais également à des troubles conjonctifs et musculaires du parenchyme pulmonaire et des ligaments de fixation des viscères (infériorité physiologique des tissus d'après Tuffier).

On fait volontiers un complexe de tous ces éléments, combinant l'équilibre respiratoire (prédominance des inspirateurs qui abaissent le diaphragme) avec le relâchement de la sangle abdominale qui ne résiste pas à la dépression inspiratoire du diaphragme sur les viscères. On fait intervenir également une lordose avec une inclinaison en haut du bassin qui raccourcit les muscles abdominaux et les rend flottants. On attribue la chute de l'estomac à l'absence de résistance qu'éprouve l'organe à se laisser refouler en bas par suite des dispositions des os et des muscles de l'abdomen et du bassin. On fait intervenir aussi l'exiguïté de l'orifice thoracique inférieur.

Meinert rapporte l'estomac allongé et disloqué à la persistance d'une disposition fœtale. Avant la naissance, l'estomac est toujours vertical, très peu de temps après la naissance, et sous l'influence de l'alimentation, la position de l'estomac devient horizontale. C'est ce type qui persiste chez les paysans et chez les citadins du sexe mâle. Chez les femmes, au contraire, l'estomac devient vertical et ptosique.

L'adiposité du mésentère et le volume de l'intestin auraient un rôle ; l'amaigrissement et la rétraction de l'intestin, en réduisant le volume de la masse intestinale, auraient, d'après Wenckebach (sans intervention d'une parésie de la musculature abdominale) le rôle de créer une ptose, et Beneke aurait constaté l'existence d'organes de petit volume dans l'abdomen des sujets de constitution asthénique. L'infériorité physiologique des tissus aurait pour Tuffier le rôle

principal, en relâchant les muscles et ligaments et en expliquant la fréquence des hernies associées à la ptose.

A ces processus généraux, souvent hypothétiques, toujours complexes et confus, il faudrait ajouter des processus pathologiques particuliers.

Rôle des affections génitales. — Les phénomènes de ptose gastrique ont été associés à des *épisodes de la pathologie de l'appareil génital chez la femme*. L'apparition de troubles après des grossesses et des accouchements difficiles ou après l'ablation de tumeurs abdominales, est un fait. On peut expliquer le trouble par les modifications de la musculature abdominale et périnéale produites par le trouble génital. S'il existe des ptoses ou dislocations symptomatiques, celles qui seraient dues à ces atteintes de l'appareil génital sont les plus importantes. Mais Groedel a constaté chez les femmes sans troubles gastriques, tout au plus 50 % de sujets à estomac anatomiquement normal. On a même constaté que, dans ces cas, les fonctions sont normales dans la plupart des cas.

Rôle du poumon, du diaphragme et de la paroi abdominale. — Gutmann fait jouer *un rôle important aux atteintes tuberculeuses pulmonaires dans la genèse des accidents digestifs de la ptose*. Il a constaté la coexistence d'un abaissement du diaphragme gauche chez des sujets présentant de l'atonie gastrique et des signes de tuberculose hilaire. Altschull a constaté l'hypotonie diaphragmatique au cours de la tuberculose pulmonaire et dans certaines affections médiastinales.

Le *rôle de la parésie diaphragmatique et de la musculature abdominale pariétale sous l'influence d'une inhibition nerveuse réflexe*, apparaît probable.

Ces faits seraient un argument en faveur du rôle assigné au diaphragme (à la phrénoptose) dans les accidents de la ptose gastrique, par R. Glénard et par Keith.

D'ailleurs, Schurmayer aurait constaté un trouble très caractéristique du diaphragme dans les cas d'entéroptose. D'après Eppinger, cette configuration particulière du diaphragme dans les cas de ptose, ne serait pas la conséquence, mais la cause de la ptose rénale. Beneke et Mathes auraient constaté une diminution de l'élasticité pulmonaire avec des poumons gros et allongés.

Tout ceci montre surtout que *la ptose n'est pas un fait isolé d'un seul viscère de l'abdomen*, et qu'il existe, pour le moins, *une communauté de constitution viscérale*, qu'il existe aussi *des retentissements réflexes des organes abdominaux sur les organes thoraciques ou, à l'inverse, des organes thoraciques sur l'estomac et le diaphragme.*

Le rôle des réflexes est, dans la ptose, fort important. Si l'on attribue beaucoup à la déficience de la paroi abdominale, on n'a pas encore vraiment expliqué les raisons de son relâchement, sinon par l'étirement des fibres musculaires qui seraient forcées. Il apparaît que ces abdomens désanglés par l'atonie de leur musculature, ces *ventres chiffons*, sont beaucoup moins l'effet d'une destruction anatomique que celui d'un relâchement du tonus d'une musculature frappée de stupeur atonique par l'effet d'actions nerveuses psychiques ou réflexes.

Rôle de la névropathie et des tiraillements sur les nerfs. — S'il insiste sur la nécessité de ne pas oublier et méconnaître le rôle de la névropathie préalable des sujets dans la production des accidents attribués à la ptose mécanique des viscères, Mathieu explique le rôle pathogénique des ptoses viscérales et de l'hypotension abdominale par le *flottement* des viscères dans la cavité abdominale, *d'où des tiraillements sur les filets nerveux des plexus ganglionnaires ; l'irritation ainsi produite se traduirait par une hyperesthésie des organes ou par des troubles dans la contraction des parois musculaires du tube digestif*, en particulier du spasme pylorique. « L'excitation du système nerveux ganglionnaire peut retentir sur les centres nerveux cérébro-spinaux et la viciation des phénomènes digestifs peut retentir sur la nutrition générale ; de là le nervosisme plus accusé, la dépression générale, l'amaigrissement ; quelquefois l'endolorissement de l'abdomen devient très marqué, et l'on observe une intolérance de l'estomac qui se révèle par des douleurs ou par des vomissements. L'influence de la station debout et de la marche s'explique très bien par les tiraillements que produit, sur les filets nerveux des plexus ganglionnaires, la mobilité anormale des viscères. Mais tout ceci ne doit pas faire oublier que les ptoses abdominales peuvent être extrêmement marquées sans que les sujets en éprouvent aucune gêne appréciable. Des conditions accessoires sont donc nécessaires pour que ces ptoses donnent naissance à des manifestations symptomatiques localisées ou à distance. Souvent elles aggravent et entretiennent la dyspepsie sensitivo-motrice. Cette aggravation est surtout constatée chez les individus atteints de nervosisme vague, de neurasthénie ou d'hystérie. »

L'installation des troubles chez des ptosiques qui, jusqu'alors, ignoraient le rôle pathologique éventuel de leur ptose, dépend, d'après J. C. Roux, de deux facteurs d'importance variable suivant les cas : *l'intensité* (il serait préférable de dire le *degré d'importance*) *des ptoses, l'hyperesthésie du plexus solaire.*

« Des secousses chez un sujet debout peuvent, dans le cas de ptoses accentuées, produire des douleurs intenses et une vive sensibilité à la pression des plexus nerveux de l'abdomen. D'autre part, avec une vive hyperesthésie du plexus solaire, quelle que soit sa nature, des ptoses même légères seront senties douloureusement. L'hyperesthésie du plexus peut tenir à un état névropathique ou à une lésion organique, par exemple à un ulcère de l'estomac, mais les ptoses viendront aggraver les douleurs liées à la maladie primitive. En fait, le plus souvent, c'est lorsque la sensibilité des plexus abdominaux est devenue plus vive sous l'influence d'un état de dépression nerveuse, que l'on voit apparaître les symptômes douloureux tenant à l'abaissement des viscères abdominaux, l'état névropathique entraînant à la fois une augmentation de la sensibilité des plexus et une augmentation de la ptose atonique de l'estomac. » (J.-C. Roux.)

Le rôle de la stase intestinale et la théorie de Lane. — Les idées de Lane ont eu, voici quelques années, un immense retentissement, elles ont conduit à des opérations intestinales aujourd'hui abandonnées ou remplacées par d'autres. Le mérite de Lane reste donc certain, d'avoir, avec une interprétation des faits qui paraît erronée, montré le rôle de la stase intestinale et rappelé la conception de Bouchard sur les maladies par auto-intoxication.

C'est aux ptoses et aux coudures qui en sont la conquence que serait due la stase intestinale et celle-ci produirait à son tour des désordres profonds dans l'organisme, dont le moindre serait l'intoxication.

D'après Lane, *l'origine des troubles provient de la position du corps.*

Chez les civilisés, le tronc est maintenu dans la position verticale pendant tout le jour, la position couchée n'étant obtenue que la nuit, et même la position horizontale est modifiée par rapport à la position normale de la vie sauvage (position à plat sur le ventre).

Dans la position verticale, tous les viscères tendent à se déplacer en bas, vers ou dans le vrai pelvis. Dans la position à plat, sur le ventre, leur tendance est de tomber vers le haut et en avant, en dehors du pelvis. Si ces attitudes étaient conservées, les tissus de l'abdomen garderaient leurs rapports normaux entre eux et avec la paroi abdominale. L'attitude d'activité n'est pas suffisamment compensée par la position couchée de repos, il se produit des troubles dans la position des viscères, et tout particulièrement dans les organes affectés aux fonctions de drainage du tractus gastro-intestinal.

Le gros intestin est le dépotoir de cet appareil et puisqu'il retient son contenu, de consistance surtout solide, pendant un temps assez long, il est compréhensible qu'il soit le premier déplacé dans le cours de la vie. Le premier facteur de cette atteinte est le retard du transit dans le gros intestin.

Dès le début de la vie, il se constitue des renforcements dans le mésentère qui attache l'intestin. Cet effort de la nature tend à prévenir l'allongement de l'intestin et ces bandes ou ligaments acquis fixent l'intestin. Mais l'action de la pesanteur (et la traction qui en résulte) aboutit, malgré ces précautions naturelles, à l'allongement (l'étirement) du côlon. Le premeir allongement porte sur le côlon pelvien, ensuite le côlon gauche est modifié, puis la transverse et le côlon droit.

Mais l'effet de la pesanteur persistant, toutes ces parties sont de plus en plus allongées et prolabées et, à l'inverse, l'effort de la nature s'effectuant sur les lignes de résistance, les points d'attachement, en particulier les angles droit et gauche des côlons, et la dernière anse iléale, seront attirées vers le haut, remontées par l'effet de ces résistances acquises. Les deux efforts inverses de la pesanteur et de ces résistances plient les angles en accolant les deux branches du côlon de part et d'autre de la bande de fixation.

La chute du côlon transverse entraîne la grande courbure de l'estomac.

La ptose des organes (côlon et estomac) gêne leur fonctionnement et crée la stase intestinale colique, la distension duodénale, le spasme pylorique ; l'aboutissant de tous ces troubles serait l'ulcère gastrique. De plus, la chute et la torsion du cœcum et, d'autre part, la traction iléale vers le bas amènent une coudure de l'iléon sur une bride développée dans le mésentère comme une bande de renforcement (*bride de Lane*). *Cette coudure produirait une stase iléale avec dilatation et hypertrophie de la fin de l'iléon.* L'augmentation de la pesanteur dans le jéjunum produit une coudure de l'angle duodéno-jéjunal, sauf si la nature a développé heureusement un large ligament qui maintient étalé l'angle duodéno-jéjunal. S'il y a coudure de l'angle duodéno-jéjunal, il y a distension duodénale et hypertrophie, surtout dans la première portion. Cet état, associé aux troubles circulatoires et à l'infection, peut produire l'ulcère. D'ailleurs, la distension duodénale produit un spasme pylorique avec une distension-dilatation secondaire de l'estomac et hypertrophie.

Les troubles locaux peuvent produire ainsi des lésions de l'estomac (gastrite, ulcère ou cancer) car, s'il existe une ulcération durable de la muqueuse, il peut se produire une infection de l'ulcère par des germes cancéreux et une dégénérescence de l'ulcère, ce qui serait beaucoup plus fréquent à l'estomac, car la chronicité de l'ulcère gastrique permet plus facilement cette infection. Ainsi, la ptose aurait pour effets digestifs successifs : l'ulcère duodénal, l'ulcère puis le cancer de l'estomac. Tous ces troubles et lésions sont la série successive *des transformations mécaniques produites par la stagnation progressive dans le tube digestif*, mais il est aussi des *transformations toxiques*, qui ont la même cause et sont produites par l'absorption de produits toxiques, chimiques et bactériens, dans l'estomac et l'intestin.

Ces phénomènes toxiques produisent des *troubles cutanés de type dégénératif* (pigmentations, rides, chute des cheveux) ; chez la femme il se produit une *vieillesse prématurée* (fesses tombantes et flasques, seins aplatis, disparition du pannicule adipeux et saillie des os) ; *l'atteinte du myocarde* et les *atteintes du sang* produisent la cyanose (extrémités froides et cyanosées), et l'abaissement de la pression sanguine, c'est la *cyanose microbienne ;* le système musculaire se relâche, d'où *nombreuses déformations* (dos rond, scoliose, pied plat) ; il se produit une ptose de la paroi abdominale, qui augmente la ptose viscérale et la stase, car la musculature intestinale se relâche aussi et l'intestin a une paroi mince et bleutée. L'action chronique de l'intoxication produit l'athéromatose, l'aortite et la dilatation du cœur gauche, surtout si l'intoxication est ajoutée à la syphilis. Les produits toxiques semblent avoir une action toute particulière sur les centres respiratoires (asthme) et le système nerveux (nervosisme, mélancolie, asthénie) ; la lassitude, les céphalées, les somnolences de jour, l'insomnie la nuit, sont habituelles, aussi, bien souvent, le diagnostic fait dans ces cas est celui de neurasthénie. Des *troubles locaux* sont également la conséquence de ces phénomènes toxiques : une mammite chronique souvent kystique se produit et peut dégénérer en cancer. La thyroïde est atteinte par les toxiques comme les surrénales et ces glandes sont troublées dans leur

fonctionnement. Les yeux perdent de leur acuité. Les articulations, surtout chez les enfants, deviennent relâchées et permettent une considérable hyperextension. Des infections se produisent du fait de l'état de moindre résistance du patient : infection du pharynx, des ganglions lymphatiques, des dents et des gencives (surtout des incisives inférieures). On voit apparaître le diabète, le cancer des organes infectés, l'anémie par atteinte du sang, les arthrites et le rhumatisme, et même la tuberculose.

Tout est ainsi atteint par les effets éloignés et les répercussions en cascade de la ptose et de la stase intestinale : la beauté physique, l'intelligence, la santé.

On voit bien, dans la description de Lane, ce qui est atteint, c'est-à-dire presque tous les organes et presque toutes les fonctions, mais on se demande ce qui n'est pas atteint. La *maladie de Lane*, comme on a voulu la désigner, serait, au total, presque toute la pathologie, si la théorie était exacte. De cette théorie on peut dire cependant : ou bien beaucoup de choses que nous connaissons et qui nous paraissent démontrées s'avèrent fausses et doivent être rejetées ; ou bien la théorie de Lane apparaît comme une belle manifestation de l'imagination, faisant beaucoup plus honneur à l'ingéniosité de l'esprit humain qu'à son attachement pour les faits exacts et contrôlés.

Cependant, si la théorie de Lane apparaît peu conforme aux faits, il est exact que *l'intoxication et l'infection intestinales* peuvent être la cause des troubles attribués à une ptose ; leur apparition chez un sujet à ptose jusqu'alors bien tolérée, peut être l'élément déclanchant des troubles cliniques attribués à la ptose.

En ce qui concerne la ptose, il est heureusement des théories qui conservent beaucoup plus le sens de la mesure.

Il est nécessaire maintenant d'étudier chacun des éléments constituants de la ptose.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1936)

Sur la structure optique du corps vitré. — M. Charles LAPICQUE.

Etude interférométrique de la réfraction du sérum sanguin en fonction de la concentration. — M. R. JONNARD.

Sur l'utilisation des glucides dans le diabète expérimental. — MM. Théophile CAHU et Jacques HOUGET.

Sur un nouveau procédé de vaccination charbonneuse. — MM. Gaston RAMON et André STAUB.

ACADÉMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1936)

L'acoustique de la salle de l'Académie. — Un nouvel effort vient d'être tenté par le Conseil d'administration de l'Académie, pour améliorer l'acoustique de la salle des séances.

Des diffuseurs, au nombre d'une vingtaine, ont été répartis devant les fauteuils. Le premier essai paraît très satisfaisant.

Trypanosomiase et vapeurs de Moranyl. — En se servant de la même technique que celle indiquée pour l'immunisation des animaux par voie aérienne, M. A. TRILLAT a essayé d'arrêter l'évolution d'une infection parasitaire bien caractérisée, par simple inhalation d'une substance active mise sous forme de nuage dans des conditions déterminées. Il a pris comme exemple l'infection rapidement mortelle chez la souris de la trypanosomiase (Nagana) et choisi le Moranyl (Fourneau) comme substance active : M. A. Trillat a trouvé que les souris étaient guéries sans récidives en leur faisant respirer pendant une heure un air renfermant $\frac{1}{1.000.000}$ de Moranyl à l'état de vapeur humide et que les doses curatives par inhalation étaient du même ordre de grandeur que les doses curatives par injection. Il est intéressant de remarquer que dans ce dernier cas, l'administration du médicament a lieu massivement, tandis que par voie pulmonaire, elle s'effectue lentement.

Cet exemple montre l'intérêt que pourrait présenter, en général, l'étude de la médication par voie aérienne.

La neuro-psychiatrie légale et sociale prophylactique du vagabondage des garçons. — M. ROUBINOVITCH et Mlle BUGNION. Les investigations sociales, les recherches neuro-psychiatriques et les mensurations psychologiques concernant les garçons vagabonds conduisent les auteurs aux conclusions suivantes :

1. Au point de vue médico-légal, *le garçon vagabond n'est pas un délinquant.*

En effet, dans aucun des cas étudiés par eux, la faute du sujet n'est autre que d'avoir été arrêté dans la rue au moment où il en subissait l'influence néfaste, étant sans ressources et se trouvant loin du domicile de ses répondants, parents ou autres.

Par contre, le jeune vagabond est toujours un sujet en état d'infériorité, due, trois fois sur quatre, aux circonstances familiales ou sociales dans lesquelles il a été élevé : infériorité, à la fois, *intellectuelle, neurologique* et *physique.*

Aussi importe-t-il, dans soixante-dix pour cent des cas, de prévoir pour le jeune vagabond un placement éducatif prophylactique lui offrant des chances assez favorables pour qu'il puisse retrouver des soins médicaux et moraux appropriés, ainsi que des possibilités d'apprentissage proportionnées à ses moyens intellectuels et physiques.

C'est en vue de cette orientation nouvelle à donner à ces garçons dévoyés que les auteurs pratiquent des examens, qui sont destinés à éclairer et à guider les juges dans leurs verdicts.

II. Au *point de vue social :* les auteurs distinguent deux catégories de garçons vagabonds qu'il y a lieu de traiter différemment :

a) Les vagabonds non pervertis,

b) Les vagabonds pervertis.

III. Au *point de vue de l'orientation professionnelle,* les auteurs classent ces garçons en trois groupes distincts demandant des régimes prophylactiques spéciaux, à savoir :

1° Les *grands débiles* ne pouvant pas être livrés à eux-mêmes, ni apprendre un métier exigeant une certaine instruction ; il faut prévoir pour eux un internement très prolongé dans un asile spécial pourvu d'une colonie agricole ;

2° Les enfants subnormaux, mais éducables, qui seront à classer et à orienter professionnellement selon leurs aptitudes, et à éduquer par des méthodes appropriées dans des institutions spécialisées, comme les internats de perfectionnement, prévus par la loi éducative du 15 avril 1909 sur les arriérés ;

3° Les enfants à intelligence normale ou supérieure, qu'il

est nécessaire avant tout de placer dans un milieu sain, pour que la nature et la qualité de leur apprentissage donnent un maximum de chances propres à développer leurs bonnes aptitudes.

Etude générale de l'état sanitaire de notre marine marchande. — M. Marcel Moine. « Des renseignements transmis par l'établissement National des Invalides de la Marine marchande, collectivité de près de 200.000 membres, nous avons extrait diverses considérations qui ont mené aux conclusions suivantes :

Au regard des allocations journalières, les accidents occupent, tant en 1933 qu'en 1934, la première place avec 118 et 108 cas pour 10.000 hommes.

Par contre, dans l'attribution des indemnités renouvelables (indemnités accordées après 4 mois d'incapacité de travail), la tuberculose joue un rôle prédominant atteignant 23 et 24 cas pour 10.000 marins, au cours des années 19[illegible] et 1934. Mais elle apparaît encore plus néfaste si on la considère par rapport à l'ensemble de la morbidité, puisqu'alors elle représente 42,4 cas pour 100 au total. Bien plus, si l'on y ajoute les autres affections de l'appareil respiratoire (bronchite, pneumonie, etc...), 64,6 p. 100 indemnités renouvelables leur sont attribuables contre 13,1 aux accidents.

D'autre part, une étude détaillée de la morbidité tuberculeuse dans chaque quartier maritime a révélé que la région bretonne était la plus touchée comme elle l'est d'ailleurs au regard de la mortalité tuberculeuse dans la population en général.

En ce qui concerne les pensions d'infirmités et les pensions de veuves, orphelins et ascendants (non compris les reversions), la tuberculose réclame à nouveau une part suffisamment importante bien que laissant la première place aux accidents graves et aux submersions, risques professionnels par excellence.

Nous voyons ainsi par cette étude tout l'intérêt que présenterait, pour cette collectivité, l'organisation rationnelle de la prophylaxie des maladies transmissibles. »

Essai d'une thérapie anti-néoplasique par modification physico-chimique dans l'équilibre sanguin. — M. Robert Hirsch. Cette méthode consiste en l'application au malade d'un sérum physiologique spécial très fortement acidifié par différentes combinaisons chimiques, et aussi éventuellement en l'adjonction d'injections sous-cutanées de glutathion réduit.

Action d'un extrait épiphysaire sur quelques constituants biochimiques du sang. Augmentation de la potassémie. — M. Parhon et Mmes Stefanescu-Dragomireanu et Marculescu.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(Séance du 25 avril 1936)

Deux cas de coxarthrie guéris par des moyens médicaux. — M. Sédillot présente deux de ses clients guéris de coxarthrie par la cure de désintoxication arthritique. Dans l'un la maladie évoluait depuis 31 années et la guérison n'a pu être qu'une guérison clinique — disparition de la douleur et reprise d'une vie normale, mais avec une démarche spéciale rappelant celle des luxations congénitales de la hanche non traitées. Dans l'autre cas, diagnostiqué coxarthrie cliniquement et radiologiquement, la guérison, obtenue au cinquième mois de l'évolution de l'affection, a été complète (clinique et anatomique) et définitive.

Les applications cliniques du dynamomètre cardiaque. — M. A. Pruche.

La surveillance médicale des Scouts de France. — M. Pierre Labignette montre qu'à la tête de cette organisation existe une commission médicale permanente, qui règle la surveillance sanitaire des scouts, l'organisation des déplacements, l'hygiène des camps internationaux. Chaque scout est soumis, au moment de son admission, à une visite médicale complète par le médecin de sa troupe. Cette visite se renouvelle tous les ans. Même surveillance médicale existe pour les louveteaux. Le mouvement scout, tel qu'il est actuellement organisé, donne les plus grandes garanties au point de vue médical.

Intradermoréaction de Mutermilch et Grimberg avec polysaccharides gonococciques. — MM. L. Barbellion et L. Feld rappellent l'intérêt que présente souvent la gono-réaction, mais aussi les difficultés de sa technique. Les auteurs ont expérimenté l'intradermo-réaction avec les polysaccharides gonococciques pour le diagnostic de la blennorragie. Ces essais ont porté sur des sujets ou manifestement indemnes ou manifestement malades. Parallèlement, pour certains ils ont pratiqué la gono-réaction. L'intradermoréaction leur a donné dans l'ensemble des résultats confirmés par la clinique, la bactériologie et la sérologie. Ils pourront maintenant procéder à son application dans les cas douteux, où elle semble appelée à rendre de grands services.

L'anesthésie électrique. Ses particularités, ses avantages. — M. R. Grain montre que, sans action sur l'évolution des lésions, mais non influencée par elles, l'anesthésie électrique respecte la sensibilité tactile de la muqueuse, dont la puissance de perception ne subit aucune modification. D'application simple, l'anesthésie électrique est complètement indolore, rigoureusement inoffensive et thérapeutiquement sûre.

La transfusion ne donne pas de choc. — M. Bécart, après quinze années de pratique de la transfusion, présente des conclusions formelles : les accidents graves, qu'ils soient immédiats ou tardifs, ne relèvent que de l'incompatibilité sanguine ; la règle des quatre groupes reste valable et personnellement, jusqu'à présent, il ne peut admettre les changements de groupe. Il faut connaître les accidents d'ordre mécanique, qui résultent de l'injection trop rapide du sang ; le patient se plaint d'une sensation de gêne respiratoire et de constriction du thorax. Ses recherches ont montré que le rythme optimum d'injection était de 1 cc. par seconde. Les accidents consécutifs à la transmission d'une maladie dont est atteint le donneur tombent sous le sens. Il est évident que c'est là le gros écueil du choix du donneur. Les moyens actuels permettent d'éliminer la tuberculose, la syphilis et même le paludisme, question d'organisation, non d'improvisation. Quant aux réactions post-transfusionnelles, qui consistent surtout en frissons et en élévation de température, la plupart sont dues aux injections de sang auquel on a ajouté quelque chose : citrate de soude, sérum glucosé, et même sérum physiologique. Ces différents produits, peu toxiques en eux-mêmes, modifient l'équilibre colloïdal du plasma sanguin et sensibilisent le patient pour des transfusions ultérieures. Enfin, toute une série de réactions résultent des fautes de technique, énumérées, qui tiennent à l'opérateur et à un appareillage défectueux. Il tombe sous le sens que ces réactions ne doivent pas exister, puisqu'on peut les éviter. Il faut donc, une fois pour toutes, que le médecin sache à quoi s'en tenir, et le mot de transfusion ne doit plus être toujours accolé au mot de choc, comme cela se fait souvent.

A propos de la sacralisation douloureuse. — M. C. Roederer, revenant sur la question de ce syndrome à l'occasion de quatre cas vus récemment, pense que le syndrome relève précisément de quatre facteurs. Exceptionnellement, une véritable compression nerveuse ; parfois, à l'occasion d'une chute, une entorse vertébrale ; une adaptation douloureuse à une position oblique de la 5e V.L., caractérisée dans les cas extrêmes par une scoliose apparente ; une articulation pathologique véritable pouvant être le siège d'une

arthrite traumatique ou infectieuse. En dehors de cela, il existe probablement des douleurs dues à des anomalies nerveuses, métamériques d'anomalies osseuses.

Présentation d'une série de sondes trachéo-bronchiques, avec note de technique et de clinique médico-chirurgicale. — M. A. Soulas.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(Séance du 2 mai 1936)

La chronaxie de l'écorce cérébrale aux divers temps du réflexe conditionné. Isochronisme des neurones centraux et périphériques. — M. et Mme Chauchard et M. W. Drabovitch, utilisant la technique d'excitation percutanée de l'écorce cérébrale, mesurent la chronaxie des zones motrices corticales au cours du réflexe conditionné de défense. Les variations de cette constante sont de même sens que celles qu'ils avaient observées sur les nerfs périphériques. Des mesures prises parallèlement, dans une même expérience, sur l'un et l'autre élément du système nerveux, montrent qu'aux divers temps du réflexe, la chronaxie des neurones périphériques s'accorde avec celle des neurones centraux et que l'isochronisme initial se maintient ; l'égalité devient même plus serrée pendant le mouvement actif.

Variations de la température superficielle du corps. — MM. Guy Laroche et Jean Saidman. Elle subit des variations en fonction de la température ambiante. Ces variations découlent d'une part des lois de la physique, puisque le refroidissement de la température ambiante entraîne fatalement une baisse de la température cutanée, mais dans des proportions moindres (1/10 à 1/3 environ) ; d'autre part, des phénomènes physiologiques ou pathologiques, constituant une réaction individuelle du sujet, variable selon les cas.

L'influence de la température ambiante paraît être moins considérable. Toutefois, ces facteurs individuels persistent et il faut en tenir compte dans l'interprétation des résultats.

Variations de la température cutanée chez les sujets atteints d'hyperthyroïdie. — MM. Guy Laroche, Jean Saidman et Mme de Zuloaga. Dans une série de recherches antérieures, faites en 1933 et en 1934 avec Moscovici, les auteurs avaient constaté que le rayonnement cutané était augmenté chez certains hyperthyroïdiens. Ils ont repris l'étude de la température cutanée avec un thermomètre électrique et ils ont constaté d'une façon fréquente une élévation notable de la température cutanée chez les basedowiens, ce qui entraîne l'augmentation du rayonnement. Cette élévation de température se produit dans tous les segments du corps, mais avec une prédominance nette au niveau du tronc et des membres inférieurs. La température la plus élevée a été 33°9 pour un M. B. de +66 p. 100. La concordance entre la température cutanée et le M.B. n'est d'ailleurs pas assez régulière pour que l'élévation de la température cutanée puisse être utilisée en pratique comme un test clinique d'hyperthyroïdie.

Glutathionémie et respiration pulmonaire. — M. L. Binet et Mme Suzanne Barret ont étudié les variations du glutathion total et du glutathion réduit dans le sang perfusant un poumon isolé, ventilé soit avec de l'oxygène pur, soit avec de l'azote. La ventilation avec l'oxygène amène une diminution nette du taux du glutathion réduit ; avec l'azote il y a au contraire une forte élévation du taux de ce corps. Ces résultats semblent devoir être pris en considération dans l'étude du glutathion sanguin chez l'homme atteint de troubles respiratoires.

L'équilibre glycémique du sang dans la perfusion hépatique à la fois portale et artérielle. — MM. N. Fiessinger, Henri Bénard, Maurice Hubain et Lucien Dermer ont repris leurs expériences de circulation artificielle du foie en associant à la perfusion par la veine porte celle par l'artère hépatique.

Comme dans leurs premières recherches, où l'arrivée du sang se faisait exclusivement par la veine portale, ils n'ont pas réussi à empêcher la diminution progressive des réserves glycogéniques du foie.

Sur les propriétés vaso-motrices de la r-pseudo-nor-éphédrine. — M. H. Besson. Parmi les alcaloïdes retirés de l'éphédra, on trouve, à côté de la 1-éphédrine, diverses amines sympathomimétiques dont l'étude pharmacodynamique n'a été encore qu'ébauchée, bien que différents auteurs aient souligné que l'une de celles-ci (la d-nor-éphédrine) est à la fois plus active et moins toxique que l'éphédrine. L'étude expérimentale d'un autre alcaloïde de l'éphédra, la r-pseudo-nor-éphédrine, démontre son action hypertensive importante, voisine, par son intensité et sa durée, de celle de son isomère, la nor-éphédrine. Ces recherches complètent l'étude actuellement à l'ordre du jour de la série des adrénalines.

Sur la signification de la présence d'un bactériophage dans un organisme. — Mlles Makashvili et Djanagowa. Le bactériophage fondamental vivant dans l'intestin de l'homme et des animaux aux dépens des bacilles coli est également virulent pour diverses bactéries pathogènes, telles que le bacille dysentérique, ce qui confirme la notion de polyvalence des bactériophages.

Eloge nécrologique du professeur Vaquez. — M. Ch. Achard, président.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(Séance du 13 mai 1936)

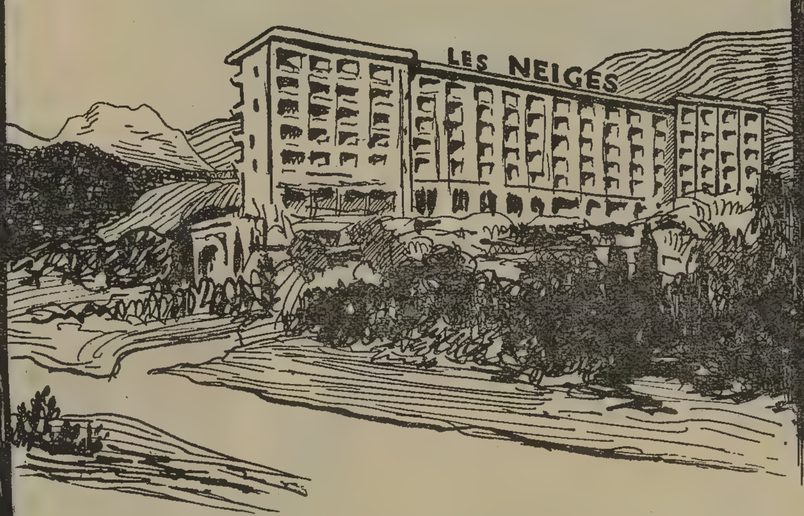
Les médicaments anthelmintiques. — M. Brissemoret donne une revue générale des médications anthelmintiques, et dans une étude importante en fait une critique serrée, reprenant tout le problème avec les diverses conceptions qui se firent jour à ce sujet.

Action possible d'un traitement parathyroïdien de la cataracte. — MM. Parturier et Vallerix rapportent des observations de chiens et d'hommes atteints de cataracte et améliorés subjectivement et objectivement par la Paratyrone. Cette médication est restée inefficace dans des cas de cataracte congénitale et de cataracte diabétique (chien et homme). Dans les cas favorables, l'amélioration a été obtenue, non seulement par l'injection de l'hormone, mais aussi quand celle-ci était administrée par la bouche ou sous forme de suppositoire.

Contribution au traitement médical de la maladie de Basedow. — M. Roland Leven présente le traitement suivant qui lui a donné d'excellents résultats : a) *Régime alimentaire* équilibré, purement pondéral, capable de supprimer la dyspepsie gastrique surajoutée à la dyspepsie thyroïdienne, modifiant la polyphagie, la polydipsie, la transpiration et même le fonctionnement thyroïdien ; b) *Médications :* sédatives, à dose élevée (2 gr. de bromure de sodium et 20 à 40 centigrammes de gardénal « pro die » à doses réfractées).

Les tonicardiaques : association de digitaline et ouabaïne donnée de façon continue pendant plusieurs semaines à la dose de 30 à 60 gouttes par jour. c) Une modification de la statique abdominale pour lutter contre la ptose secondaire à l'amaigrissement et à l'excitabilité du sympathique abdominal.

Remarques chimiques sur le sang des cancéreux (1re communication). — M. Marcel Laemmer, désirant se rendre compte si le magnésium présentait quelque intérêt dans le problème du cancer, fit exécuter systématiquement le dosage de ce corps dans les sérums sanguins. L'auteur put ainsi établir et présenter 4 séries de malades : deux séries de cancéreux ; une série de malades douteux, mais qui ont


LES NEIGES

fait la preuve qu'ils n'avaient aucun néoplasme ; et une quatrième série de divers malades, non cancéreux. Les résultats furent les suivants : a) Le dosage du magnésium sérique ne descend jamais au-dessous de 15 mgr. p. 1000 chez les malades non cancéreux. b) Le même dosage chez les cancéreux est de 75 % au-dessous de 15 mmgr. p. 1000, dont 60 % de dosages extrêmement bas (de 2 à 5 mmgr. p. 1000). c) Les 25 % des cancéreux ayant un dosage *au-dessus* de 15 mmgr. p. 1000 avaient été ou opérés récemment ou fortement magnésiés par thérapeutique. Pratiquement chez des malades n'ayant pas encore subi de traitement (chirurgical ou autre), il semble que le dosage du magnésium sérique puisse donner des renseignements utiles, c'est ainsi que : a) Un dosage de magnésium au-dessous de 10 mmgr. p. 1000 est une grande probabilité pour que l'on soit en présence d'un « terrain cancéreux » en voie de développement ; b) Un dosage variant entre 10 à 15 mmgr. p. 1000 présente un état de « minoris resistentiae » envers la cancérose ; c) Entre 15 et 20 mmgr. p. 1000 : terrain « neutre » ; d) Au-dessus de 20 mmgr. p. 1000 : il y a équilibre. M. Marcel Laemmer conclut en estimant que, s'il ne faut évidemment pas donner un très grand rôle au magnésium dans la cancérose, comme on l'a fait jusqu'alors, il y a lieu cependant de « remagnésier » les terrains cancéreux par trop déficients (dosages de 2 mmgr. — 4 — 5 mmgr., par exemple). Il insiste également pour que l'on considère le schéma qu'il présente comme devant être encore vérifié, ce que l'auteur continue de faire actuellement.

LIVRES NOUVEAUX

Etudes sur les maladies de l'enfance, par A.-B. Marfan (1).

Dans ce volume, le professeur Marfan a réuni divers mémoires qui, pour diverses raisons, n'avaient pu trouver place dans les précédents et que, par suite, les chercheurs se trouvaient dans l'impossibilité de consulter.

Que penser de la *scrofule*, dont la plupart des symptômes ont passé avec armes et bagages, en 1900, à la tuberculose, tandis que les autres étaient versés, en vrac, dans les pyodermites ? Est-il vraiment trop tard pour parler encore d'elle ? En aucune façon ! La scrofule est une *maladie qui n'est pas morte*. Elle est constituée par des lésions tuberculeuses d'un type très atténué et qui confèrent, au sujet qui en est porteur, un certain degré de résistance au bacille de Koch, sans qu'on sache la cause de cette atténuation.

Parmi les *formes cliniques du rachitisme*, il faut distinguer celle du nouveau-né, que caractérisent surtout les lésions craniennes ; celle du nourrisson, qui atteint surtout les membres et le tronc ; le rachitisme tardif, fémoro-tibial, auquel appartiennent le rachitisme rénal et la dystrophie ostéo-musculaire avec nanisme de Hutinel, Auscher et Harvier. La première est en rapport avec la syphilis congénitale ; la seconde, avec les troubles digestifs des enfants privés du sein ; la troisième, avec une néphropathie chronique.

Le *lymphatisme* est un état d'hyperplasie permanente et généralisée du tissu lymphoïde, résultant des réactions qu'y déterminent, dans les premières années de la vie, la plupart des infections prolongées. Son symptôme le plus apparent, c'est l'hypertrophie des ganglions périphériques, souvent accompagnée d'anémie et de splénomégalie. Il comporte un certain nombre de formes, dont, surtout, l'état lymphatico-thymique de Peltauf, et semble la conséquence de l'action qu'exercent sur lui des infections et intoxications prolongées, des dystrophies alimentaires, des troubles digestifs persistants. La tuberculose n'est donc pas sa seule cause.

(1) In-8 de 191 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie

Les *albuminuries intermittentes des grands enfants* soulèvent d'importantes questions de pratique. Elles ne s'accompagnent, en général, ni de chlorurémie, ni d'azotémie, mais de céphalées, d'hypotension et de diminution d'activité physique. Leurs variétés principales sont les albuminuries orthostatiques, en rapport (Jehle) avec la lordose que produit la station debout ; de fatigue ; digestive ; cyclique. Leur pronostic est favorable. Elles semblent dues à l'action associée de deux facteurs : stase rénale, modifications de la cellule rénale, lesquelles sont elles-mêmes conditionnées par deux infections : tuberculose, syphilis congénitale.

Les écoliers sont parfois sujets à une *céphalée habituelle*, avec diminution de capacité d'effort physique, indépendante de toute cause apparente, et qu'on tend aujourd'hui à rattacher à un trouble hypophysaire : état congestif (Sédillot), état humoral particulier (éphébocrasie) dus à l'activité qu'acquièrent, à cet âge, les glandes sexuelles.

Assez rare, la *défécation involontaire des écoliers* atteint surtout les jeunes garçons : elle survient en l'absence complète de tout trouble digestif. Si sa pathogénie est encore mal établie, il est certain que la syphilis congénitale joue un grand rôle dans son développement. Elle disparaît d'ailleurs avec la puberté.

Voici un grand enfant chez lequel surviennent insidieusement des troubles de la marche. On le conduit à l'orthopédiste, qui ne peut que constater l'absence de toute lésion portant sur les hanches ou sur la colonne vertébrale. Il s'agit, chez lui, en effet, non d'une affection ostéo-articulaire, mais d'une *paraplégie spasmodique d'origine hérédo-syphilitique*, comme le prouvent les antécédents, les signes associés : oculo-pupillaires ; psychiques ; les réactions biologiques ; les lésions (Noïca et Graciun), et qui a été, pour la première fois en 1908, décrite par le Prof. Marfan dont elle porte justement le nom.

En 1893, le même auteur apportait à la Société médicale des hôpitaux de Paris un cas de *poliomyélite consécutif à la varicelle*, qui fut sérieusement discuté par Joffroy et Rendu. Et pourtant, les complications de ce genre, presque toujours légères et fugaces, ne sont pas exceptionnelles. On en connaît aujourd'hui un certain nombre.

On sait toutes les difficultés et tous les dangers de la ponction du péricarde, telle qu'il est classique de la pratiquer. C'est pour diminuer ces inconvénients qu'en 1911 M. Marfan a proposé de pénétrer dans le péricarde en passant derrière l'appendice xyphoïde. Cette *ponction du péricarde par la voie épigastrique sous-xyphoïdienne*, inspirée d'une observation de Dominique Larrey, est relativement facile à condition qu'on se serve d'un petit trocart légèrement recourbé, et qu'on suive exactement la technique indiquée par l'auteur.

On parle beaucoup, aujourd'hui, pour lutter contre le croup, de l'aspiration des fausses membranes du larynx. Cette méthode exige un outillage compliqué et nécessite des préparatifs qui ne conviennent pas lorsqu'il s'agit d'une opération d'extrême urgence. Pourquoi ne pas rester fidèle au tubage, dont les différents temps sont parfaitement réglés ? C'est à ce sujet qu'il est bon de connaître un *nouveau procédé de détubage par expression digitale*, dont la description termine ce beau livre, qu'attendaient impatiemment les médecins d'enfants, et où l'on retrouvera les qualités qui, de tout temps, ont marqué l'enseignement du professeur Marfan : clarté dans l'exposition, vigueur dans la discussion, connaissance approfondie des sujets traités, et, par-dessus tout, incomparable maîtrise. Comment ne pas louer, chez ce vétéran, cette ardeur toute juvénile, ce culte désintéressé de la vérité ? Comment ne pas admirer, dans ses ouvrages, du premier au dernier, « le large et libre essor, l'aisance souveraine et toute *latine* » ?

L. Babonneix.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 61. — MERCREDI 29 JUILLET 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — Par arrêté du ministre de l'éducation nationale en date du 22 juillet 1936, a été créée à l'université de Strasbourg une attestation d'études médicales spéciales, mention pédiatrie, et ont été réglementées les conditions de scolarité.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. Foveau de Courmelles, à Paris; Mlle Brunel, au Grau-du-Roi.

Médaille d'argent. — Mlle Dumas et M. Grimoud, à Toulouse; Mme Masson et M. Vailhé, à Saint-Alban (Lozère); MM. Bader et Roger, à Strasbourg; Tournier, à Villeurbanne; Richard, à Paris; Brimont, J. Mathieu, Mornas et Vincent, au Maroc.

Médaille de bronze. — MM. Plomion, à Troyes; Guy Achard, à Marseille; Dusserre-Telmon, à Grenoble; Fabre, à Virieu-sur-Bourbre; Ramadier, à Saint-Alban (Lozère); Lombard, à Vézelize; Mlle Gressier et M. Papillon, à Lyon; Mme Gautier, Mlle Joos, MM. Gouffier, Labarrère, Leroux, Loiseau et Schwartz, à Paris; Guyot, à Thaon.

A titre posthume : *Médaille d'or.* — M. Roche, à Saint-Alban (Lozère).

SANATORIUMS PUBLICS. — M. le docteur Reumaux, médecin directeur du sanatorium de la Bucaille à Aincourt (Seine-et Oise), a été nommé, sur sa demande, médecin directeur du sanatorium de Saint-Sever (Calvados).

M. le docteur Schouller, médecin directeur du sanatorium de Saint-Sever (Calvados), a été nommé, sur sa demande, médecin directeur du sanatorium de Saint-Gobain (Aisne).

M. le docteur Augé, médecin directeur du sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard (Charente), a été nommé médecin directeur du sanatorium de la Bucaille à Aincourt (Seine-et-Oise).

M. le docteur Thorain, médecin adjoint au sanatorium de la Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret), a été affecté au sanatorium de Saint-Sever pour la période 16 juillet-16 août 1936; au sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard (Charente), à dater du 16 août 1936.

Mlle le docteur Fié, médecin adjoint au sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain), a été nommée, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium de la Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret).

Mlle le docteur Rénié a été nommée médecin adjoint au sanatoriun interdépartemental d'Hauteville (Ain).

Mme le docteur Canto, médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), a été nommée, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain (Aisne).

Mme le docteur Rougier-Marmet a été nommée médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

BOURSES D'ÉTUDES A L'INSTITUT CARLO FORLANINI, A ROME. — Le gouvernement italien a décidé d'accorder, pour l'année 1936-1937, 6 bourses d'études à l'Institut Carlo Forlanini, a Rome.

Ces bourses, mises au concours, d'une valeur de 3.000 lires chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut Carlo Forlanini, à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles.

Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

L'attribution de ces bourses aura lieu à la prochaine session du Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose, qui doit se réunir le lundi 7 septembre 1936, à Lisbonne.

Les médecins français désireux de participer à ce concours sont invités à adresser leur demande accompagnée des renseignements sur leur âge, leurs titres, leur expérience professionnelle, etc., au siège du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e), avant le 20 août 1936.

PRIX ADOLPHE COURTOIS. — Le prix Adolphe Courtois 1937 (1.000 fr.) sera attribué pour la première fois, en mars 1937, à l'auteur d'un mémoire portant sur le sujet suivant : *Les épines neuro-organiques de l'hystérie.*

Le concours est ouvert aux docteurs ou étudiants en médecine.

Les mémoires rédigés en français, inédits ou publiés postérieurement au 30 juin 1936, devront être envoyés en trois exemplaires avant le 31 janvier 1937 au secrétaire général de l'Association des amis d'Adolphe Courtois, le docteur Paul Sivadon, chef de clinique à la Faculté, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre vénéré confrère le docteur Alphonse Borel, décédé à Privas à l'âge de 83 ans.

Nous prions son fils, le docteur Adrien Borel, de recevoir l'expression très vive de notre cordiale sympathie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS ÉTRANGERS

A l'Assemblée générale du *Syndicat des Médecins de la banlieue Ouest et Nord de Paris*, le Dr QUERRIOUX a donné lecture d'un rapport sur les dangers de l'exercice de la médecine par les étrangers. La question est, en effet, bien plus angoissante qu'en 1934 et la pléthore ne cesse de s'étendre. Le barreau a déjà réagi vigoureusement lorsque trois cents avocats, réfugiés allemands, inscrits aux Facultés de droit de Paris, Strasbourg et Nancy, demandaient leur naturalisation et leur inscription à un barreau.

« L'envahissement de la médecine française par l'étranger, écrit le rapporteur, est aujourd'hui autrement profond. Car, nous, médecins, nous n'avons pas seulement à nous plaindre des naturalisés de fraîche date, qui pourtant sont légion, mais aussi et surtout des non naturalisés qui font plus de 25 % des médecins exerçant à Paris et en banlieue.

Dans certains coins de banlieue, comme à Saint-Ouen par exemple, les étrangers sont au nombre de *huit* contre seize Français.

Mais ne croyez pas que Paris seul est envahi.

Les provinces même les plus reculées de la capitale voient sans cesse l'installation d'un médecin étranger.

En 1911, il y avait déjà 2,6 % de médecins étrangers installés en France dont 8,2 % installés dans la Seine.

En 1931, il y en a 10 % dans la Seine. En 1936, plus de 25 % *dans la Seine*, et plus de 15 % dans la France.

Messieurs, je m'excuse de vous parler de pourcentages, mais dans la lutte que nous entreprenons, seuls les chiffres montrent toute la profondeur du mal.

Durant l'année scolaire 1934-1935, la Faculté de médecine de Paris a vu pour 3.332 étudiants français 1.530 étrangers (Bulletin du Syndicat des Médecins de la Seine, novembre 1935).

Sur ces 1.530, 841 postulaient pour le diplôme d'Université et 689 pour celui d'Etat. Mais comme la loi Nast du 26 juillet 1935 n'a pas abrogé la possibilité de transformer le diplôme de docteur en médecine de l'Université en diplôme d'Etat, puisqu'elle fixe dans son article II les conditions de cette transformation, nous avons tout lieu de penser et de craindre que ces 1530 s'installent en France, presque tous ou à peu près.

Le département de la Seine, à lui seul, en récoltera bien un millier. Et ces chiffres ne concernent que la Faculté de Paris.

Vous voyez d'ici le nombre d'étrangers qui, sortis des Facultés de Bordeaux, de Lyon, de Lille, de Strasbourg et des autres, vont pouvoir s'installer en France! Le chiffre de 2.000 sera largement dépassé.

Il faut aussi que vous sachiez que dans les six premiers mois de 1935, 163 médecins étrangers se sont fait inscrire à la Préfecture de police contre — tenez-vous bien — 124 Français.

Et ce n'est pas tout, je dois vous faire part d'une autre menace très grave.

Nous venons d'apprendre, dernièrement, de la bouche du plus autorisé des médecins syndiqués de France, que le Président du Conseil songeait fortement à nous faire admettre les médecins réfugiés allemands comme concurrents. La menace est redoutable, car c'est encore plus d'un millier de médecins étrangers qui viendrait grossir la pléthore qui nous empêche déjà de gagner notre vie.

Nous tenons autant que personne aux traditions généreuses de la France, mais il faut commencer par poser fermement le principe que la profession médicale en France doit être exercée par les Français, tant qu'il y aura assez de médecins français pour suffire à la clientèle.

Messieurs, que proposons-nous ? Car un rapport ne vaut que par la réalisation de ses conclusions.

Nous voulons que nos Facultés restent ouvertes aux étrangers en vue du diplôme d'Université, mais nous ne voulons pas sa transformation en diplôme d'Etat sous aucun prétexte.

Nous voulons que le stage de 10 ans après la naturalisation, jugé nécessaire pour exercer la noble profession d'avocat, le soit aussi pour exercer celle non moins belle de médecin.

Pour que l'assimilation de l'esprit français soit aussi complète que possible, nous voulons que l'étranger naturalisé ait donné des gages de la sincérité de ses sentiments en accomplissant les obligations des lois militaires auxquelles nous sommes astreints.

Nous voulons enfin, qu'aux étrangers, *excepté les Belges*, naturalisés de moins de 10 ans ou non naturalisés, déjà installés, on interdise, pour nous permettre à nous, Français, de vivre, la médecine sociale telle que : Assurances sociales, assistance médicale gratuite, mutilés de guerre avec leur carnet de soins, accidents du travail.

Il est de toute urgence d'avoir une loi votée sans délai par les Chambres destinée à sauver la médecine française de l'invasion étrangère. »

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LA RADIOLOGIE EN 1935

PAR

Louis DELHERM et P.-Henri CODET

CHEF ASSISTANT

DU SERVICE CENTRAL D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE LA PITIÉ

OS. CRANE. ARTICULATIONS

Intérêt de l'exploration radiologique précoce chez les traumatisés du crâne pour le dépistage des fractures méconnues. (P. Puech et L. Stuhl. *Bull. Soc. Rad. méd.*, 9 avril 1935, p. 285.) — L'examen radiologique du crâne, pour être complet, demande des radiographies nombreuses, et il ne faut jamais hésiter à pratiquer un examen minutieux dans tous les cas de traumatisme.

L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire dans les séquelles de traumatismes craniens. Intérêt diagnostic. (M. David et L. Stuhl. *Bull. Soc. Rad. méd.*, 9 avril 1935, p. 289.) — Les traumatismes craniens laissent fréquemment après eux, qu'il y ait eu fracture ou non, des séquelles de gravité variable. Il est quelquefois possible de mettre en évidence par l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire, des altérations anatomiques qui donnent toute leur signification aux symptômes accusés par les malades.

Les différentes formes de fractures vertébrales. (W. Jaeger. *Soc. d'Electro-Radiol. de l'Est*, 19 mai 1935 ; *Bull. Soc. Rad. méd.*, oct. 1935, p. 517.) — Cette communication expose d'une façon extrêmement claire les conceptions actuelles des fractures du rachis et permet de comprendre les différents types de fracture actuellement décrits dans le tableau suivant :

1° Fractures par flexion :

a) Type physiologique. 1° Types 1 à 7 Bœhler ; 2° fractures du bord.

b) Fractures par flexion ou extension.

2° Fractures par extension :

a) Type physiologique. 1° fractures étendues par extension ; 2° fractures du bord.

b) Fractures par extension en flexion.

Les mycoses osseuses et ostéo-articulaires. (M. Meyer (Strasbourg). *XVIIe Congrès Soc. Franç. Orthopédie, Presse méd.*, 30 oct. 1935, p. 1693.)

Les causes d'erreur dans la radiographie de la voûte cranienne. (L. Claudet. *Th. de Paris*, 1935.) — Les erreurs de diagnostic, imputées à la radiologie, exception faite de fautes techniques, sont des erreurs d'interprétation. La connaissance de l'anatomie et de la séméiologie radiographique du crâne permet de les éviter.

POUMONS

Le diagnostic de l'atélectasie pulmonaire. (E. Sergent, H. Durand, Kourilsky, Racine et Turiaf. *Echo de la Médecine*, 15 mars 1935.) — L'exagération trop fréquente actuellement du diagnostic d'atélectasie pulmonaire tient à une interprétation hâtive et inexacte des images radiologiques.

Les aspects radiologiques de la lésion initiale de la tuberculose pulmonaire. (R. Debré, M. Lelong et M. Mignon. *Presse méd.*, 11 déc. 1935, p. 2065.) — L'étude radiologique de la lésion initiale de la tuberculose pulmonaire rencontre de nombreuses difficultés. Les auteurs insistent sur les aspects topographiques et les caractères généraux de l'image radiologique, notions indispensables pour le diagnostic et le dépistage de la tuberculose pulmonaire au début.

Etude radiologique de la pneumonie cancéreuse. (E. Sauda. *Presse méd.*, 25 déc. 1935, p. 2105.) — La pneumonie cancéreuse est une affection assez rare du cancer primitif du poumon. Les caractères suivants permettent de faire le diagnostic avec la pneumonie banale :

1° Présence d'une ombre diffuse, semi-dense, n'atteignant jamais l'intensité de l'ombre pneumonique, même à la phase finale ;

2° L'image d'une fine maille de filet permet de deviner la structure histologique et est la caractéristique de la pneumonie cancéreuse.

CŒUR ET VAISSEAUX

La technique en radiokymographie. La méthode de Cignolini. (A. Gunsett et P. Cornu. *Journ. de Radiol.*, janv. 1935.) — La radiographie à fentes multiples interrompues permet l'étude simultanée de différents segments cardio-vasculaires ainsi que l'analyse détaillée de chacune des révolutions. Grâce à l'indicateur du temps, chaque kymogramme permet l'inscription de graphiques comparables aux courbes de la technique cardiologique, et même absolument superposables.

Etude anatomo-radiologique du cœur et des gros vaisseaux par opacification. (Ch. Laubry, P. Cottenot, D. Routier et Heim de Balsac. *Journ. de Radiol.*, mai et oct. 1935.) — Les opacifications expérimentales segmentaires de l'appareil vasculaire permettent une étude systématique parfaite de la silhouette cardio-vasculaire. Se basant sur 400 radiographies intéressant plus de 500 cadavres opacifiés, avec étude clinique et radiologique antérieure, les auteurs ont, dans ces premières études, nettement précisé la constitution des contours du pédicule cardio-aortique tant dans la position frontale que dans la position oblique antérieure droite et dans la position oblique antérieure gauche.

Etude sur la régularité du calibre aortique ; voussures et sinuosités. (D. Routier et Heim de Balsac. *Bull Soc. Rad. méd.*, 11 juin 1935, p. 359.) — L'aorte n'est pas un vaisseau cylindrique, le calibre aortique ne diminue pas régulièrement depuis son origine jusqu'à sa terminaison et enfin le calibre aortique n'est pas identique chez tous les sujets à sexe, âge, poids et taille équivalents.

APPAREIL DIGESTIF

Contribution à l'étude radiologique de la muqueuse du gros intestin tuberculeux. (L. Neu, *Journ. de Radiol.*, févr. 1936.) — Ce travail a pour but d'établir une étude du relief de la muqueuse du gros intestin en se basant sur l'état comparatif des modifications anatomo-pathologiques et des images radiologiques qu'elles déterminent. A une forme déterminée de la tuberculose du gros intestin peuvent correspondre différentes images radiologiques du relief interne de l'organe, par suite du retentissement de l'affection sur l'appareil neuro-musculaire de la paroi intestinale.

Le collothor dans l'exploration des fistules ano-rectales. (Delherm, Thoyer-Rozat, Savignac, Mme Fainsilber. *Journ. de Radiol.*, mars 1935.) — Grâce à sa solution aqueuse et à son maniement précis, le collothor remplace avantageusement le lipiodol dans l'exploration radiologique des fistules ano-rectales. Il permet d'obtenir une image parfaitement homogène, non fragmentée, ce qui est d'un intérêt tout particulier dans la recherche des trajets fistuleux parfois difficilement mis en évidence par d'autres techniques.

Causes d'erreurs dans la cholécystographie « per os ». Procédés de correction proposés. (W. H. Stewart, M. D. et E. Illick. M. D. (*Journ. de Radiol.*, avril 1935). — L'interprétation des radiographies, après épreuve de la cholécystographie après ingestion de tétraïode, doit être particulièrement minutieuse et prudente, et les causes d'erreur peuvent provenir du sujet lui-même, de la technique utilisée et enfin de la mauvaise interprétation.

Les auteurs proposent l'ingestion fractionnée et prolongée du tétraïode : premiers examens faits à la 12e et à la 16e heure, suivis d'une alimentation composée d'aliments choisis et en particulier d'alimentation sucrée. Puis, nouvelle prise de tétraïode entre la 18e et la 24e heure. Un dernier examen est pratiqué 40 heures après la première ingestion de tétraïode, avec la concentration maxima et l'opacité maxima de la vésicule. Une heure plus tard, absorption d'un repas gras pour l'étude de l'évacuation vésiculaire et de la contractilité de l'organe.

La radiologie d'urgence dans les syndromes abdominaux aigus. (L. Th. Colaneri. *Bull. Soc. de Radiol.*, févr. 1936.) — Le problème de la localisation de l'obstacle grâce à la radiographie est d'un intérêt capital en vue de l'opération chirurgicale. Dans ce but, Colaneri propose la technique suivante :

1° En présence d'un syndrome de la fosse iliaque droite, accompagné ou non d'une légère élévation de la température, de légère défense des parois, avec ou sans vomissements, avec ou sans douleurs dorsales, pratiquer une radiographie des reins, des uretères pelviens et de la vessie. Si on ne trouve aucune image de calcul, ou si on observe une image suspecte de calcul, pratiquer une urographie intraveineuse. Si cet examen reste négatif, donner un lavement opaque.

2° En présence d'un syndrome abdominal avec douleur haute à droite, mal délimitée, et surtout irradiée vers la région lombaire, nous pratiquerons une radiographie de la vésicule sans préparation, puis une radiographie des reins et uretères après injection intraveineuse.

3° En présence d'un syndrome abdominal diffus, avec météorisme, douleurs non localisées, avec ou sans vomissements, nous pratiquerons un examen radiologique complet : d'abord région vésiculaire sans préparation, puis les reins et uretères après injection intraveineuse. Ensuite le côlon par lavement, enfin l'estomac.

La radiographie abdominale sans préparation dans l'occlusion intestinale aiguë. (Moulonguet et Rousset. *Bull. Soc. Radiol. méd.*, 12 févr. 1935.) — Dans l'étude pré-opératoire de l'occlusion intestinale aiguë, la radiographie sans préparation est une technique prudente, qui permet :

1° D'affirmer le diagnostic de l'occlusion ;
2° D'en préciser le siège ;
3° D'en dire autant que possible la nature.

Les signes radiologiques de l'occlusion sont : la présence de gaz dans l'intestin grêle, la présence de niveaux liquides dans l'intestin grêle ; l'expansion excessive des gaz normalement contenus dans le côlon. (Il ne faut pas oublier (Porcher) que l'*aéroiléie* peut s'observer dans les coliques néphrétiques.)

Le premier problème est le plus aisément soluble. Pour obtenir des images classiques « en tuyaux d'orgue », les clichés devront toujours être pris dans la station verticale.

Le problème de la localisation de l'obstacle est infiniment plus délicat à résoudre. Sa solution est basée sur le fait que la distension au-dessus de l'obstacle est à évolution rétrograde et qu'elle diminue progressivement à mesure que l'on remonte le cours de l'intestin (avec exception pour le cæcum, souvent plus ballonné que le reste du côlon).

Par l'étude comparative des différentes radiographies, par la construction de schémas, on parviendra à reconnaître et reconstruire les différents segments du tube intestinal et à considérer le segment dilaté le plus distal comme étant le siège de l'obstacle.

Enfin, le problème de la nature de l'obstacle dépend essentiellement du précédent. A part l'iléus biliaire, où la radiographie peut montrer le calcul enclavé dans l'intestin à la limite inférieure de la zone distendue, pour tous les autres cas, il conviendra au chirurgien de rapporter la nature possible de l'occlusion aux renseignements cliniques et radiologiques. Après toute cette étude, il aura ainsi des renseignements pré-opératoires extrêmement précieux.

L'anatomie radiologique des angles coliques et du recto-sigmoïde dans les positions transverses. (R. Coliez: *Bull. Soc. Radiol. méd.*, mars 1935.) — Une étude de l'anatomie radiologique des côlons devra porter sur la valeur intrinsèque des angles coliques et du recto-sigmoïde, tant dans la position frontale que dans les positions transverses et obliques ; on pourra ainsi mettre en évidence des images lacunaires invisibles de face grâce au déroulement des côlons dans les clichés pris en oblique ou en profil, qui évitent les superpositions gênantes pour la lecture des clichés.

Ce travail est divisé en trois parties :

a) Etude anatomo-radiologique de l'angle droit ;
b) Etude anatomo-radiologique de l'angle gauche ;
c) Etude du recto-sigmoïde.

Le diagnostic radiologique de l'occlusion intestinale aiguë. (E. Piot. *Bull. Soc. Radiol. méd.*, mars 1935.) — Les renseignements fournis par l'examen radiologique sont de deux ordres :

Positifs : niveaux liquides grêles : occlusion grêle ; niveaux liquides coliques et grêles : occlusion colique.

(Le diagnostic de localisation sera fourni surtout par l'*examen en décubitus.*)

Négatifs : l'absence de niveaux liquides, la présence d'aéro-iléie et d'aéro-colie éliminent le diagnostic d'occlusion aiguë, mais non celui d'occlusion subaiguë. Il permet, en outre, d'envisager l'hypothèse d'une appendicite, d'une colique néphrétique, et même d'un infarctus intestinal.

L'intérêt négatif du diagnostic d'élimination est aussi important que celui du diagnostic positif.

Le diagnostic radiologique de l'occlusion intestinale chronique. (E. Piot, *Bull. Soc. Radiol. méd.*, 9 avril 1935, p. 272.)

De la signification de l'image du duodénum en dos de tortue. (Cottenot, Chérigié et Max Lévy. *Bull. Soc. Radiol.*

méd., 12 nov. 1935, p. 565.) — On peut en résumé, expliquer les différents aspects du duodénum par le schéma suivant :

1° *Image pennée :* elle correspond au duodénum normal, les valvules de Kerkring venant s'intriquer les unes dans les autres, et ne laissant entre elles que de minces filets de gélobarine.

2° *Image en dos de tortue :* elle correspond à une atonie duodénale, les espaces entre les valvules étant plus larges en raison de l'atonie.

3° *Plis circulaires :* ils correspondent à la sténose duodénale.

La période de début des ulcères. (R. A. GUTMANN et G. VOULPIOTIS. *Bull. Soc. Rad. méd.*, 12 nov. 1935, p. 569.) — Le « début de l'ulcère » est la première des périodes douloureuses, les signes radiologiques peuvent se trouver au complet, mais il est de règle que les images radiologiques puissent entièrement disparaître après la fin de cette poussée.

Les ulcères du canal pylorique. (R. GUTMANN et R. HOFFMANN. *Bull. Soc. Rad. méd.*, 8 oct. 1935.) — On désigne à tort et d'une façon abusive sous le nom d'ulcères du pylore, les ulcères qui siègent au voisinage du pylore, sur l'estomac ou sur le bulbe.

Seuls méritent l'appellation d'ulcères du pylore, les ulcères siégeant sur le canal pylorique. Ils ne peuvent être mis en évidence que par de très bonnes radiographies en série, les signes radiologiques sont plus caractéristiques au cours des poussées douloureuses. La niche est un signe constant ; c'est une niche petite, elle se voit mieux tantôt sur le pylore demi-vide (niche de face), tantôt sur le pylore rempli (niche du bord).

VOIES URINAIRES. GYNECOLOGIE

Gynécologie

Essai d'application des colloïdes opaques à la représentation du relief muqueux utérin. (R. GILBERT, R. MEYLAN, S. KADRNKA et P. BARDET.) — Par l'emploi des colloïdes opaques, les auteurs ont pu aisément obtenir l'image du relief de la muqueuse utérine qui fournit des renseignements plus précis que les images de replétion totale de la cavité utérine par le lipiodol.

Urologie

A propos de la technique de l'urétrographie. (P. TRUCHOT. *Bull. Soc. Rad. Méd.*, 14 mai 1935, p. 339.) — Il s'agit d'une étude comparative des deux techniques de l'urétrographie : méthode de l'urétrographie ascendante au lipiodol fluide, en position couchée et méthode de l'urétrographie par voie mictionnelle, en position debout, après remplissage de la vessie par une solution de baryte.

La voie mictionnelle est plus près de la physiologie normale.

ENDOCRINOLOGIE

Examen radiologique dans la pathologie des glandes endocrines. (MORELLE (Louvain) et SOLÉ (Bruxelles). *IIe Congrès annuel des médecins électro-radiologistes de langue française*, Bruxelles, 30 juillet-3 août 1935.) — Ce travail passe en revue tous les signes radiologiques qui résultent d'altération dans la structure ou le fonctionnement des glandes endocrines. Il fait l'étude des troubles consécutifs aux affections de l'hypophyse, de l'épiphyse dont les fonctions demeurent encore obscures, de la thyroïde et des parathyroïdes, du thymus, de la surrénale et des glandes génitales.

L'hypophyse, à l'état normal, ne donne aucune image radiologique. Les tumeurs de la poche de Rathke s'accompagnent de calcifications intrasellaires ou suprasellaires.

Les modifications structurales de la selle turcique, en particulier son élargissement, l'aspect des clinoïdes, l'érosion du plancher traduisent des lésions ou des tumeurs de l'hypophyse.

Adénomes de l'hypophyse. Aspects radiologiques schématiques de la selle turcique. (PUECH et STUHL. *Presse méd.*, N° 42, p. 1131-1134, 1934.) — Les adénomes chromophobes et acidophiles ont le plus souvent leur point de départ intrasellaire et leurs caractères communs sont de grandir et de ballonner la selle sous l'effet de l'hyperpression excentrique sur les parois. On devra en outre rechercher systématiquement les déformations des clinoïdes, l'usure du plancher, l'élargissement de la selle et la forme du sinus sphénoïdal.

Des altérations du squelette se rencontrent très fréquemment dans les affections hypophysaires (gigantisme, acromégalie, maladie de Cushing, nanisme, infantilisme, maladie de Simonds...)

Les corrélations hypophyso-endocriniennes. (RIVOIRE. *Presse méd.*, N° 11, 1935.)

Image radiologique d'un kyste congénital de Rathke. (GUNSETT, SICHEL, BOUTON et LEWIN. *Soc. d'Electroradiol. de l'Est*, 19 mai 1935, p. 541.)

Influence de la thyroïde et de la parathyroïde sur le squelette. (CORYN (Bruxelles). *IIe Congrès annuel des médecins électro-radiologistes de langue française.*)

RADIOTHERAPIE

Rœntgenthérapie

La rœntgenthérapie à doses fractionnées du cancer du col de l'utérus. (A. GUNSETT. *Journ. de rad.*, mars 1935.) — Se référant à une statistique personnelle, l'auteur rapporte l'évolution des cas traités par la radiothérapie seule, à l'exclusion du radium ou des traitements combinés (R. X. et radium). Cette documentation très intéressante a permis de constater les heureux résultats obtenus par l'irradiation rœntgenthérapique dans les cas de néo du col du 3e degré, après 5 ans. L'auteur donne une dose journalière de 100-120 r. en profondeur (avec alternances des champs : 2 champs ventraux, 2 champs postérieurs, 1 champ périnéal), soit au total 3.500 r. mesurés en profondeur pour un traitement d'une durée de 30 jours.

Etude comparée des rayons X et gamma sur la cellule vivante. Dosimétrie radiobiologique à l'aide des œufs de Lucilia Sericata. (L. MALLET et M. BOUCHARD. *Journ. de Radiol.*, avril 1935.) — Il n'existait pas de procédé de mesure biologique vraiment pratique et facilement observable. Les recherches des auteurs ont montré que les effets des rayonnements X et Γ sur les œufs de la mouche Lucilia Sericata, en se plaçant dans des constantes de doses, de température et de prélèvement des œufs, étaient sensiblement égaux. La qualité du rayonnement semble avoir moins d'action que la quantité d'énergie absorbée, en tenant compte toutefois de la différence de la nature du rayonnement secondaire émis dans les tissus selon que le rayonnement X ou Γ est utilisé. Pour mesurer le rayonnement reçu au cours d'une séance de radiothérapie, il suffirait d'irradier en même temps que le malade, une boîte de Pietri convenablement préparée et en comparant le chiffre des œufs non éclos après irradiation à l'échelle d'étalonnage, on pourrait connaître le nombre de rayons reçus par le malade. Le procédé n'est pas encore entré dans la pratique courante, mais il permet le contrôle des appareils de mesure habituels et permet plus particulièrement l'étude de réactions vivantes, cutanées ou profondes.

Le traitement des cancers du sein par radiothérapie et baryothérapie associées. (J. MAISIN et H. VASSILIADIS. *Journ. de radiol.*, mai 1935.) — Concurremment au traitement radiothérapique du néoplasme du sein, les auteurs préconisent un traitement médical par le saccharate de baryum et obtiennent les résultats les plus intéressants. (Communication au Congrès de Zürich.)

Rœntgenthérapie de l'hypertrophie et de l'infection focale de l'anneau lymphatique du pharynx. (R. TORRES CARRERAS et P. BOSCH-SOLA. *Journ. de radiol.*, juin 1935.)

Contribution à l'étude des modalités radiothérapiques des sarcomes lymphoïdes du pharynx. (A. JUTRAS. *Journ. de radiol.*, août 1935.) — De toutes les méthodes radiothérapiques, la rœntgenthérapie apparaît comme la plus recommandable : ses succès de longue durée sont les plus nombreux. La rœntgenthérapie du sarcome lymphoïde du pharynx doit être faite à une grande distance focale et avec des rayons très filtrés, avec emploi de champs d'irradiation bilatéraux de grande surface et irradiations quotidiennes, allant au seuil de la radioépidermite.

Le rôle régulateur de la radiothérapie sur le principe de la relativité hormonique. (J.-A. HUET. *Soc. de radiol. méd. de France*, janv. 1935.) — L'action de la radiothérapie sur le cycle des échanges hormoniques est indiscutable et son rôle est de régulariser les échanges en faisant disparaître l'hyperplasie congestive pathologique.

La radiothérapie, moyen de détermination de l'hormone directrice. (J.-A. HUET. *Soc. de radiol. méd. de France*, janv. 1935.) — Les hormones agissent par groupe hormonique ; dans chaque groupe, il existe une hormone directrice, dont l'action sera favorisée par l'application rationnelle de la rœntgenthérapie

Téléroentgenthérapie. Etude des champs d'irradiation par une méthode photométrique. (L. MALLET. *Soc. de radiol. méd. de France*, janv. 1935.) — Les trois facteurs : filtration, éloignement, grandeur de champ, permettent de donner en profondeur une dose considérable.

L'étude de la mesure du rayonnement X en télérœntgenthérapie doit être faite de façon rigoureuse. Après avoir strictement centré l'ampoule, il convient d'étudier le champ d'irradiation, soit à l'aide de chambres d'ionisation indépendantes, soit à l'aide d'un instrument susceptible d'être contrôlé par les micro-chambres.

Radiophotométrie pour la mesure du rayonnement X. (L. MALLET. *Bull. Soc. radiol. méd.*, 12 février 1935.) — Les cellules à couches d'arrêt se prêtent remarquablement bien à la mesure des éclairements de la lumière : lorsqu'on expose à un rayonnement lumineux une surface semi-conductrice placée entre deux couches conductrices, il s'établit une différence de potentiel et l'appareil se met à fonctionner un peu comme une pile. A l'aide d'un galvanomètre ou d'un microampèremètre, on peut mesurer ce courant et connaître ainsi les variations d'un certain éclairement. La mesure des éclairements renseigne sur le rayonnement X, permet de faire des mesures en *r* et d'explorer tout un champ de rayonnement à un, deux et même trois mètres.

Considérations sur la radiothérapie profonde. Etude de la répartition du rayonnement. (J. BELOT et DE VULPIAN. *Bull. Soc. radiol. méd.*, avril 1935, p. 266). — L'emploi, en radiothérapie pénétrante, de tensions de plus en plus élevées, et le choix de filtres de métaux lourds de plus en plus épais, paraissent être aujourd'hui un des critériums d'une bonne technique.

L'étude, faite par les auteurs, a montré qu'à 1 mètre de distance anticathode-peau, avec 300 *kv*, filtre 1 mm Cu, on obtient à 15 cm. de profondeur, 30,8 *p.* 100 *de la dose superficielle*, au lieu de 22,9 *p.* 100 *de la dose superficielle* obtenue avec la même filtration, sous tension de 200 *kv* et avec une distance anticathode-peau de 0 m. 50 seulement.

Téléroentgenthérapie et métastases osseuses généralisées dans le cancer du sein. Influence sur le métabolisme calcique. (L. MALLET. *Bull. Soc. rad. méd.*, 9 avril 1935.)

Solution pratique de radioscopie cinématographique par le procédé du docteur Georges Djian. (MM. DARIAUX et DJIAN. *Bull. Soc. rad. méd.*, 14 mai 1935, p. 344.) — M. Djian « cinématoradiographie » l'écran radioscopique Lévy-West, à l'aide d'un système optique particulier donnant une luminosité de f : 0,53 (luminosité 7 à 8 fois plus grande que les objectifs les plus ouverts connus jusqu'à ce jour) ; l'objectif est composé de plusieurs groupes de lentilles, dont l'un renferme une surface « asphérique ».

Tension : 80 *kv.*, intensité : 15 à 18 millis, distances : anticathode-écran, 70-75 cm. ; écran-appareil prise de vue, 1 m. 50.

Renseignements fournis par les variations du cholestérol sanguin au cours de la radiothérapie du corps thyroïde. (Max LÉVY et GALLY. *Bull. Soc. rad. méd.*, 10 déc. 1935, p. 600.) — Il existe une relation entre les variations du cholestérol sanguin et la radiothérapie du corps thyroïde.

Chez les basedowiens, l'étude du cholestérol sanguin et de ses variations trouve sa place à côté de l'étude clinique du patient et de la recherche du métabolisme basal. Ces variations aident à préciser la sensibilité du sujet basedowien vis-à-vis des rayons X, à mieux en régler les doses et à déterminer avec plus de précision la reprise du traitement.

La téléroentgenthérapie totale. (COTTENOT et SLUYS. *IIe Congrès des méd. électr-radiol. de langue française*, Bruxelles, 1935.) — Les conclusions de ce rapport très complet, sur l'irradiation simultanée et homogène à grande distance de la totalité du corps humain, sont les suivantes :

1° Les mesures de répartition du rayonnement à des distances variables permettent de conclure qu'une bonne téléroentgenthérapie est pratiquement réalisable à partir d'une distance de 2 mètres, avec une tension de 200 à 300 kv. et un filtre de 1 mm. Cu.

2° La téléroentgenthérapie est la méthode de choix des leucémies myéloïdes et lymphoïdes et aussi de la maladie de Vaquez.

3° Elle est indiquée à tous les stades du traitement — attaque ou entretien — de la maladie de Hodgkin.

4° Les dermatoses généralisées sont heureusement influencées et modifiées par ce traitement.

5° Un contrôle hématolique constant est indispensable.

6° On peut espérer que la téléroentgenthérapie verra le nombre de ses indications s'accroître dans l'avenir.

A propos de la téléroentgenthérapie totale. (DELHERM et STUHL. *IIe Congrès des méd. électro-radiol. de langue française*, Bruxelles, 1935.) — Utilisée dans le traitement d'affections très diverses, les auteurs ont obtenu avec cette méthode des résultats très intéressants, mais qui ne leur permettent pas de tirer des conclusions fermes sur la valeur ou les indications précises de cette méthode, dont ils signalent en même temps les dangers éventuels.

Sur la valeur de la téléroentgenthérapie (BELOT, *IIe Congrès des méd. électro-radiol. de langue française*, Bruxelles, 1935.) — Il ne convient d'appliquer ce mode de traitement que dans un nombre très limité de cas, en tenant compte des difficultés d'application, notamment en raison de l'appareillage et des mesures des doses.

Dans les leucémies lymphoïdes, la téléroentgenthérapie appliquée avec prudence donne des résultats remarquables.

Les rémissions sont de longue durée et persistent plus longtemps que dans la leucémie myéloïde.

La radiothérapie des syndromes organo-végétatifs. (L. Delherm et H. Beau. 1 vol., Masson, Paris, 1935.) — Dans la radiothérapie sympathique, il faut chercher à provoquer une modification fonctionnelle, en évitant l'action destructive sur les tissus. On n'utilisera donc que des doses minima et variées suivant les cas d'espèce. Le revêtement cutané a fourni de nombreuses preuves de l'action de la radiothérapie sur les perturbations du système nerveux organo-végétatif. Les auteurs exposent leur conception sur le traitement radiothérapique des affections organo-végétatives, et donnent une technique précise.

XVe RÉUNION
NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 26-27 mai 1936 (1).

Physiologie de la vaso-motricité cérébrale

MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon, S. de Sèze et R. Cachera (rapporteurs) rappellent d'abord, dans un court exposé historique, le nombre considérable de travaux expérimentaux consacrés depuis plus d'un demi-siècle à l'étude de la circulation cérébrale. La multiplicité des disciplines expérimentales employées n'aboutit qu'à l'éclosion d'opinions opposées, et en apparence inconciliables.

Dans l'ensemble, il y a seulement une dizaine d'années, deux hypothèses restaient en présence :

Pour les partisans de la théorie *mécanique*, pour les physiologistes de l'école anglaise, le calibre des vaisseaux cérébraux obéit passivement aux variations de la pression artérielle générale ; dénués de nerfs vaso-moteurs, ces vaisseaux ne peuvent opposer à ces influences mécaniques passives aucune résistance efficace.

Dans l'autre camp, les défenseurs de l'idée d'une *activité vaso-motrice propre* des vaisseaux cérébraux, appuyés, depuis 1922, sur les recherches anatomiques de Stohr, reconnaissent l'existence de nerfs donnant effectivement aux vaisseaux cérébraux le pouvoir de se contracter et de se dilater activement.

Autant que les physiologistes, les cliniciens devraient souhaiter voir sortir de recherches plus rigoureuses une solution à ce conflit.

Les cliniciens, en effet, n'avaient pas attendu la fin de la controverse pour reconnaître l'existence de spasmes vasculaires cérébraux, et leur attribuer la responsabilité totale ou partielle de certains accidents comme la migraine, l'épilepsie ou le ramollissement cérébral.

Par là s'explique la recrudescence d'activité des expérimentateurs qui, depuis une dizaine d'années, munis de techniques nouvelles ou nouvellement perfectionnées, se sont efforcés de serrer de plus en plus près les deux aspects de la question, savoir :

1° Etablir sur des bases objectives l'absence ou l'existence d'*une vaso-motricité active*, en regard des modifications de calibre d'origine *passive*, commandées par les variations de la pression artérielle ;

2° Reconnaître, dans cette activité vaso-motrice, la part du système nerveux et celle des *influences d'ordre chimique*.

Limitant le problème à l'étude de la *vaso-motricité cérébrale*, les rapporteurs se sont attachés essentiellement à l'exploration des *changements subis par les parois vasculaires, car ceux-ci constituent proprement les réactions vaso-motrices du cerveau.*

Le calibre des vaisseaux cérébraux, ses variations éventuelles sous des influences diverses devenaient ainsi l'objet essentiel de leur étude.

Aussi les méthodes indirectes d'investigation (mesures des vitesses des pressions, des volumes du débit), excellentes pour préciser certains aspects du problème, ont-elles paru peu adaptées à ce but.

Au contraire, la technique d'observation directe des vaisseaux cérébraux, si remarquablement mise au point par les physiologistes de l'école de Harvard, par Forbes et par Wolff, convenait seule, mais au premier chef, à une étude de la vaso-motricité. Elle a été adoptée par les auteurs à l'exclusion de toute autre.

On sait qu'elle consiste dans l'observation microscopique directe des vaisseaux du cortex cérébral, à travers un hublot de verre qui obture la brèche osseuse de trépanation et sous lequel un dispositif approprié permet de faire circuler un liquide de composition, de température et de pression convenables. La courbe de la pression artérielle et celle du volume cérébral sont simultanément enregistrées.

Les rapporteurs ont fait un emploi très étendu des microphotographies en série, grâce à l'usage d'un appareil autorisant la prise des clichés à de très courts intervalles (toutes les cinq secondes par exemple). Un système simple de signal synchrone avec le déclencheur de l'appareil photographique, marque sur le tracé lui-même le moment précis où chaque image a été fixée. On obtient ainsi une succession de clichés rigoureusement repérés par rapport aux différentes phases du tracé. *C'est sur ces clichés agrandis que la mensuration des diamètres vasculaires a été pratiquée, à loisir et avec précision.*

Cette technique permet ainsi réellement une confrontation graphique quasi permanente entre calibre des vaisseaux et niveau de la pression artérielle.

Or, toute variation dans le diamètre des artères cérébrales ne peut être interprétée qu'en fonction du tracé de la pression artérielle et de celui du volume cérébral concurremment enregistrés.

C'est cette idée directrice qui a dominé toute la réalisation de l'expérimentation personnelle des rapporteurs.

*
* *

Les influences mécaniques, chimiques et nerveuses qui s'exercent sur la vaso-motricité cérébrale ont été successivement étudiées.

I. — En ce qui concerne les **influences mécaniques ou hydro-dynamiques,** auxquelles le calibre des vaisseaux cérébraux obéit de façon *passive*, une distinction s'impose immédiatement.

a) Les *variations de la pression veineuse* ne sont pas, comme l'ont prétendu Forbes et Wolff, dénuées d'action sur le calibre des artères cérébrales ; mais cette influence de la pression veineuse n'a qu'une importance secondaire.

b) Plus important déjà paraît être le rôle des modifications de la *pression intracranienne*. L'hypertension intracranienne se montre suivie constamment d'un affaissement passif des artérioles du cerveau, cause d'anémie cérébrale relative et d'hypertension artérielle, comme Cushing l'a montré depuis longtemps.

c) En pratique, ce sont surtout les *modifications de la pression artérielle* qui se montrent capables d'influencer mécaniquement le calibre des artères du cerveau. Toute augmentation de la pression artérielle générale tend à déterminer une distension mécanique des artères, donc une

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 59, p. 1047.

vaso-dilatation cérébrale. Inversement, toute chute de la pression artérielle générale tend à déterminer un resserrement mécanique des artères cérébrales, donc une *vaso-constriction.*

En outre, à l'entrée de la circulation cérébrale existe un dispositif protecteur dont la fonction est automatique et consiste à amortir les ondes hypertensives et hypotensives qui tendraient à bouleverser le cours de la circulation cérébrale. C'est le *sinus carotidien* qui peut être considéré, non seulement comme un système régulateur de la pression artérielle, mais encore comme un mécanisme protecteur de la circulation cérébrale.

Un des facteurs essentiels qui préside aux variations de calibre des vaisseaux cérébraux est donc représenté par les variations de la pression artérielle générale plus ou moins efficacement amorties par ce dispositif régulateur automatique qu'est l'appareil sino-carotidien. Mais cet automatisme *passif*, purement mécanique et extracérébral, ne résume pas toute la question de la régulation du calibre des artérioles du cerveau.

II. — Les **influences chimiques** capables de s'exercer sur la vaso-motricité cérébrale peuvent être classées sous deux chefs :

Les unes, physiologiques, pouvant, à l'état normal, se comporter comme des *hormones ;*

Les *autres*, pouvant être introduites dans l'organisme par la physiologie ou le médecin, permettent de se demander si certains *agents pharmacodynamiques* donnent le moyen d'agir efficacement sur la circulation cérébrale.

A. **Substances circulant à l'état physiologique.** — 1° L'*oxygène* ne paraît pas être, comme on l'a parfois observé, un vaso-constricteur. Le CO^2, par contre, se conduit à l'égard des vaisseaux cérébraux comme un *puissant vaso-dilatateur.* C'est à cette action que se rattache la vaso-dilatation cérébrale consécutive à l'asphyxie et la vaso-constriction cérébrale consécutive à l'hyperpnée.

2° L'*acétylcholine*, injectée par voie veineuse ou sous-cutanée, dilate les vaisseaux cérébraux. Les auteurs présentent quelques tracés relatifs à cette action, dont l'importance thérapeutique ne peut échapper à personne.

3° L'influence de l'*histamine* a été plus discutée. Mais, en réalité, les travaux concordants de Forbes, Weiss et Lennox, de Fiessinger et Putnam semblent aujourd'hui permettre de conclure formellement que l'*histamine* dilate les petits vaisseaux du cerveau. Les observations divergentes semblent dues à l'effet de l'anesthésie à l'éther, dont les effets vaso-dilatateurs peuvent masquer ceux de l'histamine.

4° La question des *extraits du lobe postérieur d'hypophyse* est plus controversée. Une grande majorité de travaux, depuis les premières expériences de Dixon et Halliburton, en 1910, jusqu'aux plus récentes expériences de perfusion de Fiessinger et Putnam, en 1935, plaide en faveur de l'action *vaso-constrictive* exercée par l'extrait pituitaire sur les vaisseaux cérébraux comme sur tous les autres vaisseaux du corps.

5° Au sujet de l'*adrénaline*, d'innombrables contradictions ont été accumulées au cours d'un demi-siècle d'incessantes recherches.

a) Un premier fait semble établi : l'*adrénaline*, injectée par voie veineuse ou carotidienne, *n'est pas un vaso-constricteur cérébral ;* bien au contraire, cette injection déclenche une *vaso-dilatation du cerveau.*

M. Riser et ses collaborateurs, qui ont beaucoup contribué à établir cette notion expérimentale, ont insisté sur le contraste qui oppose, après l'injection d'adrénaline, la vaso-dilatation cérébrale et la vaso-constriction splanchnique et périphérique.

Les auteurs présentent à ce sujet des documents personnels qui concordent avec ces données.

b) Mais cette vaso-dilatation cérébrale marche de pair avec une forte *hypertension* artérielle. Il semble donc logique, *a priori*, de penser que cette vaso-dilatation n'est que l'effet d'une distension mécanique due à la poussée hypertensive. Il a suffi d'ailleurs de supprimer artificiellement l'action hypertensive de l'adrénaline pour supprimer du même coup la *vaso-dilatation cérébrale.*

Bien plus, l'adrénaline a pu déterminer au cours des expériences de perfusion à pression constante de Fiessinger et Putnam, et surtout dans les expériences de perfusion et de circulation cérébrale isolée de Bouckaert et Jourdan, une légère vaso-constriction de ces vaisseaux. Mais cette constriction est minime : la vaso-constriction cérébrale créée par l'adrénaline est beaucoup moins intense que celle qui est déterminée par la même dose de ce corps dans les autres territoires vasculaires.

c) Au total, l'adrénaline, introduite dans la circulation, déclenche une poussée hypertensive qui dilate mécaniquement les artères cérébrales. Toutefois, arrivant au contact des vaisseaux cérébraux, elle y provoque une certaine tendance vaso-constrictive, trop faible pour vaincre la dilatation mécanique, mais assez marquée cependant pour la *freiner*, en diminuer l'importance et en limiter les effets.

d) Les auteurs envisagent ensuite les influences capables de modifier l'action de l'adrénaline sur les vaisseaux cérébraux.

L'*alcalinisation* préalable leur a paru susceptible de limiter la vaso-dilatation cérébrale adrénalinique.

L'*yohimbinisation* ne donne pas de résultats constants. Les rapporteurs ont observé, en même temps que la chute tensionnelle provoquée par l'inversion de l'adrénaline, tantôt un resserrement léger, purement passif sans doute, des artères cérébrales, tantôt une dilatation nette. Celle-ci, concomitante de l'hypotension, prend donc la valeur d'une action propre, pharmacodynamique : c'est l'inversion adrénalitique saisie directement.

B. Parmi les substances utilisées en thérapeutique, bon nombre d'agents pharmacodynamiques sont doués d'une influence nette et définie sur le calibre des artérioles cérébrales.

Il est à remarquer, toutefois, que peu de corps possèdent une action constrictrice réellement objective, tandis que l'action vaso-dilatatrice de l'acétylcholine, du nitrite d'amyle, de la papavérine, de la caféine dans certaines conditions, de l'éther et de certains dérivés barbituriques, est indiscutable.

III. — Reste à envisager la part que prennent au contrôle vaso-moteur cérébral les **influences nerveuses.**

L'existence d'un contrôle nerveux était rendue vraisemblable par les recherches histologiques de Stohr, de Benfield, de Tinel, démontrant que les artères cérébrales sont abondamment pourvues de nerfs.

La physiologie a ratifié ces données fournies par l'histologie en démontrant que le calibre des vaisseaux cérébraux peut être modifié par des excitations portant sur le vague et sur le sympathique cervical.

a) L'**excitation du pneumogastrique** détermine une vaso-dilatation cérébrale : cette vaso-dilatation est l'effet d'un réflexe dont le X représente la voie centripète, tandis que la voie centrifuge est représentée par le nerf facial et le grand nerf pétreux superficiel.

b) En ce qui concerne l'**action du sympathique cervical,** le problème est certainement moins simple. Il semble que l'excitation du sympathique se rapproche beaucoup, par ses effets, de l'injection d'adrénaline ; elle détermine dans le territoire vasculaire cérébral une certaine tendance à la *vaso-constriction.*

Mais cette tendance vaso-constrictive cérébrale est *relativement faible*, tandis que la vaso-constriction déterminée simultanément dans le territoire de la carotide externe — face, langue et mâchoires — est une vaso-constriction *intense.* Cette différence d'intensité flagrante entre les deux

vaso-constrictions, extra et intra-craniennes, déterminée par l'excitation du sympathique cervical, est peut-être à la base des résultats apparemment contradictoires obtenus par les expérimentateurs.

La vaso-constriction extracranienne, en effet, en réduisant de 80 à 100 p. 100 le calibre des artérioles de la face, de la langue et des mâchoires, équivaut à une véritable ligature de la *carotide externe*. De ce fait, le sang de la carotide primitive se trouve dérivé vers les artérioles cérébrales et la distension mécanique qui en résulte s'oppose à la vaso-constriction cérébrale, au point d'en réduire considérablement et parfois d'en annihiler les effets.

Conclusions. — I. Les rapporteurs terminent leur travail en concluant que le calibre des vaisseaux cérébraux obéit, à l'état normal, à trois groupes d'influences d'importance inégale :

1° Les **influences hydro-dynamiques**, parmi lesquelles les variations de la pression artérielle générale sont sans doute les plus efficaces. Cette dépendance du calibre vasculaire cérébral est tempérée par la présence, à l'entrée de la circulation cérébrale, de l'appareil vasculo-sensible sino-carotidien, régulateur automatique assurant la protection des vaisseaux cérébraux contre les variations tensionnelles.

2° Le **contrôle humoral**, d'ordre chimique. Le calibre des vaisseaux du cerveau peut varier avec la teneur du sang en hormones d'origine surrénale, hypophysaire ou tissulaire, en CO^2, selon que varie la concentration moléculaire des humeurs, et sans doute aussi l'équilibre acide-base.

Il est toutefois remarquable qu'un grand nombre de ces mêmes substances, qui déterminent dans les autres artères de l'organisme des variations de calibre *intense*, ne provoquent, dans les artères cérébrales, que des variations vaso-motrices *très discrètes*.

3° **Le contrôle nerveux** des vaisseaux cérébraux paraît aujourd'hui indéniable. Il s'exerce par l'action de nerfs vaso-constricteurs, issus du système sympathique, de nerfs vaso-dilatateurs, appartenant au système *parasympathique*. Toutefois l'importance des variations de calibre ainsi déclenchées est des plus réduite.

Ce caractère donne à penser que le rôle physiologique des nerfs vaso-constricteurs cérébraux n'est pas de provoquer des phénomènes de vaso-constriction, mais seulement de protéger les vaisseaux cérébraux contre le danger d'une vaso-dilatation excessive.

II. — Le physiologiste nous met donc en présence de ce fait : en dépit de la triple série d'influences qui s'exerce sur elle, la circulation cérébrale se montre douée, à l'état normal, d'une *très grande stabilité*.

Il faut reconnaître que les raisons de ce régime d'exception ne sont pas encore nettement élucidées. On peut cependant rappeler que les travaux de Tinel l'ont amené à considérer cette impassibilité apparente des vaisseaux cérébraux comme l'effet d'un mécanisme fréno-régulateur, exerçant sur la vaso-motricité cérébrale une permanente inhibition.

III. — Reste à chercher comment la stabilité physiologique relative du calibre des vaisseaux cérébraux peut être conciliée avec l'importance si considérable que les cliniciens ont accordée aux processus vaso-moteurs et notamment aux processus angio-spastiques dans la pathologie nerveuse.

A ce point de vue, les auteurs font remarquer que la notion physiologique d'une circulation cérébrale stable, bien défendue contre toutes sortes d'influences mécaniques, chimiques et nerveuses, n'exclut nullement la possibilité de voir se réaliser, en clinique, dans un cerveau malade, des conditions favorables à l'éclosion de graves perturbations vaso-motrices.

Discussion

M. Niessl von Mayerdorff (Leipzig) considère qu'il est indispensable d'admettre un antagonisme entre la nutrition de l'écorce et celle de la substance blanche ; leur irrigation doit être différente et les artères de la substance blanche semblent terminales.

M. Tinel (Paris) souligne la divergence profonde qui sépare les faits d'observation clinique des faits expérimentaux. En clinique, l'angiospasme paraît indiscutable : on l'observe sur la table d'opération au cours d'une crise d'épilepsie et il semble bien conditionner migraine, hémiplégies transitoires, spasme des artères rétiniennes. Sur le terrain expérimental au contraire, la circulation cérébrale paraît d'une stabilité extraordinaire. La vaso-motricité cérébrale existe sans doute, mais une correction nerveuse et musculaire lisse l'empêche d'être appréciable.

L'inhalation d'oxygène provoque une diminution considérable du pouls cérébral et une chute importante de la tension du liquide céphalo-rachidien.

Le cerveau semble insensible à l'adrénaline, mais la section du sympathique cervical lui rend une sensibilité très importante. Les sympathicolytiques et notamment l'yohimbine agissent de même et rendent le cerveau sensible à l'adrénaline.

Un dispositif très perfectionné protège normalement le cerveau contre les troubles vaso-moteurs. La disparition de ce dispositif sous l'influence de causes pathologiques diverses explique vraisemblablement l'angiospasme.

(*A suivre.*) J. Lereboullet.

SOCIETES SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 29 mai 1936)

Infantilisme splénique du type Cooley. — MM. Sendrail, Lyon, Lasserre (de Toulouse). Enfant de 13 ans, présentant à partir de la troisième année un complexe clinique caractérisé par : splénomégalie importante, hépatomégalie, anémie avec hématies à noyau, réduction staturale, facies mongoloïde, et syndrome d'infantilisme. A éliminer l'ictère hémolytique, l'hérédo-syphilis, le paludisme, la leishmaniose.

Ce cas doit être rapproché du syndrome de Cooley (thalassanémie ou anémie méditerranéenne). Des faits cliniques et expérimentaux suggèrent les notions d'un rapport entre le processus de croissance et la physiologie de la rate.

Deux cas de botulisme grave chez une fillette et son père diabétique. Sérothérapie antibotulinique. — MM. G. Dreyfus, Ravina, Weill, Wimphers et Ornstein. Affection due à l'ingestion de conserves d'épinards dans lesquelles le bacille botulique a été retrouvé. Guérison totale chez le père ; état beaucoup plus grave chez la fille qui guérit par le sérum antibotulinique associé à l'anatoxine.

Diabète de l'âge mûr ou mieux les dysglucies de vieillissement. — MM. Renaud, Petit-Maire et Blanc. Conclusions d'une étude des états diabétiques apparaissant vers le tard.

1° Les manifestations de tous les états diabétiques sont les mêmes. On est toujours en présence d'un même désordre du métabolisme des glucides auquel on doit donner le nom de « Dysglucies » pour réserver le nom de diabète à la maladie constitutionnelle classique.

2° Ces dysglucies sont associées à d'autres syndromes cardio-vasculaires. Il s'agit d'un affaiblissement progressif

des aptitudes au cours de l'âge mûr par lequel l'organisme passe de l'état adulte à la vieillesse.

3° Cette conception entraîne des conséquences thérapeutiques qui consistent à corriger les désordres fonctionnels, à assainir l'organisme par le repos et la diète, à accorder l'activité de l'organisme à ses possibilités.

Atélectasie massive totale du poumon gauche consécutive à des hémoptysies et causée par une obstruction bronchique cancéreuse. — M. Courcoux. Complément d'une observation antérieure permettant de découvrir dans une bronche une virole apportant un obstacle absolu à la circulation de l'air et constituée par un épithélioma malpighien.

Acromicrie. — MM. Decourt et Trotot. Femme de 39 ans atteinte d'acromicrie, c'est-à-dire d'insuffisance au développement des membres, portant sur les extrémités. A cela se joint une obésité prédominante dans le segment inférieur du tronc et à la racine des membres. Ce cas est compliqué par le fait que la malade avait d'abord présenté un syndrome de macrogénitosomie précoce, interrompu à l'âge de 9 ans par l'ablation d'une tumeur de l'ovaire. Cependant, les auteurs pensent que l'acromicrie doit être imputée à l'hypophyse.

Cholite rhumatismale. — MM. Gutmann et Wallich. Malade ayant présenté antérieurement de nombreuses angines et plusieurs sciatiques. L'apparition au cours d'une poussée colitique de petites myalgies fit penser à une forme extra-articulaire de la maladie de Bouillaud.

L'administration du salicylate de soude arrêta tous les phénomènes en 24 heures.

MM. Flandin et Paraf ne croient pas démontrée l'interprétation de M. Gutmann.

Hémopneumothorax spontané bénin. — MM. J. Troisier, Bariéty et Dugas. Cas survenu en pleine santé et terminé par la guérison. Maladie non conditionnée par la tuberculose. L'examen radiologique sembla démontrer une lésion bulleuse sous-pleurale du lobe inférieur. A l'examen du sang, leucocytose polynucléaire massive.

Le Dr Courcoux, à propos de ce cas, fait remarquer que beaucoup de pneumothorax spontanés ne sont pas de nature tuberculeuse.

Examen radiologique de l'œsophage en position de face dans le diagnostic du rétrécissement mitral et dans celui du rétrécissement tricuspidien. — MM. Lian et Marchal. A l'état normal, l'œsophage apparaît en position frontale comme sensiblement rectiligne.

Dans 95 % des cas de rétrécissement mitral, l'œsophage refoulé par l'oreillette gauche dilatée, est dévié à droite et dessine une courbure à convexité droite. La déviation à gauche est en faveur de l'existence d'une grande dilatation auriculaire droite et d'un rétrécissement tricuspidien.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(Séance du 14 mai 1936)

Les réactions intestinales chez le goutteux et l'uricémique. — M. Schneider montre que depuis longtemps, la clinique a permis de constater que l'intestin du goutteux ou de l'hyperuricémique se comportait autrement que celui du sujet normal. Cette catégorie de malades a très rarement les selles moulées, s'ils ont parfois une seule selle par jour, ils peuvent en avoir deux ou trois, chez eux la diarrhée post-prandiale est de règle après un excès alimentaire. Les fils de goutteux et les hyperuricémiques ont les mêmes réactions. A l'examen clinique, l'intestin est rarement douloureux, sauf dans la partie sigmoïdienne. La douleur à la pression profonde semble pathognomonique. Il ne faut pas la confondre avec la douleur urétérale, si fréquente chez les hyperuricémiques. La selle est la plupart du temps bilieuse, riche en pigments biliaires présentant les caractères des matières à transit accéléré, contenant parfois du sable oxalique et urique, son indice ammoniacal est la plupart du temps très élevé, elle est bien entendu alcaline. En revanche, si la production de l'indol intestinal est augmentée, l'indoxyle ne semble pas l'être ; cliniquement du reste la colite, en dehors du point précis indiqué plus haut, est rarement douloureuse, c'est ce qui explique la possibilité de purger le goutteux ou l'hyperuricémique, c'est ce qui permet aussi chez lui l'usage du colchique qui serait si irritant pour l'intestin des autres.

Cinq observations de chirurgie rénale. — M. P. Le Gac présente cinq observations de chirurgie rénale — une énorme pyonéphrose calculeuse — deux hydronéphroses — et deux tumeurs pararénales. Bien que dissemblables, elles ont un point commun : la tolérance des malades vis-à-vis de lésions importantes. D'autre part, leur rapprochement met en valeur les avantages de la pyélographie rétrograde, comme moyen diagnostique — et de la voie d'abord antérieure pour l'ablation de tumeurs rénales ou pararénales volumineuses.

Volumineux calcul vésical de 10 centimètres de long sur 6 centimètres de large. — M. P. Le Gac.

Ulcère duodénal avec dilatation considérable de la première portion du duodénum. Gastroduodénectomie. Guérison. — M. P. Le Gac.

Des mutations possibles « in vitro » de colibacilles en entérocoques. — MM. E. Peyre et P.-L. Roy rapportent une observation qui met en valeur les mutations que peuvent subir certains microbes, et qui montre comment un entérocoque peut être lysé par un bactériophage anticoli-entérocoque obtenu en partant d'un coli initial alors qu'il faut habituellement pour lyser un entérocoque des souches de bactériophages adaptés spécifiquement à ce microbe.

Ulcère perforé de l'estomac au cours d'une appendicite aiguë. — M. Rodriguez-Ramos rapporte deux cas observés récemment, où la coexistence d'un ulcus peptique de l'estomac et d'une appendicite chronique était évidente par les antécédents et par l'examen clinique. Ces deux malades, à la suite d'une crise d'appendicite aiguë, font une perforation de l'ulcus. Cette crise d'appendicite a été, d'après l'auteur, la cause occasionnelle de la perforation de l'ulcus. Quant au traitement de la perforation, il s'est limité dans ces cas à faire la fermeture sous trois plans de suture que l'auteur considère comme la seule technique à suivre. La gastroentérostomie, dans ces cas, lui semble dépasser le but de l'intervention.

LIVRES NOUVEAUX

Annuaire Médical Palissier, édition 1936-37. — La nouvelle édition 1936-37 du Palissier vient de paraître. Comme les années précédentes, on y trouve au début la liste alphabétique des médecins avec jours et heures de consultations, un classement de ces médecins par spécialités. Puis les listes des pharmaciens et laboratoires, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les vétérinaires.

Un classement par rues termine la partie Paris.

Viennent ensuite les départements : Seine, Seine-et-Marne et Seine-et-Oise, ainsi que les villes de Faculté ; un répertoire des spécialités pharmaceutiques et un chapitre très détaillé des stations thermales et climatiques.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DE LA PLEVRE ET DU POUMON PAR ARMES BLANCHES

SIGNES — DIAGNOSTIC — TRAITEMENT [1]

FORMES CLINIQUES

1. Formes évolutives. — A côté de la forme de gravité moyenne que nous venons de décrire, l'évolution plus ou moins sévère permet de distinguer, parmi les plaies pleuro-pulmonaires, un type léger et un type grave. Mais ces différences n'apparaissent souvent pas au moment de la blessure et ce n'est qu'un peu plus tard que la symptomatologie se précise et que les catégories de gravité apparaissent :

A. *Type léger.* — Il est caractérisé par des symptômes généraux assez atténués et des phonmènes fonctionnels vite apaisés.

La dyspnée se calme rapidement, l'hémoptysie se borne à quelques crachats sanglants, puis noirâtres, qui disparaîtront tout à fait en trois à quatre jours.

L'épanchement pleural, très peu abondant, se résorbe rapidement et la guérison s'obtient en une dizaine de jours.

B. *Type grave.* — Les plaies de la poitrine par armes blanches sont rarement du type grave. Elles succèdent alors à des *plaies de la base* du poumon ou de la *région hilaire,* là où les vaisseaux sont de calibre plus important. En dehors des plaies de l'artère pulmonaire, qui entraînent la mort rapidement, elles sont en effet caractérisées par une *hémorragie dont l'abondance est menaçante* et peut demander une thérapeutique chirurgicale.

Le blessé est dans un état de *shock très marqué* qui ne cède pas au traitement habituel.

Le pouls est extrêmement rapide, très faible, hypotendu.

La dyspnée est intense, s'accompagnant d'angoisse et de suffocation.

L'examen du thorax montre une matité qui remonte très haut et qui, fait capital, *augmente progressivement* à des examens successifs.

Ces blessés doivent être surveillés de très près, *revus d'heure en heure :*

Ou bien tous ces signes graves finissent par s'amender ;

Ou bien l'affaiblissement progressif du blessé, s'ajoutant aux signes qui dénotent la continuation de l'hémorragie, amènera à envisager une *intervention chirurgicale* pour enrayer une évolution mortelle.

II. *Formes compliquées.* — Nous avons décrit la forme habituelle des plaies pleuro-pulmonaires par armes blanches : plaie de poitrine à thorax fermé, se traduisant par un hémo-pneumothorax évoluant en règle vers la résorption spontanée, retardée parfois par des accidents évolutifs.

Des complications peuvent survenir cependant :

1. *Emphysème traumatique.* — En dehors de la petite zone crépitante que l'on trouve autour de la plaie, on peut voir :

— Un emphysème sous-cutané généralisé, sans gravité.

— Un *emphysème médiastinal,* très grave, annoncé par une suffocation intense, soif d'air avec cyanose, collapsus cardiaque, tuméfaction et infiltration gazeuse de la base du cou, nécessitant une thérapeutique d'urgence.

2. *Pneumothorax suffocant* caractérisé par une dyspnée progressivement croissante avec asphyxie, et un *pneumothorax total,* autre indication d'intervention urgente.

3. *Hémorragie externe :* elle constitue une véritable complication lorsque par la plaie s'écoule par saccade du sang rouge artériel traduisant une plaie d'un vaisseau pariétal important qu'il faut lier.

4. Plaies a thorax ouvert. Les lésions pariétales graves, les fractures de côtes esquilleuses sont exceptionnelles dans les plaies de poitrine par armes blanches. C'est lorsqu'elles existent que l'on est en présence de plaies à *thorax ouvert,* si fréquentes dans les plaies de guerre, caractérisées par la *traumatopnée,* passage d'air à travers la plaie à chaque mouvement respiratoire.

C'est dans ces plaies à thorax ouvert, avec inclusion d'esquilles osseuses, que l'on peut craindre une complication exceptionnelle dans les plaies par arme blanche à thorax fermé, l'infection.

5. *Suppuration pleurale.* — Elle est d'autant plus grave qu'elle est plus précoce et son apparition *insidieuse* doit être soupçonnée par :

— La reprise de la dyspnée.

— L'aggravation de l'état général et surtout l'élévation de la température qui prend une allure *oscillante.*

C'est la ponction qui assure le diagnostic en montrant un liquide devenu *coagulable,* de couleur chocolat, et dont l'ensemencement est positif.

6. *Accidents pulmonaires.* — En dehors de simples *poussées congestives* caractérisées par des bouffées de râles fins et un souffle expiratoire léger, il est exceptionnel de rencontrer de véritables complications telles que : congestion pulmonaire massive, pneumonie traumatique ou broncho-pneumonie.

III. — **Plaies du cul-de-sac pleural.** — Les plaies de la base du thorax sont susceptibles d'atteindre isolément le cul-de-sac pleural. L'absence d'hémoptysie, d'épanchement pleural immédiat, fait penser à une plaie non pénétrante et dans les jours suivants la plèvre traduit son atteinte par une légère réaction exsudative.

En réalité, ces plaies isolées du cul-de-sac sont exceptionnelles, car bien souvent les plaies de la base sont des plaies thoraco-abdominales.

IV. — **Formes associées.** — 1. *Plaies thoraco-abdominales.* — Moins fréquentes que dans les plaies par balle, il faut toujours les redouter et, dans les plaies de la base, examiner avec soin l'abdomen pour déceler une lésion du foie, de la rate, du côlon, plus rarement de l'estomac.

2. *Plaies du cœur.* — Parfois, ce sont les signes d'hémothorax qui masquent les signes cardiaques et il faudra, pour faire le diagnostic complet, se baser, en dehors du siège de la plaie d'entrée, sur : les modifications du rythme du pouls, l'assourdissement des bruits du cœur, l'aggravation progressive des signes généraux d'anémie et des troubles circulatoires (hémopéricarde).

(A suivre.) J.-N. COURVOISIER.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 57, p. 1022; n° 59, p. 1054.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



N° 62. — SAMEDI 1er AOUT 1936 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Etudiants : **25** francs par an.	Tous les autres pays : **75** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat.* — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 12 octobre 1936, à 9 heures, au Parc des expositions (stand 50), Porte de Versailles, Paris (15e). (Entrée des candidats : porte de Versailles.)

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de santé, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 13 à 17 heures, depuis le lundi 7 septembre jusqu'au jeudi 24 septembre 1936 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. — Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

INSTITUT PASTEUR DE TUNIS. — M. Étienne Burnet vient d'être nommé directeur de l'Institut Pasteur de Tunis en remplacement du regretté Charles Nicolle. Il n'est pas besoin de rappeler que M. Etienne Burnet, récemment membre de la section d'hygiène de la S. D. N., était, il y a quelques années, directeur adjoint de l'Institut Pasteur de Tunis aux côtés de Charles Nicolle dont il fut l'un des plus anciens collaborateurs.

DISPENSAIRES POLYVALENTS DU KEF ET DE SFAX (Tunisie). — Un concours sur titres est ouvert à la direction de l'Intérieur à Tunis pour la nomination de deux médecins-chefs de dispensaires polyvalents.

Les candidats doivent :

1° Etre Français ou Tunisiens;

2° Etre âgés de moins de 40 ans à la date du concours;

3° Etre pourvus du diplôme de docteur en médecine d'Etat français;

4° Avoir satisfait aux obligations militaires;

5° Etre pourvus d'un certificat d'aptitude physique délivré par 2 médecins assermentés.

Les candidats devront justifier d'une préparation suffisante de leur spécialité par des travaux scientifiques, des stages ou des services antérieurs.

Il sera tenu compte :

1° Des certificats constatant que les candidats ont suivi les cours de perfectionnement agréés par les comités ou ligues nationales françaises antituberculeuses ou antivénériennes :

2° Les candidats seront tenus, avant leur entrée en fonctions, de faire un stage de perfectionnement dans les dispensaires antivénériens et antituberculeux de Tunis.

Les candidats admis seront engagés par contrat pour une période de deux ans considérées comme stage, pendant laquelle ils recevront une indemnité annuelle de 40.000 francs payable par douzième et à terme échu et exclusive de tous autres avantages. Il leur est interdit de faire de la clientèle à titre onéreux.

A l'expiration du contrat, ils devront justifier d'une connaissance suffisante des langues du pays et pourront être titularisés dans leurs fonctions lorsqu'ils auront donné toute satisfaction.

L'échelle des traitements afférents à l'emploi est ainsi fixée :

1re classe..........	36.000 fr.
2e classe..........	32.000 fr.
3e classe..........	28.000 fr.
4e classe..........	24.000 fr.

Ils percevront, en outre, une indemnité de non-clientèle dont le taux sera fixé après qu'aura paru le texte de principe déterminant les indemnités de toute nature.

Les dossiers devront être déposés à la direction de l'Intérieur (service de la Santé publique) à Tunis, avant le 15 octobre 1936, dernier délai.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin directeur est vacant à l'asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère), par suite du départ de Mme le docteur Masson.

— Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle), par suite du départ de M. le docteur Duchêne.

DISPENSAIRES D'HYGIÈNE SOCIALE. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin-chef spécialisé, des dispensaires d'hygiène sociale de la Haute-Saône. Il aura lieu à la Préfecture de Vesoul, le 1er octobre 1936.

Les candidats à cet emploi devront être Français, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine et âgés de moins de 45 ans à la date du 1er octobre 1936.

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la Préfecture de la Haute-Saône (cabinet du Préfet) avant le 15 septembre 1936, et être accompagnée des pièces suivantes :

1° Adresse exacte à laquelle la décision de la Commission de concours devra être notifiée au candidat ;

2° Acte de naissance sur timbre ;

3° Copie, certifiée conforme, du diplôme d'Etat de docteur en médecine, délivré par une Faculté française ;

4° Extrait du casier judiciaire, ayant moins de trois mois de date ;

5° Pour les candidats du sexe masculin, certificat établissant la situation au point de vue militaire ;

6° Certificat délivré par un médecin assermenté, constatant que le candidat n'est atteint d'aucune infirmité ni maladie chronique incompatible avec l'exercice de fonctions très actives ;

7° Exposé des titres, travaux, états des services et références en matière de phtisiologie ;

8° Principales publications ;

9° Engagement, en cas de nomination, notamment :

a) de se consacrer uniquement à ses fonctions ;

b) de renoncer à faire de la clientèle (toutefois, il pourra être appelé en consultation par les médecins du département) ;

c) de rester en fonctions, dans le département de la Haute-Saône pendant une durée minima de trois ans.

Traitement et indemnités. — Le traitement attaché à la fonction de médecin-chef des dispensaires d'hygiène sociale est fixé à 38.000 fr. par an, avec augmentation de 2.000 fr. tous les deux ans, jusqu'au maximum de 46.000 fr. A ce traitement s'ajouteront diverses indemnités et la possibilité d'une retraite.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Robert Charlet, chirurgien-dentiste, l'apôtre de l'aviation sanitaire, tué, ainsi que son fils, externe des hôpitaux, dans un récent accident d'aviation. M. Robert Charlet a été cité à l'ordre de la Nation et nommé à titre posthume chevalier de la Légion d'honneur.

Xe Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose. — La Xe Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose (Secrétaire général : prof. Fernand Bezançon) se réunira à Lisbonne, du 7 au 10 septembre 1936, sous la présidence du prof. Lopo de Carvalho, Président élu de l'Union Internationale. La discussion sera limitée à trois sujets principaux.

Question biologique. — « Les aspects radiologiques du hile pulmonaire et leur interprétation ». Rapporteur : prof. Lopo de Carvalho (Portugal).

Question clinique. — « Primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte ». Rapporteur : docteur Olaf Scheel (Norvège).

Question sociale. — « Prophylaxie de la tuberculose à domicile ». Rapporteurs : docteurs Ch. J. Hatfield (Etats-Unis) et D. A. Powel (Grande-Bretagne). Dix co-rapporteurs, désignés d'avance d'après une liste présentée par les 44 pays membres de l'Union, ont été adjoints au rapporteur principal pour ouvrir la discussion sur chacune des questions inscrites à l'ordre du jour.

Le Comité d'organisation de la Conférence a préparé un programme très attrayant de réceptions et d'excursions ; ces dernières feront connaître aux congressistes les principales institutions antituberculeuses du Portugal, ainsi que les sites admirables de ce pays renommé pour sa beauté.

Les membres de l'Union Internationale sont invités à la Conférence et sont exemptés de tous frais d'inscription. Ils sont priés de remettre leur adhésion, soit par l'intermédiaire de leur gouvernement ou Association nationale, soit directement au Comité d'organisation de la Conférence, à l'adresse suivante :

Comité d'organisation de la Xe Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose, Assistencia Nacional aos Tuberculosos, Avenida 24 de Julho, Lisbonne (Portugal).

Les inscriptions pourront également être reçues au siège du Secrétariat de l'Union Internationale contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

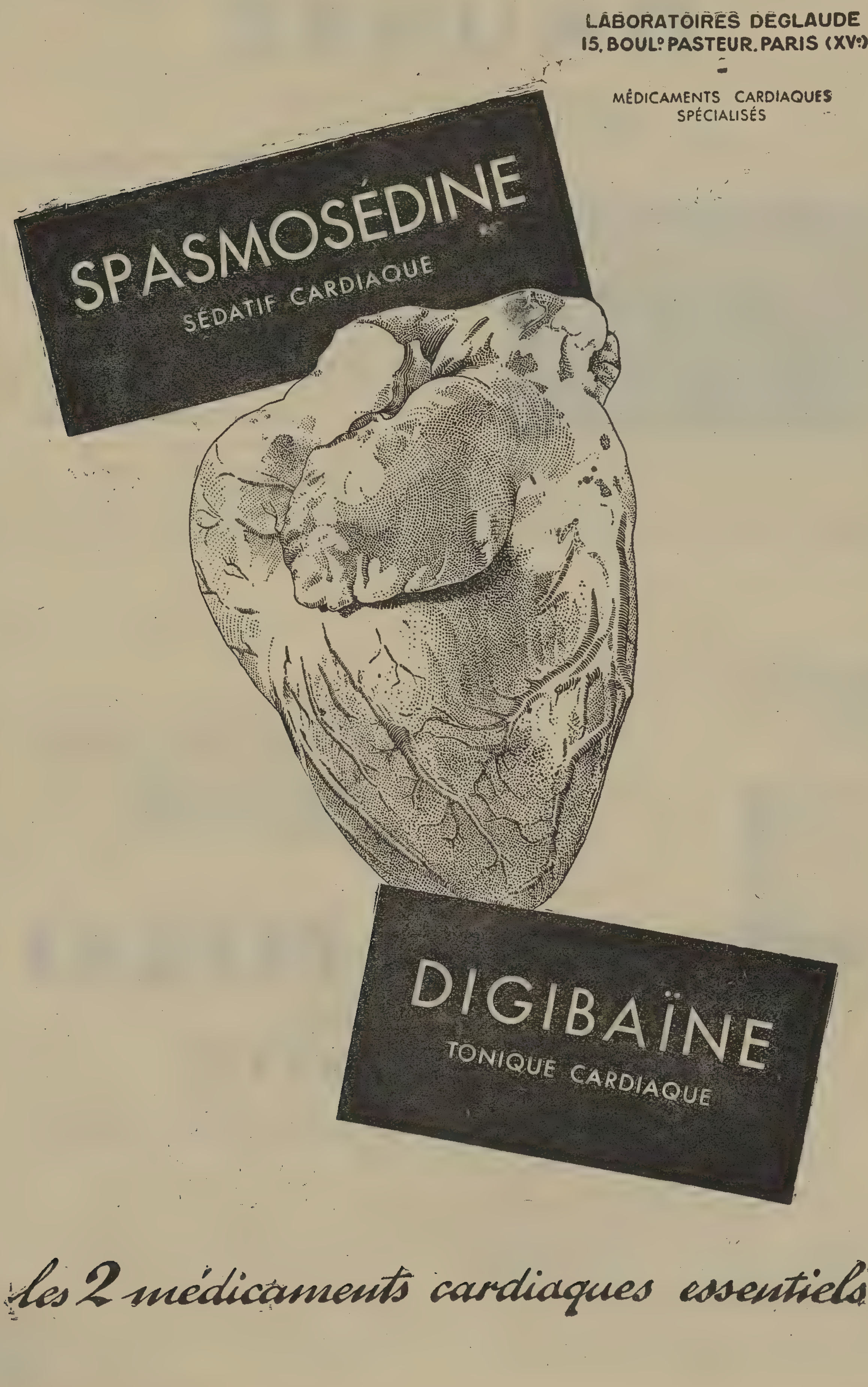
Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désirent s'inscrire comme « Membres de la Conférence » doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 200 escudos (environ 125 francs français), exclusivement par l'intermédiaire du :

Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Les congressistes bénéficieront de réductions sur les prix des hôtels et des chemins de fer.

RENSEIGNEMENTS

POSTE A CÉDER de suite. Côte d'Azur. Méd. gén. et enfants. Ult.-viol., diath. Tr. bel appart. rem. à neuf. Bail : 5 ans à 7.000 fr. Revenu ann. : 110.000. Partie compt. exigée. S'adr. M. Heinen, 100, r. Montmartre, Paris.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR. PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

REVUE GENERALE

PHYSIOPATHOLOGIE DE LA PTOSE GASTRIQUE

ET DES MANIFESTATIONS CLINIQUES QUI L'ACCOMPAGNENT [1]

Par M. A.-C. GUILLAUME.

Rôle de la position du pylore dans les troubles produits par la ptose. — Bouveret, Chapotot, Simmonds, Enriquez, attribuent la dilatation de l'estomac, dans les ptoses, à la *dislocation* ou *ptose du pylore*, et Hayem déclare que *l'extrême fréquence de la dislocation pylorique, déjà reconnue par Bouveret, a été confirmée par la radiologie*. Bouveret attribuait à la ptose du pylore, combinée à la traction de l'estomac, les troubles de la perméabilité de l'orifice pylorique. Actuellement, on pense, au contraire, que *le maintien en position normale du pylore accentue les troubles de la ptose, car la lutte de l'estomac abaissé pour remonter les aliments jusqu'au pylore, est plus importante*. A la notion de ptose du pylore produisant le trouble de l'évacuation par simple effet du déplacement et de la coudure, on substitue donc *les troubles d'évacuation par formation d'un bas-fond gastrique s'opposant au drainage de l'estomac par l'effet de la pesanteur*.

Sans juger actuellement de cette théorie des effets de la pesanteur, on doit cependant faire remarquer certains faits.

La ptose du pylore n'a pas, semble-t-il, de valeur pathogène particulière, c'est un phénomène normal qui accompagne la position du reste de l'estomac ; un estomac hypertonique a un pylore haut situé et à droite, un estomac fortement atonique a un pylore bas situé et dans le flanc gauche. Ceci est le fait normal et banal. Mais comment expliquer, alors, qu'il y ait des estomacs atoniques avec pylore haut et à droite, et que, précisément, de tels estomacs présentent un maximum de troubles dans l'ordre des accidents attribués à la ptose. On dit, aujourd'hui, qu'il s'agit, dans ces cas, d'estomacs dont la ptose porte seulement sur le corps de l'organe, le pylore n'ayant pas suivi le déplacement gastrique, et cette conservation de la position haute pylorique créant un bas-fond de drainage difficile. En réalité, l'explication d'un tel fait est, à mon sens, *dans la nature pathologique de ces fixations (hautes et à droite) du pylore, associées à un estomac ptosé*. La croyance dans une bonne conservation apparente de la fixation du pylore dans une position haute est, dans ces cas, une erreur ; le pylore n'est pas, là, à sa place normale, *il est en réalité fixé dans une position haute par un processus pathologique, et c'est ce processus qui, justement, produit les troubles d'évacuation gastrique* et donne, à ces variétés de ptose avec pylore haut, ce caractère de ptoses graves avec troubles intenses et rebelles. *De tels faits n'appartiennent d'ailleurs plus guère à la catégorie des ptoses, mais à celle des troubles d'évacuation gastrique par atteinte pylorique et périduodénopylorique, avec troubles du fonctionnement pyloro-duodénal.*

D'après mes constatations, c'est dans un tel sens qu'il faut modifier l'interprétation du rôle de la fixation pylorique des estomacs ptosés. Mais il y a d'autres opinions.

Gutmann écrit : « La position respective de l'antre prépylorique et du contour pyloro-duodénal est donc très importante. D'une façon générale leur abaissement simultané est mieux toléré que les dislocations et il faut ajouter, comme correctif, à péristaltisme égal. Un estomac à pylore haut et à péristaltisme fort sera, ainsi, dans de meilleures conditions qu'un estomac dont le pylore et le duodenum sont bas, mais dont les contractions sont déficientes ».

Et il dit aussi : « Sous l'influence de l'hypotonie progressive le bas-fond gastrique s'abaisse tandis que le pylore reste sensiblement en place ». Mais dans la ptose, « le pylore a souvent tendance, par la faiblesse et l'allongement de ses moyens de fixité, à descendre en bas et à gauche. On peut le voir, dans les grandes ptoses, situé sur le flanc gauche du rachis. Il est en général, sauf adhérences, très mobile de bas en haut et dans le sens transversal. D'autres fois, le pylore reste en place, c'est le cas des ptoses, surtout atoniques, avec peu de déficience des moyens de fixation ; c'est le cas aussi lorsque des adhérences fixent la région pylorique sous le foie. *Il est facile de concevoir qu'un estomac à fond abaissé se videra d'autant plus facilement que son orifice inférieur sera plus bas ; il sera, au contraire, obligé de lutter pour évacuer, s'il est forcé de faire remonter son contenu à travers un antre prépylorique vertical vers un pylore accroché haut (dislocation verticale)*. Le maximum de troubles appartient aux cas de ptose gastrique avec périviscérite fixant le pylore sous le foie et gênant le transit. Ces périviscérites agissent d'ailleurs surtout sur le bulbe et le genu superius ».

Ceci est parfaitement exact, mais il faut, à mon avis, interpréter ce fait comme une preuve de ce que je disais sur la nature pathologique de ces fixations du pylore, qui aggrave les ptoses non parce que le pylore est haut situé, mais parce que le fonctionnement pylorique est gêné par la lésion pylorique et péripylorique, quelle que soit la position du bas-fond.

Rôle de la cardioptose. — Il est des cas où la *grosse tubérosité est vraiment séparée du diaphragme*. L'estomac semble alors pendre au cardia, et cette ptose réalise vraiment la seule forme de ptose gastrique que certains veulent admettre. La grosse tubérosité n'a plus sa forme arrondie, elle s'allonge et peut même presque disparaître.

Il est possible qu'une ptose du cardia soit nécessaire pour permettre le décollement gastro-diaphragmatique, c'est l'opinion de Schlesinger qui décrit une *cardioptose véritable*. La coudure œsophagienne résultant de cette cardioptose pourrait intervenir pour faire apparaître des troubles locaux : douleurs, spasmes du cardia et de l'œsophage et, surtout, aérophagie.

Rôle de la ptose duodénale. — La ptose duodénale jouerait également un rôle important d'après Gut-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 58, p. 1029 ; n° 60, p. 1061.

mann. Le duodénum n'est pas un organe fixe, mais, normalement, il est seulement mobile dans sa portion bulbaire (ou première portion) ; le reste est fixe, mais avec des réserves sur les positions individuelles. La ptose du pylore peut être accompagnée d'une ptose duodénale complète ; celle-ci faciliterait d'ailleurs l'évacuation gastrique, déclare Gutmann, sauf s'il y a compression du duodénum par l'antre ou le bas-fond gastrique ptosés. De même, la ptose pylorique ne s'accompagne pas forcément d'une ptose duodénale, et quand cette ptose duodénale se produit, elle n'est pas nécessairement *parallèle* à celle de l'estomac. Ceci dépend des particularités individuelles de fixation du duodénum.

Plusieurs éventualités sont observées : le *genu superius reste accroché sous le foie, le bulbe s'étire, le reste du duodénum est ptosé comme l'estomac.* Cette angulation du genu superius peut produire des troubles, une gêne de l'évacuation gastrique, une gêne de la neutralisation du chyme acide de l'estomac dans le bulbe, ce qui produit une irritation chimique, un spasme et une augmentation de la gêne fonctionnelle et des douleurs. *La ptose se complique alors d'un véritable syndrome pylorique* et peut aboutir à l'ulcus.

Autre possibilité. *Tout le duodénum est descendu, sauf l'angle duodéno-jéjunal qui reste fixé.* Il en résulte des troubles légers de stase duodénale avec un syndrome de sténose duodénale.

Dans d'autres cas, *tout le duodénum est mobile, c'est le duodenum mobile, dont il existe également des formes partielles* (duodénum mobile jusqu'au mésocôlon transverse, duodénum mobile dans une partie de sa deuxième portion). Le duodénum mobile peut avoir un aspect normal dans la position couchée, il n'apparaît vraiment que dans la position debout et à proportion de l'abaissement de l'estomac.

Parmi les anomalies duodénales, il en est une qui a une certaine importance, *c'est l'existence d'une portion duodénale supplémentaire intercalée entre le bulbe et l'origine de la portion descendante. Cette* portion supplémentaire varie, en longueur, de la dimension d'un petit tractus à celui d'une anse longue. Elle peut se laisser distendre (aspect de dilatation) et faire une *véritable poche avec stase,* s'il existe une gêne du transit.

Ces dispositions de *duodénum mobile* et de *portion supplémentaire,* peuvent produire des troubles : douleurs plus ou moins tardives, parfois avec renvois acides et salivation. L'ictère peut être observé, et quelquefois aussi des troubles intestinaux et de la diarrhée. Les phénomènes inflammatoires de la poche stasique peuvent produire une hémorragie. La duodénite peut aboutir à l'ulcère, c'est l'ulcère par stase et, d'après Gutmann, dans une forte proportion des cas (60 %), il se produirait un ulcère duodénal ou gastrique quand il y a duodénum mobile.

Seul l'examen radiologique permet de reconnaître ces états de ptose et de mobilité duodénale.

A l'inverse de ces faits, étudiés par Gutmann, et dans lesquels la ptose duodénale vient ajouter ses troubles à ceux de la ptose gastrique et la compliquer, il faut, d'après mes constatations, signaler les faits de ptose gastrique jusqu'alors cliniquement latente et qui se révèle à l'occasion de désordres du fonctionnement duodénal produits par des troubles de la motricité duodénale (antépéristaltisme et stase). Ces phénomènes de gêne du transit duodénal et de sténose ont des causes multiples ; on les observe, en particulier, en coïncidence avec des signes de périduodénite, dont l'apparition a précédé dans certains cas le début des troubles du fonctionnement duodénal. On ne peut, dans ces cas, attribuer la périduodénite à la stade duodénale, mais, souvent, à des troubles hépatiques. Dans un cas que j'ai observé, la périduodénite paraissait due à une péritonite limitée, d'origine infectieuse, au cours d'une septicémie staphylococcique (furonculose) et il y avait, au début des accidents, une phase aiguë fébrile avec réaction limitée du péritoine abdominal épigastrique, puis une sténose progressive du duodénum qui s'était constituée lentement en plusieurs années. La compression duodénale paraît intervenir, aussi dans certains cas. De toutes façons, les troubles attribués à la ptose apparaissent dans ces cas à l'occasion du trouble de perméabilité duodénale et, en réalité, le syndrome clinique de ptose est alors seulement un syndrome duodénal.

Rôle de la position du corps de l'estomac et des troubles de l'évacuation gastrique dans l'atonie et les ptoses. — La position du corps de l'estomac ne semble avoir en elle-même aucune importance ni signification pathologique. Le seul élément qui ait un certain intérêt est *l'évacuation gastrique.*

Kemp a constaté, dans 74 % des cas de gastroptose non compliquée, un retard d'évacuation du repas d'épreuve. Faber a constaté chez 46 % des dyspepsies fonctionnelles de la femme, une rétention alimentaire intermittente, associée à un léger degré de gastroptose indiquant un trouble de l'évacuation. Faroy a constaté, dans 16 % des cas, du liquide acide à jeun.

Ces troubles de l'évacuation, qui sont en rapport d'ailleurs avec l'atonie et les phénomènes de début de l'insuffisance motrice de l'estomac, sont un des éléments dominants des conditions qui peuvent expliquer les troubles cliniques observés en association avec les ptoses.

Ces troubles de la motilité et le retard dans l'évacuation sont d'ailleurs profondément influencés dans leur production et leur développement par les modifications de l'innervation produites par les conditions psychiques ou névropathiques, et par les actions réflexes (indépendantes des lésions qui peuvent se produire dans l'estomac et le duodénum), créant, ainsi, un trouble pylorique associé à un trouble moteur des nerfs de l'estomac.

Rôle de la sécrétion gastrique. Le retard d'évacuation serait une condition déterminante de la production d'une gastrite, surtout dans les cas où sont associés des troubles de la sécrétion gastrique (hyper- ou hypochlorhydriques) ou des altérations produites par le contenu alimentaire stagnant.

Cependant il n'y a aucun rapport constant entre le syndrome ptosique et les modifications de la sécrétion gastrique. Si l'on étudie le chimisme gastrique chez les patients atteints de ptose, on ne constate aucune

modification systématique de la sécrétion. Il y a des ptoses avec hyperchlorhydrie, d'autres avec hypochlorhydrie ou achlorhydrie ; d'autres ont une sécrétion normale, et, qui plus est, à des examens répétés on ne trouve pas les mêmes chiffres. Il en est de même pour la pepsine. On ne peut donc, actuellement, attribuer à la ptose un syndrome sécrétoire déterminé.

Rôle de la pesanteur dans le drainage du bas-fond gastrique. — Cette notion domine actuellement les idées directrices sur le mécanisme de la ptose et son traitement. C'est pourtant une notion extrêmement critiquable.

Carman écrit : « Beaucoup de l'importance de la ptose est fondée sur la notion du *drainage déclive par l'effet de la pesanteur,* notion que Cannon déclare inexacte. Le *fonctionnement du pylore et le tonus gastrique ont beaucoup plus d'action sur la motilité gastrique que la hauteur du pylore au-dessus du bas-fond.* Un estomac bas situé est habituellement hypotonique et pour cette raison d'hypotonie il est évacué avec un certain retard qui, pour cette seule cause, ne peut excéder six heures. L'insuffisante recherche des lésions extragastriques (digestives et non digestives) explique beaucoup des troubles attribués à la ptose gastrique et probablement aussi la faveur accordée à la ptose. Un certain degré de ptose gastrique est beaucoup plus la règle que l'exception si l'on fait une recherche systématique des anomalies par examen de tous les individus ».

Ailleurs, j'ai montré, par l'observation d'une série de faits morphologiques, physiologiques et pathologiques, que *la notion de bas-fond déclive n'explique pas les troubles d'évacuation gastrique dans les ptoses,* et que *cette évacuation gastrique dépend uniquement des troubles apportés à la motilité de l'estomac.*

Importance clinique de la gastrite anatomique. — Orator, Faroy ont attribué à la pyloro-gastrite et à la gastrite une partie des troubles observés dans les ptoses. L'explication des dyspepsies par la gastrite est d'ailleurs de celles qui reviennent périodiquement. Hayem rapportait à des lésions méconnues de la muqueuse gastrique la presque totalité des troubles dyspeptiques ; dans son opinion, l'influence du système nerveux est plus apparente que réelle et les manifestations névropathiques sont presque toujours une conséquence d'une lésion de la muqueuse de l'estomac. Le catarrhe muqueux a beaucoup servi, également, en Allemagne, pour expliquer les dyspepsies. Plus récemment, F. Ramond voit dans la gastrite l'explication d'un bon nombre de troubles de l'estomac et les recherches gastroscopiques récentes de Moutier montrent l'existence de lésions ou de modifications d'aspect de la muqueuse gastrique chez la plupart des dyspeptiques et même chez beaucoup de sujets qui ne se plaignent d'aucune dyspepsie, ou chez des patients atteints de troubles d'autres appareils que ceux du tube digestif (modifications sanguines et manifestations cutanées).

On étend ainsi beaucoup la gastrite et on lui donne une importance égale à celle que Broussais lui attribuait autrefois en pathologie : *le rôle de cause des troubles digestifs et même de la plupart des maladies.* Il apparaît difficile, dans ces conditions, qu'un seul dyspeptique ne présente pas au moins une petite lésion de gastrite qu'avec un peu de bon vouloir on peut rendre responsable de tous les troubles et symptômes observés. Cette extension même de la gastrite permet de douter du rôle pathologique qu'on lui attribue. On peut se demander s'il ne s'agit pas là de lésions banales, aussi banales que les lésions cadavériques constatées par Broussais, et dont on n'a pas retenu la valeur indicative. On peut aussi se demander si ces lésions de gastrite observées chez les dyspeptiques sont des phénomènes primitifs ou si elles sont simplement des phénomènes secondaires, une conséquence et non pas une cause de troubles dyspeptiques constatés. D'autre part, l'estomac est un organe que nous soumettons à un régime difficile à supporter pour une muqueuse ; un organe auquel nous imposons un service tout particulièrement rude ; les alcools, les épices, les produits putréfiés et fermentés, et jusqu'à des corps durs sont portés au contact de cette muqueuse ; saisie par le froid d'une glace, elle est, l'instant d'après, inondée d'un liquide bouillant. Quel est le tissu qui résisterait à pareil traitement ? S'il est une chose qui étonne, c'est que notre muqueuse résiste, qu'elle ne soit pas, en peu de temps, tordue, bouillie, arrachée, percée de trous et emportée en petits morceaux, et puisqu'il n'est pas d'individu chez lequel on ne trouve pas de lésions de gastrite, que ces lésions sont observées aussi bien chez les dyspeptiques que chez les individus à digestion saine et sans troubles, des individus qui « digèrent des cailloux », il apparaît que les lésions de gastrite n'ont peut-être pas le rôle capital qu'on leur fait jouer dans la genèse des troubles dyspeptiques.

J.-C. Roux écrit très justement : « Les lésions de la muqueuse gastrique sont extrêmement banales. Il n'est pas un estomac d'adulte sur lequel on ne trouve des lésions de gastrite plus ou moins étendues et pourtant tous ne présentent pas une maladie de l'estomac. Les lésions de la muqueuse gastrique devraient être considérées comme l'état normal de l'estomac de l'adulte ; organe de défense de l'intestin, l'estomac est, de par son rôle physiologique, destiné à présenter des lésions dès que la vie s'est prolongée un certain temps ».

Ceci réduit sensiblement l'importance attribuée aux gastrites dans la production des troubles de la ptose.

Le rôle du nervosisme. — D'une façon habituelle, sinon constante, *les patients accusant les troubles du syndrome ptosique présentent à l'examen les stigmates du nervosisme et de la névropathie* (réactions sympathiques multiples, état psychique anxieux, inquiétude constitutionnelle avec localisations hypochondriaques, affectivité déréglée, réactions excessives aux agressions morales, retentissements anormaux du moral sur le physique). Ces troubles de nervosisme et de névropathie sont même si importants chez les ptosiques qu'ils fournissent la plus forte part de la symptomatologie de ces états. D'une façon habituelle, on attribue ces troubles névropathiques à la ptose, dont ils seraient une conséquence réflexe. En réalité, si l'on

explore attentivement les phases de début de la maladie, *on voit que le syndrome ptosique est apparu, bien souvent, à l'occasion de chocs affectifs, de préoccupations, de surmenage, toutes agressions du psychisme dont l'action est précisément de faire apparaître des névroses anxieuses et des troubles sympathiques.* Les troubles névropathiques installés, la ptose gastrique, qui existait depuis longtemps chez certains malades (comme l'avaient montré des examens antérieurs dans certains cas), et qui étaient une *ptose muette*, devient génératrice de troubles ; ainsi, les troubles psychonévropathiques ont cliniquement fait apparaître la ptose, ils l'ont révélée, comme fait un révélateur en photographie.

Les moyens par lesquels la névropathie intervient pour faire apparaître les troubles, sont multiples, mais peuvent être groupés en deux catégories : *l'apparition d'une sensibilité anormale des plexus nerveux viscéraux*, dont la modalité la plus apparente est *l'angioalgie* et dont la *solarite* est souvent le symptôme dominant ; *l'apparition de troubles moteurs gastriques et intestinaux* (inhibition atonique de la cavité de remplissage de l'estomac, inhibition du péristaltisme, spasme antropylorique, constipation et stase intestinale) ; accessoirement, *l'apparition de troubles hépatiques* qui, d'ailleurs, peuvent être la conséquence des troubles intestinaux. Ce qui montre bien que les phénomènes nerveux peuvent être la cause des troubles constituants du syndrome ptosique, c'est que ces troubles sensibles et moteurs sont observés, en dehors de la ptose, dans les mêmes conditions d'états affectifs. Sur des points d'attache rendus sensibles par le *névralgisme névropathique des plexus*, les *tractions* et les *tiraillements* vont agir pour accentuer les douleurs, produire des spasmes ou les exagérer.

Rôle de l'inhibition motrice névropathique. — L'étude des retentissements de la vie morale sur le physique est une préoccupation ancienne, et de nombreux exemples ont été donnés de perturbations produites dans le fonctionnement moteur et sécrétoire de l'estomac par des modifications affectives permanentes ou transitoires. Des faits de cet ordre ont été signalés chez les animaux d'expérience par Cannon, par Carnot, par Le Conte, Pawlow, Bichel, Sasaki, Carlson, Auer, Commel, Katsch. Chez l'homme, certains faits voisins ont été signalés par Muller, par Loeper (états commotionnels), par Cannon (états émotifs), par Monges (paralysie gastrique d'origine émotive) ; depuis longtemps, déjà, Chomel attribuait certaines indigestions à de grandes émotions. J'ai montré ailleurs que le choc émotif (comme la migraine) produit une *inhibition gastrique temporaire* dans laquelle sont associés une atonie-apéristaltisme du saccus digestorius (cavité gastrique) et un spasme du canal pylorique. Cette modification est produite par une *hypertonie sympathique*, c'est l'*estomac sympathicotonique*, modification fonctionnelle qui produit un retard ou un arrêt de l'évacuation et souvent des vomissements. J'ai montré, également, que cette inhibition gastrique est produite par les états anxieux, où elle apparaît sous une forme durable et récidivante. Ainsi, l'atonie, l'apéristaltisme, le spasme pylorique, observés dans les ptoses, reçoivent une explication et leurs rapports avec la névropathie et les états affectifs deviennent compréhensibles sinon évidents.

Rôle de l'orthostatisme. — L'apparition des troubles et douleurs ou leur accentuation sous l'*influence de l'orthostatisme*, est un des symptômes principaux du syndrome ptosique, *particularité qui contraste* avec *l'amélioration produite par la position couchée.* L'épreuve de la sangle (soulagement ressenti si on relève l'abdomen, impression de malaise et de vide si on relâche brusquement le moyen de contention pour laisser tomber l'abdomen), est un autre symptôme de grande valeur. Chacune de ces deux particularités met bien en évidence *le rôle des tractions exercées sur les plexus et ligaments viscéraux.* Il apparaît donc que les *tiraillements intérieurs* jouent un rôle important dans les troubles ptosiques, et l'on peut supposer que ces tiraillements, en dehors de l'action algésiante opérée sur les plexus, peuvent, de cette façon, produire des réflexes dont l'action sur la motricité vasculaire et digestive n'est pas indifférente.

L'influence exercée par *l'orthostatisme* sur la fonction viscérale est d'ailleurs apparente chez certains sujets ; elle se manifeste non pas comme l'effet physiologique exagéré d'une fonction physiologique, mais bien comme l'effet de la position debout agissant chez certains sujets pathologiques qui, du fait de cette disposition pathologique, présentent des troubles non observés chez le sujet sain. L'albuminurie orthostatique est une des manifestations de cette disposition individuelle aux réactions provoquées par la position debout. Récemment, Abrami a groupé sous le nom de *maladie de l'orthostatisme*, ou *maladie orthostatique*, les différentes manifestations isolées des effets produits par la position debout chez certains individus, et il attribue une forte partie de ces troubles orthostatiques à des modifications de l'irrigation viscérale produites par une modification de la répartition sanguine dans un système vasculaire altéré par des dispositions constitutionnelles.

Dans ces cas, l'orthostatisme produit une série de troubles : céphalées, syncopes, asthénie, douleurs, vertiges, nausées, tachycardie, hypertension, pâleur du visage, lassitude. Les symptômes orthostatiques de G. Leven, les réflexes abdomino-cardiaques de Livierato et de Prevel, les réflexes viscéraux, l'albuminurie orthostatique d'origine rénale, la glycosurie et l'amaigrissement orthostatiques d'origine pancréatique, les troubles respiratoires et circulatoires (en particulier l'acrocyanose) sont également une manifestation de cette maladie de l'orthostatisme. Parfois l'orthostatisme produirait aussi la constipation et le subictère et une douleur vésiculaire.

Ces troubles seraient la *conséquence d'une absence de la vaso-constriction capillaire*, qui, normalement, est un phénomène d'adaptation à la position debout. Ainsi, le sang stagne dans les réseaux capillaires et veineux ; il se produit une chute brutale de la tension artérielle maxima et surtout de la minima (hypotension orthostatique). L'origine de cette perturbation des fonctions capillaires est attribuée à une *labilité constitutionnelle du système sympathique.*

En fait, si cette conception générale est assez séduisante, il y a des critiques à faire à son interprétation de détail. Le réseau capillaire est largement indépendant du système sympathique, qui agit sur les artérioles. Il est donc assez difficile de rattacher directement le trouble capillaire à une action du sympathique sur ces vaisseaux. D'autre part, l'étude capilloscopique des syndromes capillaires m'a montré des faits qui ne concordent guère avec une telle explication. Mais la stase veineuse et capillaire est un fait admissible, même si l'on se refuse à admettre l'explication proposée.

Remarquons aussi que cette maladie orthostatique rejoint les conceptions anciennes de Glénard, et surtout celles de Tuffier et de Stiller, sur la constitution des ptosiques.

Conclusions. — Dans le long exposé précédent, j'ai voulu étudier les différents aspects anatomiques et fonctionnels de la ptose, et les opinions formulées pour expliquer la ptose et les troubles qui lui sont attribués.

Tous ces faits permettent quelques conclusions.

I. *Si l'on entend par estomac normal, un estomac qui ne présente aucun trouble notable, qui ne fait pas parler de lui, on constate qu'il n'existe pas de forme normale (anatomique et radiologique) de l'estomac, mais il existe une grande variété d'aspects différents, qui sont d'ailleurs variables, dans d'importantes limites, et même assez souvent d'un moment à l'autre chez le même sujet. Il n'y aurait donc pas, alors, de définition anatomique et radiologique de l'estomac ptosique.*

II. *A l'inverse, si l'on admet qu'il existe des formes radiologiques normales de l'estomac (estomac en corne de bœuf) et des formes anormales ou ptosiques, il faut conclure que la majorité de ces aspects radiologiques ne correspond à aucun trouble présent ou passé de l'estomac. L'observation des patients montre même que, dans nombre de cas, ces aspects radiologiques ptosiques peuvent apparaître, disparaître, à diverses périodes, ou même rester permanents, sans jamais être accompagnés de troubles gastriques. On est amené à penser, ainsi, qu'il existe des formes purement radiologiques de la ptose, formes seulement anatomiques et qui ne sont en aucune façon génératrices de troubles, dans le passé, le présent et l'avenir du sujet. Si l'on admet que ces estomacs sont ptosiques*, il faut alors admettre *l'existence d'une ptose muette.*

III. Parmi les *patients qui présentent à la fois une image radiologique de ptose et des troubles digestifs, et dont l'état peut être désigné sous le nom de ptoses associées, il faut faire des catégories. Il y a des sujets qui ont, simultanément, une ptose radiologique et des troubles dont l'origine peut être aisément décelée et située dans le tube digestif* (lésion pylorique ou duodénale, stase intestinale), *dans les organes voisins ou annexes* (appendicite, cholécystite, hépatite, troubles pancréatiques), *dans une lésion de la paroi abdominale* (hernie épigastrique et de la ligne blanche, hernies inguinales), *dans les organes du bassin* (salpingite, rétroposition utérine), *ou l'appareil urinaire* (calculs, hydronéphrose) ; *il y a aussi des troubles dont l'origine est purement psychopathique.* Toutes ces formes *de la ptose radiologique associée à des troubles dont il est aisé de reconnaître l'origine dans d'autres causes,* peuvent être désignées sous le nom de *ptoses avec symptômes d'emprunt.* En réalité, la ptose n'a pas ici de rôle véritable, et parler de ptose c'est méconnaître le véritable diagnostic.

IV. *Mais il y a aussi des sujets chez lesquels la ptose coexiste avec des troubles auxquels il est difficile de trouver une autre origine et une autre explication.* De ces ptoses on peut dire : *ptoses cliniques* ou *ptoses accompagnées ;* tout en pensant que la connaissance des faits de la pathologie digestive peut modifier cette classification.

V. *Pour expliquer les troubles observés dans cette catégorie de faits,* on a proposé de nombreuses théories, dont la plus simple est la constitution d'un basfond gastrique dû aux effets de la pesanteur, basfond qui s'oppose à la bonne évacuation de l'estomac. A cette théorie simplement statique, il faut opposer de nombreuses constatations, qui orientent l'esprit vers d'autres conceptions. Actuellement, on est en droit de penser que *les troubles de l'évacuation gastrique ne sont pas la conséquence d'effets statiques de la pesanteur, mais la conséquence de troubles dynamiques de la motilité gastrique* (atonie, apéristaltisme) *produits dans certains cas par des lésions pyloroduodénales ou de péripyloroduodénite* et dans d'autres cas par des *phénomènes d'inhibition motrice d'origine nerveuse psychique ou réflexe.*

VI. L'origine des troubles observés dans les ptoses accompagnées n'est d'ailleurs pas exclusivement motrice, *il existe également des phénomènes sensibles* de très grande importance ; ceux-ci peuvent être attribués à une *sensibilité anormale des plexus nerveux viscéraux, en particulier des plexus périvasculaires* (angioalgie), sensibilité qui serait la *conséquence du nervosisme anxieux et de certaines inflammations abdominales.* Sur ces plexus, sensibilisés par le nervosisme ou l'inflammation, les *tractions exercées sous l'influence de la pesanteur produisent des douleurs* et sont le *point de départ de réflexes directs et de réflexes conditionnels,* de réflexes de voie courte ou de voie longue (psychisme) qui ajoutent aux désordres moteurs.

A toutes ces conclusions particulières sur tel ou tel point de détail des ptoses gastriques, il faut ajouter une conclusion d'ordre général et dire : de toutes façons, *le problème physiopathologique de la ptose gastrique n'est pas limité à l'estomac,* il fait participer les *autres viscères abdominaux* et, surtout le *système nerveux,* y compris, et presque même surtout, le psychisme conscient, semi-conscient et subconscient.

Très souvent également, l'exploration du sujet montre que *la ptose gastrique (radiologique) n'est pas un phénomène isolé,* mais n'est qu'*un des éléments seulement de multiples dispositions physiques, psychiques et fonctionnelles* qui caractérisent une constitution.

La vie médicale aux XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles, par le docteur Paul DELAUNAY, membre de la Société française d'Histoire de la médecine. — Un vol. grand in-8°, avec 114 illustrations. (Collection Hippocrate. Directeur, professeur Laignel-Lavastine). — Prix : 40 fr. — Le François, éditeur, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1935.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1936)

Action comparée de l'insuline et du principe hypoglycémiant du jéjunum chez le chien dépancréaté. — MM. Francis Rathery, André Choay et Pierre de Traverse.

Sur une nouvelle méthode de mise en évidence du pouvoir sympathicolytique. — M. Raymond Harnet.

Sur une dissociation du staphylocoque. — MM. Anthelme Rochaix et Pierre Rivollier.

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1936)

Virus isolé des souris et retrouvé chez l'homme au cours de la vaccination contre la fièvre jaune. — MM. Jean Laigret et Roger Durand.

Atténuation du virus de la peste aviaire par les rayons X. — MM. Baruch Samuel Levin et Iwo Lominski.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 28 JUILLET 1936)

Rapports. — M. Pouchet dépose un rapport sur des demandes en autorisation d'eaux minérales.

M. Couvelaire lit un rapport sur des modifications à apporter au recrutement et à la formation technique des sages-femmes.

Le lait de femme. — MM. Doléris et Salles font une communication sur l'utilisation du lait de femme, puisé au sein de nourrices mercenaires et conservé aseptiquement pour l'alimentation des enfants assistés débiles du premier âge, placés dans une pouponnière d'entraînement à la campagne.

A ce propos M. Lesage attire l'attention de l'Académie sur l'union de la maison maternelle départementale et la pouponnière d'entraînement des enfants assistés.

M. Doléris et M. Salles, Inspecteur de l'Assistance publique, ont réalisé cette union. En effet, à la maison maternelle certaines femmes peuvent être convenablement entraînées à fournir du lait pour deux enfants. Par des moyens simples, le lait peut être transporté à la pouponnière d'entraînement des enfants assistés. Le pupille reçoit ainsi un allaitement mixte, où le lait de femme apporte sa puissance bonificatrice. L'idéal serait que, dans chaque préfecture, la maison maternelle départementale, l'hospice dépositaire et la pouponnière d'entraînement des enfants assistés soient porte à porte.

Existe-t-il encore une chorée rhumatismale ? — M. L. Babonneix. Que faut-il penser de la théorie qui attribue à la chorée de Sydenham une origine rhumatismale ? Bien qu'elle ait été très discutée dans ces dernières années, elle doit être considérée comme vraie, ainsi qu'en témoignent nombre d'arguments : fréquence, dans cette affection, des déterminations articulaires et des cardiopathies ; apparition, lors de la période aiguë, d'accidents nerveux identiques au rhumatisme cérébral ; constatation, à l'autopsie, de nodules d'Aschoff. Mais comment expliquer alors les phénomènes encéphalitiques qui, parfois, la compliquent ? Sans doute, en admettant que certains virus du rhumatisme peuvent acquérir des propriétés neurotropes et se localiser sur les voies extra-pyramidales. Dans la plupart des cas, les lésions prédominent, en effet, sur les ganglions de la base.

L'immunisation antidiphtérique des étudiants en médecine. — M. Robert Clément. Chaque année, de nombreux étudiants ou membres du personnel médical contractent la diphtérie à l'hôpital ; 40 à 50 % des jeunes étudiants ont une réaction de Schick négative.

Pour prévenir cette redoutable maladie et les complications qu'elle engendre, il faudrait rechercher systématiquement la réceptivité des étudiants en médecine vis-à-vis de la diphtérie et pratiquer chez les sujets reconnus réceptifs, l'immunisation préventive.

Avec quelques précautions, la réaction de Schick a une valeur pratiquement suffisante pour déterminer ceux qu'il faut vacciner. En recherchant systématiquement la sensibilité de chaque individu à l'anatoxine de Ramon, on peut immuniser sans danger la grande majorité des sujets.

Des essais de vaccination par voie rectale n'ont pas été suivis de succès ; chez les hypersensibilisés, on pourra essayer la désensibilisation ou utiliser la voie nasale.

Contribution à l'étude du choc. — M. H. Violle continuant des expériences faites jadis avec Penfold sur la grande toxicité chez le lapin, d'injections de mélanges d'eau distillée et de bactéries, alors que chacun de ces constituants à lui seul est inactif, constate qu'un mélange d'eau distillée et de sérum provoque les mêmes effets toxiques. Cette toxicité est bien due à l'action de la lyse des globules rouges sur le sérum.

Il semble bien que certains accidents constatés chez l'homme puissent être rattachés à ces phénomènes expérimentaux. Ils doivent se rencontrer plus particulièrement chez des sujets à fragilité globulaire ou ayant été traités par des injections thérapeutiques hémolysantes et recevant, en second lieu, des sérums thérapeutiques ou étant soumis à des transfusions sanguines incorrectes, ou encore en état d'infection bactérienne ou parasitaire, manifeste ou latente.

Méthodes statistiques de dosage biologique de la scille. — MM. Cahen et Launay.

Recherches sur l'agglutination de souches staphylococciques isolées de pyélites. — MM. A. et R. Sartory et J. Meyer.

Nécessité d'un examen médical complet des candidats à la naturalisation et de leur famille. — M. F. Jayle.

Sur les variations des pressions minima et maxima des ventricules, les courbes respiratoires du cœur et leur rapport avec les arythmies. — M. de Somer.

Vacances. — *La prochaine séance de l'Académie aura lieu le mardi* 6 *octobre prochain.*

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 MAI 1936)

Infection gonococcique expérimentale chez le cobaye. — MM. A. Grimberg et S. Mutermilch ont obtenu une urétrite et une orchite gonococcique par injection de cultures pures et de pus directement dans les vésicules séminales du cobaye.

Régénération des bactériophages chez le B. megatherium lysogène. — M. E. Wollman et Mme E. Wollman. Une suspension de *B. megatherium* lysogène peut être débarrassée, par des centrifugations successives, de la très grande majorité de ses bactériophages (facteurs lysogènes). Alors

que la suspension initiale fournit un corpuscule bactériophage par une ou plusieurs colonies de *B. megatherium*, la suspension ainsi « lavée » ne fournit plus qu'un facteur lysogène par 1.000-10.000 colonies. Or, toutes les colonies qui se développent à partir de germes ainsi débarrassés de bactériophages sont, de nouveau, lysogènes. Il y a donc régénération de bactériophages pendant la multiplication de ces germes.

Ce fait établit l'origine bactérienne des bactériophages et conduit, par là même, à écarter la théorie qui fait de ces éléments un virus parasite des bactéries.

Recherches comparatives sur le pouvoir de concentration du foie et du rein vis-à-vis de l'acide cholalique. — MM. Etienne Chabrol, Jean Cottet et Jean Sallet ont étudié le coefficient de partage du foie et du rein vis-à-vis de l'acide cholalique introduit dans l'économie par voie veineuse à doses lentes et continues. Chez le chien normal, porteur d'une double fistule cholédocienne et urétérale, la bile peut excréter les cinq sixièmes de l'acide introduit, alors que le rein en rejette seulement le centième ; grâce au parfait drainage du foie, la courbe de la cholalémie ne dépasse guère 200 mgr. p. 1.000. Chez le chien soumis à une ligature du cholédoque mais porteur d'une fistule urinaire, l'émonctoire rénal ne supplée jamais à la défaillance du foie, l'hémoglobinurie et l'anurie étant inévitables, dès que la concentration urinaire atteint le chiffre de 8 gr. p. 1.000 ; de ce fait la courbe de la cholalémie peut atteindre 1 gr. p. 1.000 pendant toute la durée de l'injection. Au cours de l'intoxication par la toluylène-diamine, le pouvoir de concentration du foie est très inférieur au chiffre normal, bien que son début hydrique soit conservé. La fistule biliaire n'a qu'un rendement en sels de 50 p. 100 au lieu de 90 p. 100 ; le pouvoir de concentration du rein est également abaissé.

Sur l'épreuve d'hypoglycémie insulinique chez les myxœdémateux. — MM. A. Baudouin, E. Azérad et J. Lewin. La courbe d'hypoglycémie insulinique chez les myxœdémateux montre une prolongation de la période d'hypoglycémie au delà du temps observé chez les sujets sains. Chez ces derniers, en effet, le sucre sanguin, après avoir atteint son taux minimum une demi-heure après l'injection d'insuline, remonte immédiatement pour atteindre ou même dépasser son taux initial à la fin de l'épreuve. Chez les hyperthyroïdiens, cette remontée est toujours retardée et ne se produit jamais avant la première heure qui suit l'injection d'insuline. Le relèvement de la courbe peut même manquer totalement et l'hypoglycémie se prolonger pendant les trois heures que dure l'épreuve, ceci dans les cas d'insuffisance thyroïdienne très marquée.

Après amélioration des signes cliniques par l'opothérapie thyroïdienne, la courbe redevient normale en même temps que le métabolisme de base.

Note sur la composition du muscle du pigeon normal adulte au repos. — MM. R. Lecoq et R. Duffau ont dosé dans le muscle du pigeon normal adulte les principaux corps participant au métabolisme des glucides. Le phosphore total acido-soluble, l'acide orthophosphorique et l'acide adénylpyrophosphorique paraissent être des éléments relativement stables. L'acide lactique et les composés réducteurs glucidiques peuvent offrir des variations de 36 à 41 p. 100, mais leurs valeurs restent encore très comparables. Les esters phosphoriques facilement hydrolysables et l'acide créatinephosphorique sont beaucoup plus variables.

Recherches sur l'enrichissement du foie et du muscle en acide cholalique au cours des cholalémies provoquées. — MM. Etienne Chabrol, Jean Cottet et Jean Sallet ont poursuivi cette étude sur le chien normal et sur le chien soumis à une ligature du canal cholédoque. Dans les conditions physiologiques, lorsque la vitesse d'injection ne dépasse point 0 gr. 06 par kgr.-heure, l'animal rejette par sa bile la quasi-totalité des sels biliaires introduits dans l'économie ; la teneur du muscle en acide cholalique ne subit guère de variations et celle du foie double tout au plus.

Après ligature du canal cholédoque, on assiste à une surcharge souvent considérable du parenchyme hépatique en sels biliaires. Ce curieux enrichissement se poursuit bien après l'injection, à l'heure même où la teneur du sang en acide cholalique baisse en des proportions notables. Il nous permet de comprendre la dissociation que l'on observe en clinique, au cours des grandes obstructions biliaires, entre le taux de la cholémie pigmentaire et celui de la cholémie saline.

SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER

(séance du 6 mars 1936)

Un cas de syndrome uvéo-parotidien (syndrome d'Heerfordt). — MM. Toulant et Morard. Kabyle de 17 ans présentant une irido-cyclite très grave, une hypertrophie des deux parotides, une fièvre continue, sans paralysie. A ce propos, les auteurs passent en revue 99 observations publiées et discutent notamment l'étiologie tuberculeuse communément admise.

Les lésions oculaires de la spirochétose ictéro-hémorragique. — M. Toulant. Observation de choroïdite bilatérale et d'iritis au cours d'une spirochétose à forme ictéro-hémorragique. La choroïdite s'est traduite par des exsudats vitréens qui ont guéri d'une façon complète en trois mois.

Dolichosigmoïde chez un enfant de quatre ans. — M. Choussat (Ménerville). Enfant de 4 ans présentant pour la quatrième fois depuis deux mois un syndrome abdominal aigu d'apparition brutale, sans altération de l'état général, marqué par des douleurs périombilicales paroxystiques et par le signe du clapotis sigmoïde de Loeper. La première crise a fait penser à l'appendicite. A l'écran dolichosigmoïde extrêmement net. Malgré la rareté relative des observations de dolichocôlon à cet âge, il semble qu'il faille peut-être songer davantage chez l'enfant à cette affection, même dans les manifestations douloureuses atypiques, localisées au flanc droit, sur lesquelles ont insisté Chiray, Lomon et Amy.

Un cas de kyste hydatique de l'orbite. — MM. Toulant, Medinger et Morard. Une femme arabe de Biskra, âgée de 25 ans, présente un kyste hydatique de la région supéro-interne de l'orbite droite, évoluant depuis cinq mois. Atrophie optique. Transillumination positive. Casoni et Weinberg positifs. Eosinophilie sanguine : 8.100.

Poussées successives de cancroïdes de la face se succédant chez un malade depuis vingt ans. — MM. Costantini et Liaras. Observation d'un malade de 63 ans qui, depuis vingt ans, présente des épis cutanés successifs de la face. Etant donné la succession imperturbable de ces tumeurs malignes et leur coexistence avec une tumeur à myéloplaxes de l'index droit, les auteurs posent la question chez ce malade d'un terrain néoplasique.

De la fréquence en chirurgie de l'amibiase larvée. — MM. Costantini et Liaras reviennent à nouveau sur l'extrême fréquence en Algérie de l'amibiase larvée, à la faveur de 9 observations recueillies en un seul mois et demi dans le service d'hôpital et la clientèle privée de l'un d'eux. Ils insistent sur les aspects variés et inattendus de l'affec-

tion, sur la nécessité d'une technique rigoureuse pour l'examen des selles. Ils concluent sur l'utilité de songer toujours à cette affection.

De la difficulté de l'interprétation radiologique de certaines lésions pleuro-pulmonaires hydro-aériques scissurales et juxta-scissurales chez les tuberculeux. — M. LOUBEYRE. A propos d'une observation de malade chez lequel des images radiologiques successives donnèrent lieu à des interprétations différentes, l'auteur rappelle la difficulté des diagnostics topographique et anatomique que soulèvent les lésions de la région scissurale.

Deux cas d'hypochlorémie post-opératoire. — MM. VERGOZ, EZES et SANTUCCI.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS ÉTUDIE LA PROPOSITION DE LOI POMARET

Le groupe Paul-Boncour s'est réuni la semaine dernière au lendemain de l'offensive déclenchée par l'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris, la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine et la Confédération des Syndicats médicaux français contre la proposition de loi Pomaret.

Il ressort de la discussion qui a eu lieu que diverses directives ont été précisées et que quelques modifications ont été apportées aux textes distribués aux parlementaires. Tout d'abord M. Pomaret a invité tous ceux qui protestent, c'est-à-dire le Corps médical (praticiens et étudiants en médecine) à se reporter au texte de sa loi avant de formuler des *critiques* qualifiées de *trop excessives*. D'après lui, nous n'avons pas su lire toutes les phrases dans la finesse de leurs détails.

Les auteurs de la proposition (tous du groupe Boncour, l'*Union Socialiste*), en particulier MM. Patenôtre, Raoul Brandon, Eugène Frot, Forcinal, De Monzie et bien entendu M. Pomaret, accepteraient de reculer *sensiblement* la limite d'âge ; mais jamais ils n'en supprimeront le principe, car, disent-ils, il y a un âge au delà duquel *tout travail doit être formellement interdit*.

Les membres de l'Institut, professeurs de Faculté, seront retraités à 70 ans, au lieu de 75 ans, et on envisagerait la création pour eux d'un *honorariat rétribué* avec attribution de laboratoire de travail s'ils rendent encore des services à la Science. Les privilèges du Collège de France seront supprimés, et si des hommes comme d'Arsonval avaient aujourd'hui dix ans de moins ils seraient congédiés. La République, en effet, a dit la Convention, n'a pas besoin de savants.

Quant aux praticiens, ils seront mis en demeure de se faire organiser des retraites par leurs syndicats respectifs.

Et ceci amènera les médecins au syndicalisme obligatoire.

Nous croyons savoir qu'aucune décision n'a été prise concernant les contre-propositions de la *Confédération des Syndicats médicaux* et de l'*Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris*, qui réclament la suppression des naturalisations d'étudiants et de médecins étrangers prononcées à un rythme effrayant. C'est pour pouvoir placer ces nouveaux importés de l'Orient-européen qu'il faut empêcher les vieux Français autochtones de continuer à jouer le rôle *si utile* de médecin de famille.

L'offensive contre le médecin, contre la famille, contre la France, continue et ne s'arrêtera pas si dans nos milieux nous nous en tenons à des ordres du jour. En 1935, les étudiants en médecine de Paris et de province ont agi avec une énergie dont il faut garder le souvenir.

Praticiens syndiqués ou non, membres du Front populaire ou du Front national, vous avez des ennemis à la Chambre dans les deux camps ; si vous n'agissez pas personnellement et collectivement sur vos amis parlementaires, votre diplôme de docteur en médecine vous sera retiré d'ici peu.

Maurice MORDAGNE.

CONTRE LA FONCTIONNARISATION DE LA MÉDECINE

Le projet du gouvernement qui se propose de créer rapidement des « Centres de soins », des « Centres de Santé » et des « Cités sanitaires » soulève dans le corps médical menacé dans son indépendance une émotion que le communiqué récent du Ministre de la Santé publique est insuffisant à calmer. Un *groupe de défense de la médecine libre* vient de se créer 74, rue Didot, à Paris (14e).

Il adresse au corps médical un appel fortement motivé dont nous extrayons les lignes suivantes :

« Pour déjouer la manœuvre dont nous serions les victimes (et dont les malades souffriraient aussi) nous engageons vivement tous nos confrères :

1° *A provoquer dans leurs syndicats départementaux des Assemblées générales*, pour exiger de ceux qu'ils ont choisis pour les défendre, une déclaration nette et un engagement formel de ne défendre que l'exercice de la médecine au cabinet du médecin et non dans les locaux de l'Etat où, quelques garanties qu'on nous promette, le libre choix ne peut pas jouer.

Il est indispensable que les responsabilités de chacun soient clairement établies et que ceux qui manqueront de franchise cèdent la place à des hommes courageux.

2° *A adhérer à notre groupement de défense*, à transmettre à d'autres confrères cette note (nos moyens ne nous ayant pas permis d'envoyer cette circulaire à tout le monde) et à nous recruter des adhérents. Un effort cohérent de ceux qui veulent rester libres est le seul moyen d'échapper à la terrible menace qui pèse sur nous tous.

Docteurs : ALBERT, AUDAIN, D'AYRENX, CHALLAMEL, DROUET, DUBOS, FANTON-D'ANDON, GRIMBERT, HARTMANN, MAX LE CLERC, MARTEL, QUERRIOUX, ROUÈCHE. »

L'INSPECTION MÉDICALE DANS L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Le Conseil d'Administration du Syndicat des Médecins de la Seine, réuni le 7 juillet 1936,

Après avoir pris connaissance des projets concernant l'institution de l'Inspection médicale dans l'enseignement secondaire ;

Considérant qu'il est nécessaire de respecter le secret des familles, ce qui exclut la constitution de fiches ;

Considérant que les parents doivent rester les seuls maîtres de la surveillance de la santé, de la direction et de l'orientation professionnelle de leurs enfants avec les conseils de leur médecin de famille ;

Demande :

Que l'inspection médicale se borne :

1° A la surveillance de l'hygiène des lycées et collèges ;

2° Au dépistage des maladies contagieuses épidémiques ;

3° Aux mesures générales à prendre dans le but d'alerter les familles ;

S'élève contre l'utilisation de cette inspection dans un but d'orientation professionnelle ;



DIARRHÉES DES NOURRISSONS
Paquets de 0gr25
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
Cachets de 0gr50
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
Cachets de 0gr50
GÉLOTANIN
TANNATE DE GÉLATINE
CHOAY
LABORATOIRE CHOAY_ 48 rue Théophile Gautier. PARIS (XVIe)

Et prie la Fédération des Associations de Parents d'élèves des Lycées et Collèges de prendre en considération ce vœu du corps médical de la région parisienne.

(*Communiqué.*)

REMPLACEMENTS DE MÉDECINS

Le Comité de l'*Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris* rappelle aux médecins de Paris et de province l'existence de son *Service de remplacements* qui leur a rendu si souvent d'utiles services.

L'Association Corporative ne fermant jamais pendant les vacances (sauf dimanches et jours fériés), on est toujours assuré de s'adresser à elle et on peut lui téléphoner de 13 h. à 18 h. 30.

Les remplaçants de la « Corpo » sont toujours Français et observent les conditions légales ; les décrets du Ministre de la Santé publique et la loi de 1935 sur les médecins étrangers sont parfaitement respectés.

Le Comité rappelle à ce sujet, qu'*aucun étranger n'a le droit de remplacer un médecin* et qu'un naturalisé doit avoir fait son service militaire pour pouvoir faire un remplacement.

Si un naturalisé n'est pas dans ce cas, *il doit laisser s'écouler quatre ans entre le jour de sa naturalisation et son premier remplacement :* tout praticien qui ne se conformerait pas à cette législation tomberait immédiatement sous le coup de la loi, y compris son remplaçant.

Si des médecins désirent être remplacés par des internes ou des externes des Hôpitaux de Paris, ils n'auront à l'Association Corporative que l'embarras du choix et d'un choix du reste sélectionné, car ce groupement a toujours compris toutes les catégories d'étudiants en médecine, y compris un certain nombre de docteurs, continuant à Paris à se perfectionner dans les hôpitaux.

S'adresser pour tout remplacement au siège de l'Association Corporative, 8, rue Dante, Paris (5e). Téléphone : Odéon 58-90.

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine rappelle à tous les médecins qu'un service de renseignements a été institué 28, rue Serpente (le jeudi de 10 h. à 11 h.).

Elle rappelle également que, signataire des conventions, elle est seule chargée des rapports avec les Caisses et qu'il est préférable à tous points de vue d'éviter les correspondances individuelles ; si des difficultés se présentent, particulièrement en ce qui concerne le contrôle, c'est à la Fédération qu'il faut les signaler pour qu'elle puisse s'occuper de leur règlement. Elle recommande à tous de n'accorder de repos aux assurés sociaux qu'avec la plus grande circonspection.

(*Communiqué.*)

MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

(Troisième liste) (1)

Médecine générale. — M. Marcel Perrault (Voies respiratoires), ancien interne, médaille d'or, chef de clinique à la Faculté, 12, rue des Beaux-Arts, Paris (6e), sera à Paris pendant les vacances, à partir du 20 juillet. — M. Maurice Fabre (Gynécologie et urologie), 1, rue Jules-Lefebvre, sera présent à Paris en août et septembre.

Dermatologie et syphiligraphie. — M. le Dr Lefèvre (Paul), 23, avenue Victor-Hugo, sera à Paris jusqu'au 14 août.

Phtisiologie. — Mme le Dr Marcelle Blanchy, 36, rue Vaneau (7e), sera présente à Paris à partir du 24 juillet.

Chirurgie. — M. le Dr P.-A. Digeon, 1, place Victor-Hugo (16e), absent du 12 juillet au 1er août.

Ophtalmologie. — M. le Dr Paul J. Petit, 19, rue de Bourgogne (7e), est présent pendant les mois de juillet et août.

Oto-rhino-laryngologie. — M. le Dr Marcel Wisner, assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, 64, rue de Miromesnil, sera présent en août et en septembre. — M. le Dr Jean Leroux-Robert, 145, rue de la Pompe (16e), présent en juillet et à partir du 1er septembre. — M. le Dr Jean Guisez, 15, rue Chanaleilles (7e), sera présent à Paris du 25 juillet au 10 août.

Electroradiologie. — M. le Dr René Delapchier, 90, rue de Rennes, est présent en juillet et en août et absent du 1er au 30 septembre.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 56, p. 994; n° 58, p. 1026.

BIBLIOGRAPHIE

Dans un article d'une très riche documentation que publie le 7e numéro de *Pallas*, M. Abensour, agrégé d'histoire et docteur ès lettres, vient de souligner la part active qu'un grand nombre de médecins ont jouée à la Constituante et tout particulièrement à la Convention.

Si leur rôle fut obscur, ce n'est là que simple apparence. La plupart n'étaient pas des tribuns, mais ils étaient des organisateurs. Chose curieuse, c'est surtout dans le domaine militaire qu'ils acquirent une place prépondérante. Envoyés comme commissaires aux armées, c'est sur leurs conseils que fut décidé le choix d'un grand nombre de jeunes généraux comme Hoche, Jourdan, Mac Donald. D'autres contribuèrent par leurs recherches à la mobilisation industrielle qui décida de la victoire. Tel fut, par exemple, le cas de Fourcroy.

Parmi les médecins qui font l'objet de cette étude, il faut noter Salle, Lanthenas, Baudot, médecin de l'Allier, qui fut envoyé à l'armée de la Moselle ; Levasseur, médecin accoucheur du Mans, et ami de Carnot, qui réorganisa l'armée du Nord après la destitution de Custine ; Duhem, de Lille, qui avait exercé la médecine au Quesnoy ; Taillefer, représentant de l'Aveyron ; Coffinal, ami de Robespierre ; Laurent, commissaire à l'Armée de Sambre-et-Meuse, et enfin Tenon qui était une des sommités médicales de son époque. Nous allions oublier le plus connu de tous, le Dr Guillotin, de Saintes, à qui est due la réunion du Jeu de Paume, qui était un des leaders du Tiers Etat et qui laissa son nom à la sinistre machine, dont il ne fut d'ailleurs pas l'inventeur.

Dans ce même numéro de *Pallas*, on trouve encore un portrait du professeur Laubry, par le docteur O. Crouzon ; des interviews, des reportages pittoresques, un conte, un pèlerinage « Sur les pas de Cabanis » et des centaines de photographies reproduites en différentes couleurs. Le tout, faisant de *Pallas* une véritable « Illustration de la Médecine ».

Le numéro de *Pallas* est vendu 12 francs. Bureaux : 3, boul. de Magenta, Paris 10e. Directeur : Dr J. Crinon.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,

4, Place des Vosges, PARIS

Echantillons médicaux sur demande.

AMIDAL

GÉNATROPINE

N° 63. — MERCREDI 5 AOUT 1936 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — PENSIONS. — Sont promus :

Au grade d'officier. — M. Regnard (à Paris).

Au grade de chevalier. — MM. Bonnet et Bruneau, Maginel-Pelonnier (à Paris).

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin colonel Bablon.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de commandeur.* — M. Prosper E. Weil, médecin des hôpitaux de Paris.

Au grade d'officier. — MM. Bec (à Avignon), Decamps (à Amiens), Marcel Gallois, J. Marsan, J. Mawas et G. Rosenthal (à Paris), G. Tourneux (à Toulouse).

Au grade de chevalier. — MM. E. Barral (à Vaison), Bolot (à Senlis), Coliez (à Paris), Corset (à Vichy), Moyse Créhange (à Nancy), Donnegau (à Perpignan), Dudefoy (à Chartres), Eudlitz (à Boulogne-Billancourt), Etienne Guérin (au Chesle), Leclerq (à Chatou), Louit (à Paris), Martz (à Chalon-sur-Saône), Moneger (à Egletons), Mozer (à Berck), Jean Paris (à Troyes), Richard (à Paris), Souquet (à Foix), Raoul Weill (à Paris).

MINISTÈRE DES COLONIES. — MM. les docteurs Cormaty et Charbonnier ont été reçus au concours pour l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance médicale indigène en Afrique occidentale française.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Par décret en date du 9 juillet 1936, rendu sur le rapport du ministre de l'éducation nationale, l'emploi de chef des travaux de médecine opératoire à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours est supprimé à dater du 1er octobre 1936.

Il est créé à ladite école, à compter de la même date, une chaire de médecine opératoire et anatomie topographique.

SANATORIUMS PUBLICS. — Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 22 juillet 1936, M. le docteur Gérard et Mlle le docteur Nigoul ont été nommés médecins assistants au sanatorium national Vancauwenberghe à Zuydcoote.

LA RETRAITE DES FONCTIONNAIRES. — La Chambre a voté la semaine dernière le projet de loi suivant :

« *Le gouvernement est autorisé, jusqu'au 1er octobre 1936, à modifier par décrets pris en conseil des ministres toutes dispositions législatives ou réglementaires relatives à la mise à la retraite et à la limite d'âge des fonctionnaires civils et militaires, agents des services publics et des collectivités publiques.* »

Deux amendements de M. Edouard Soulier (Seine) ayant pour but, le premier de soustraire aux décrets les membres du Conseil d'Etat, de la Cour de cassation et de la Cour des comptes, le second de défendre les *professeurs de 1re classe de l'enseignement supérieur*, ont été repoussés. M. Pomaret a fait ajouter au texte du projet : « *En aucun cas la limite d'âge ne pourra excéder l'âge de 70 ans* ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gaspard Bordet (à Evian); M. le médecin général Ferraton, ancien professeur au Val-de-Grâce; MM. les docteurs Jules Morival (à Bailleul); Bagarry (à Marseille); G. Froelich (à Nancy); Léon Barbaroux (à Toulon); Louis

Meiffert (à Saint Tropez); E.-A. Congy (à Brie-Comte-Robert); Marius Guyot (à Villefranche-sur-Saône); Sanerot (à Mâcon); Picot (à Lyon); Gabriel Berger (à La Bédoule); Joseph Daurand (à Vabres); Paul Bourcet (à Houdan); Joseph Mazin (à Solignac).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES CHIRURGIENS FRANÇAIS

Le Syndicat National des Chirurgiens Français a tenu une Assemblée générale extraordinaire le 19 juillet 1936.

Deux ordres du jour importants ont été votés.

Le premier Ordre du Jour, proposé par le docteur Marquis, Secrétaire général, au nom du Bureau du Syndicat, a obtenu la priorité à une forte majorité, cette priorité ayant une signification de confiance dans le Conseil :

« L'Assemblée générale des Chirurgiens Français, approuve l'action de la Confédération tendant à éviter l'étatisation de la profession médicale tout en assurant l'organisation et le fonctionnement de la médecine préventive ;

« Mais considérant l'effort individuel et méritoire de beaucoup de ses membres pour assurer dans des conditions économiques abordables pour tous, le traitement dans les cliniques chirurgicales particulières, lesquelles constituent une part importante de l'armement sanitaire français moderne ;

« Demande que la création de services pour payants annexés aux établissements publics ne puisse être autorisée qu'après double enquête établissant la carence ou la déficience de maisons de santé privées, enquête menée concurremment, d'une part par l'Administration, d'autre part, par les Syndicats médicaux. »

Cet ordre du jour a été adopté par 334 voix contre 120.

Un addendum à cet ordre du jour (proposé par le docteur Buizard) a été également adopté :

« Le Syndicat National des Chirurgiens Français décide la nomination d'une Commission de trois membres qui sera chargée de dresser l'inventaire des organisations chirurgicales actuelles, et d'en présenter à l'Assemblée générale du mois d'octobre, les résultats avec les suggestions qu'on en pourrait tirer. »

Deuxième Ordre du Jour (proposé par le Bureau) :

« L'Assemblée générale des Chirurgiens Français,

« Considérant que le remboursement à l'assuré opéré en maison de santé libre, remboursement basé par un certain nombre de caisses sur le tarif de responsabilité établi pour les hôpitaux publics, est une atteinte directe au libre choix du praticien par le malade ;

« Considérant que le fait de pousser ainsi tout assuré social justiciable d'une opération vers l'hôpital public, réalise pour les assurés la « médecine pour pauvres » ;

« Considérant que les assurés sociaux du fait de leurs versements considérables ont droit à des soins comparables à ceux qui sont dispensés aux malades libres de la clientèle ordinaire ;

« Considérant que l'exercice libre de la chirurgie se trouverait compromis pour une grande part si les errements signalés devaient continuer ;

« Fait confiance à la Confédération pour obtenir que soit réglée cette question dans le sens de l'équité et du respect de la liberté individuelle, et appuiera par tous les moyens l'action menée à cet effet ;

« Fait confiance à la Confédération pour obtenir :

« 1° Que les opérés en maisons de santé bénéficient du même remboursement que ceux qui sont traités à domicile ;

« 2° Que soient repris au plus tôt les travaux de la Commission nationale. »

Cet ordre du jour a été adopté à l'unanimité.

FÉDÉRATION INTERSYNDICALE DES MAISONS DE SANTÉ DE FRANCE

La Fédération *intersyndicale des Maisons de Santé de France*, qui groupe tous les syndicats patronaux des Maisons de Santé, fait savoir qu'elle a été convoquée le 22 juin 1936 par le ministre de la Santé publique, pour se rencontrer en *Commission paritaire*, sous l'arbitrage du Ministre avec des représentants des employés des maisons de santé désignés par le ministre, dans le but de rechercher un accord pour l'application des nouvelles lois sociales.

Après une semaine de pourparlers, un projet de convention collective de travail, conformément à la loi, a été établi, et une échelle de salaires minima a été fixée pour la région parisienne avec effet au 1er juillet 1936.

En ce qui *concerne la province*, il a été spécifié que ce projet de convention servirait de base : mais que dans chaque région se tiendrait à la Préfecture la plus importante, une *Commission paritaire régionale* qui aura à fixer des *salaires régionaux*.

La Fédération se tient à la disposition des groupements régionaux.

Elle pourra les assister dans les discussions des accords.

Les membres de ces groupements régionaux devront faire partie d'un groupement national ou professionnel affilié à la Fédération.

En ce qui concerne la région parisienne, il est conseillé de faire l'application dès maintenant et à dater du 1er juillet du contrat collectif type.

Dans tous les cas, si une difficulté survient, pour l'une des maisons de santé adhérentes aux syndicats patronaux groupés dans la Fédération, la Direction n'a qu'à demander conseil et assistance au Secrétariat de son syndicat patronal.

Quant aux maisons de santé non syndiquées, on ne peut que rappeler à leurs propriétaires les *inconvénients actuels* qu'il y a à demeurer *isolés* et les inviter, dans leur intérêt, pour être renseignés et assistés éventuellement, à adhérer à un des syndicats ci-dessous :

— Association professionnelle des Directeurs et Médecins des Maisons de santé privées pour maladies mentales et nerveuses. Secrétariat : Dr Bussard, 8, rue du 11-Novembre, à Bellevue-Meudon (Seine-et-Oise).

— Syndicat des Médecins Directeurs des Maisons de Santé privées de France (ne groupant que des médecins de toutes catégories). Secrétariat : Dr Tarrius, 22, avenue Junot, Paris (18e).

— Syndicat général des Maisons de santé de France (groupant toutes maisons de toutes catégories). Secrétariat : Dr Desgranges, 18, rue du Belvédère, Boulogne-sur-Seine (Seine).

— Syndicat des Médecins de Sanatoria assimilés et agréés et privés de France (ne groupant que des médecins). Secrétariat : Dr Chapuis, Sanatoria de Villiers-sur-Marne, par Charly (Aisne).

— Syndicat des Sanatoria privés et agréés de France : Secrétariat : Dr Chatard, à Cambo (Basses-Pyrénées).


TRAVERSANT L'ESTOMAC SANS SE DÉCOMPOSER
l'ALUNOZAL
salicylate aluminique basique
SE DÉDOUBLE
sous l'influence de l'alcalinité intestinale
en
ALUMINE GÉLATINEUSE
ASTRINGENT ABSORBANT
SALICYLATE ALCALIN
ANTISEPTIQUE ANALGÉSIQUE
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES DES NOURRISSONS
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
COMPRIMÉS à 0.50 TUBE de 20
GRANULÉS à 25% FLACON de 90grs
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES VACCINS CHIMIQUES

Traitement de certaines maladies infectieuses avec l'iodéopirine

Par le docteur G. POUCHET
Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine.

Parmi les procédés destinés à obtenir l'atténuation ou la disparition de la virulence, aussi bien des microbes que des virus, des venins et des toxines, l'utilisation des composés chimiques tend à se substituer à l'emploi des virus ou des microbes atténués par différentes méthodes, ainsi que des sérums anti-toxiques.

Sauf lorsqu'il s'agit de lutter contre les agents bien déterminés de certaines maladies infectieuses telles que : diphtérie, tétanos, etc..., où l'emploi des virus, toxines ou microbes convenablement atténués demeure incontestablement le meilleur procédé quant au résultat thérapeutique, la mise en œuvre de ce que l'on pourrait appeler par extension les *vaccins chimiques* donne, dans un très grand nombre de cas, des résultats remarquables et constants. On pourrait rapprocher leur action de celle exercée par les anatoxines de Ramon qui font disparaître l'influence toxique tout en maintenant l'activité antigène avec les propriétés vaccinantes. Dans les deux cas, le but que l'on se propose, c'est de réaliser une stimulation des éléments cellulaires de l'organisme les rendant capables de résister à l'action des toxines. Le pouvoir défensif normal de l'individu (*pouvoir phylactique*) peut se trouver accru par une réaction défensive complémentaire (*réaction épiphylactique*) consécutive à l'introduction dans l'organisme d'un élément chimique étranger dont la présence doit rester inoffensive ; c'est là un point des plus importants.

Toutefois le terme de *vaccin chimique* est impropre et tout au moins exagéré. La plupart du temps, en effet, il ne s'agit pas, à la suite de leur emploi, d'une immunisation active, comme celle déterminée par les vaccins véritables, immunisation durable et n'atteignant son maximum qu'après un certain temps, mais plutôt d'une immunité passive, rapide et passagère, analogue à celle conférée par les sérums thérapeutiques. Les vaccins agissent en déterminant de la part de l'organisme dans lequel ils sont introduits des réactions de défense analogues, dans leur nature, à celles que provoquerait la maladie contre laquelle on les utilise, tandis que les composés chimiques déterminent, dans l'intimité de l'organisme, des modifications, encore inconnues dans leur essence, en vertu desquelles l'évolution des phénomènes morbides est entravée, sans qu'il en résulte pour cet organisme une immunité même passagère. C'est ce qui explique qu'un même composé chimique puisse donner des résultats curatifs dans des affections diverses très dissemblables.

Il faut reconnaître, d'autre part, que dans nombre de cas l'action curative d'un véritable vaccin n'est pas exclusivement spécifique.

Les premiers essais de *vaccins curatifs*, d'origine chimique, sont dus au Professeur Albert Robin qui, dans une étude publiée en 1904 dans le *Bulletin général de thérapeutique*, préconisa l'emploi des médicaments désignés par l'appellation de *ferments métalliques*, pour la cure d'un certain nombre d'infections. Un perfectionnement de ces procédés fut réalisé par la préparation électrique des solutions colloïdales de métaux, principalement l'argent et l'or, dont l'application au traitement de la sévère épidémie de grippe de 1918 conduisit à de remarquables résultats thérapeutiques. Mais la voie endoveineuse qu'on utilisait donna lieu, parfois, à des réactions violentes, à des phénomènes dramatiques de choc avec élévation brusque de température qui inspirèrent des craintes et de l'hésitation pour leur emploi.

Les tentatives d'utilisation de produits colorants dérivés de la pyridine, de la fluorescéine, de l'acridine, de la quinine, de la benzydine ou de la tolydine, les dérivés azoïques, les dérivés du diphényl et de triphénylméthane, ceux de la quinone-imine, dont le plus important au point de vue thérapeutique est le bleu de méthylène, se montrèrent actifs dans quelques cas particuliers, comme trypanocides par exemple, mais non exempts d'inconvénients. Certains offraient toutefois l'avantage de pouvoir être administrés par voie buccale.

Dans une communication faite à l'Académie de Médecine dans la séance du 24 mars 1936 (1) j'ai appelé l'attention sur un composé nouveau : l'acide acétylmonoiodo-salicylique (*Iodéopirine*) possédant des propriétés médicamenteuses fort intéressantes. Depuis cette époque, de nombreuses applications thérapeutiques de ce composé ont été réalisées et l'hypothèse émise au sujet du mécanisme de son action par le Dr Le Gac, professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes, s'est trouvée justifiée dans un grand nombre de cas. Cette hypothèse, proposée pour la première fois par M. H. Vincent, professeur au Collège de France, et mise en lumière par ses recherches sur l'acide orthoxybenzoïque (2) ou salicylique, permet d'interpréter les circonstances très différentes et assez multiples dans lesquelles l'emploi de l'iodéopirine a donné d'excellents résultats, ainsi que son assimilation à un vaccin chimique. M. Vincent estime qu'en neutralisant les toxines l'acide salicylique donne naissance à une cryptotoxine qui, continuant à jouer le rôle d'antigène, amène la formation dans l'organisme d'anticorps capables de l'immuniser. C'est de cette observation qu'il est permis de conclure que l'iodéopirine agit comme un autovaccin. L'iode contenu dans sa molécule et qui se libère lentement après son introduction dans l'organisme exalte les propriétés antiseptiques et cryptotoxiques de l'acide salicylique qui fait partie intégrante de sa molécule et son innocuité, même à doses élevées, permet d'administrer de l'iode en quantité relativement considérable sans craindre les inconvénients si fréquents de l'iodisme quand on utilise la plupart des dérivés iodés et, surtout, les iodures alcalins.

(1) Bulletin de l'Académie de Médecine, t. 115, p. 480.
(2) Comptes rendus de l'Académie des sciences, séances des 19 mars et 19 octobre 1931.

Une remarque fort intéressante est la suivante. L'iodéopirine provoque dans certains cas (rhumatisme chronique, affections du foie) une sorte de réactivation de l'influence exercée par le salicylate de sodium dont on avait été obligé de suspendre l'emploi après un certain temps d'administration en raison des inconvénients provoqués par un usage prolongé.

Mme le Dr Pouchet-Souffland qui, sur mes instances, a utilisé l'iodéopirine dans un grand nombre de circonstances, en a constaté les bons effets principalement dans le traitement de : grippe, cholécystite, rhumatisme aigu et chronique, gonococcie, colibacillurie. Cette dernière affection avait déjà fait l'objet de plusieurs observations de M. le Dr Durœux, ancien interne des hôpitaux de Paris et médecin adjoint de Saint-Lazare. Les quelques observations suivantes, choisies parmi les plus caractéristiques, démontrent l'heureuse influence exercée par l'utilisation de l'iodéopirine.

Observations. — *Colibacillurie.* Micheline L., 8 ans, inappétence, langue saburrale, température 37°5 matin, 38°5 soir ; l'examen somatique ne permet pas de porter un diagnostic précis. L'examen des urines révèle la présence de colibacilles et entérocoques.

Traitement. — Pendant 4 jours, 6 comprimés d'iodéopirine par jour, en trois prises ; pendant 8 jours, 3 comprimés. Température revenue à la normale après les quatre premiers jours de traitement, l'appétit reprend, la langue se nettoie. Après 15 jours de traitement, l'examen de laboratoire ne révèle plus de colibacilles.

Colibacillurie. — En cours de gestation, Mme E. R., 32 ans, deuxième grossesse à 4 mois, albumine dans les urines avec colibacilles et entérocoques.

Traitement. — Trois fois par jour, 4 comprimés d'iodéopirine pendant 10 jours, à ce moment disparition de l'albumine ; les 8 jours suivants, 3 comprimés. A l'examen bactériologique, diminution très sensible des colibacilles dont on ne peut déceler que quelques éléments. La malade continue à prendre pendant 15 jours, 2 comprimés matin et soir d'iodéopirine.

Gonococcie : Louise M., 4 ans. Gonococcie par contagion (grand'mère maternelle). Etat général mauvais, abondantes pertes vaginales très colorées. Premier examen de laboratoire : présence de gonocoques intra et extra cellulaires.

Traitement. — Lavages deux fois par semaine avec solution de permanganate au millième, trois comprimés d'iodéopirine par jour, pendant 15 jours, deux pendant 15 autres jours. Après ce traitement, disparition des pertes, état général bon, augmentation du poids. Examen de laboratoire, plus de gonocoques.

Grippe : Mme L. D., 86 ans, grippe épidémique. Température 39°5. Courbature, angine rouge, prostration, congestion de la base droite.

Traitement. — Révulsion par ventouses scarifiées et enveloppements sinapisés, huile camphrée en injections hypodermiques et iodéopirine. Les quatre premiers jours, 12 comprimés en 3 prises ; les 3 jours suivants, 9 comprimés, les 6 jours suivants, 6 comprimés. Au cinquième jour, température normale, signes pulmonaires en voie de disparition, amélioration très nette de l'état général. Au septième jour, la malade se lève et peut vaquer à ses occupations.

Rhumatisme : Paul D., 34 ans, arthritique, eczéma chronique, coryza spasmodique, lumbago.

Traitement. — 4 comprimés d'iodéopirine, 3 fois par jour. Après trente-six heures de traitement, le malade peut reprendre ses occupations. Continue l'iodéopirine en diminuant progressivement les doses.

ESSAI SUR L'HYGIÈNE INFANTILE EN HONGRIE

Par le docteur M. PENKERT,

Assistant du docteur L de Bókay, professeur de pédiatrie à l'Université de Debreczen (Hongrie).

Dans tous les Etats, l'intérêt le plus urgent et le plus vital est le développement de l'hygiène. C'est de la santé collective des citoyens que découle en grande partie la force et la vitalité d'un Etat.

Or il apparaît que l'époque contemporaine en Europe n'a pas favorisé le développement de l'hygiène. La grande Guerre a non seulement favorisé l'éclosion des maladies tuberculeuses et vénériennes, mais en outre par la disparition des individus les plus sains du pays a provoqué une contre-sélection au point de vue eugénétique. Aux quelques années de prospérité qui ont suivi la grande Guerre a succédé une crise économique mondiale sans précédent, qui, par le bouleversement des faits sociaux, a arrêté le développement des progrès de l'hygiène. La progression continue et à peu près unanime de l'idée d'autarchie, amenant les Etats à un « isolement artificiel », a créé le chômage et la misère des populations.

Tous ces facteurs ont joué surtout dans l'Europe Centrale, et plus particulièrement en Hongrie, que la débâcle consécutive à la Guerre a réduite à une profonde misère.

Il est intéressant de montrer par quels moyens ce pays a essayé d'organiser sans dépense considérable la protection des enfants et de faire ressortir les résultats présents, et les projets par lesquels ce pays espère atteindre son but. Dans ce sujet je ne traiterai que l'hygiène de l'enfance, non seulement parce que c'est ma spécialité, mais surtout parce que c'est la partie la plus importante de l'hygiène et, selon moi, la plus encourageante pour l'avenir.

Avant la guerre, la guérison des enfants malades par un médecin n'améliorait l'hygiène que d'une manière très indirecte et seulement individuelle. Aujourd'hui encore, le principal devoir du pédiatre reste aussi la guérison individuelle de l'enfant, mais il me semble que cet élément n'est plus tout à fait suffisant. Une catastrophe collective est justiciable de secours collectifs. Il faut que chaque médecin moderne des enfants soit aussi un membre actif et conscient de la grande organisation nationale de l'hygiène, et qu'il ait constamment en vue la prévoyance et l'amélioration de la situation hygiénique. Mais, d'autre part, il est nécessaire que l'organisation nationale connaisse tous ses membres, et qu'en récompense, elle leur donne des situations correspondant à leurs facultés. C'est le secret de toutes les organisations ayant un bon fonctionnement.

Ce sont les grandes lignes sur lesquelles est basée l'organisation de l'hygiène infantile en Hongrie.

C'est l'Institut de l'Hygiène hongrois, fondé grâce à la Fondation Rockefeller, qui a droit de regard sur tout ce qui concerne l'hygiène du pays, et protège la santé des habitants, sans tenir aucun compte de leur âge. Il fut créé après la Guerre, fonctionne avec succès et a une grande célébrité. Pour le Gouvernement,

c'est un organe de conseil d'Hygiène. D'un autre côté, il existe des médecins communaux qui sont habilités par l'Administration, avec leur diplôme d'Université. L'Institut de l'Hygiène a créé des cantons modèles, et concourt au développement de l'hygiène par le contrôle de ses médecins, par les conseils de ses infirmières-visiteuses, par les diverses vaccinations gratuites, etc. Il prend part à la lutte contre les épidémies par ses organisations décentralisées parce qu'il est averti obligatoirement de tous les cas de maladie contagieuse en même temps que les municipalités, et dans les cas capables de provoquer une grave épidémie il envoie sur les lieux menacés des médecins détachés de l'organisme central. Je ne fais pas connaître le fonctionnement de cet Institut, dans tous ses détails, car il existe déjà des organisations semblables, de même origine et de fonctionnement identique, en Europe, et d'ailleurs il n'est pas exclusivement destiné aux enfants.

On peut ranger les organisations propres à la protection des enfants en deux grands groupes : les systèmes fermés, et les systèmes ouverts. C'est un fait très caractéristique de la grandeur de l'esprit français que ces deux groupes sont d'origine française. La première organisation fermée dans le monde, fut créée à Paris, au XVIIIe siècle, et porta le nom d'Hôpital des Enfants Malades et celle de l'organisation ouverte fut conçue par Budin, à la fin du siècle dernier. Les organisations qui appartiennent au premier type, ont pour mission de guérir les enfants déjà atteints, par leur réception et leur isolement, alors que celles du deuxième type sont créées pour la prévoyance, au moyen de la propagande, conseils, assistance spirituelle, et si possible par des subsides. Il existe naturellement des organisations mixtes.

Le système fermé fut représenté pour la première fois par les cliniques et les hôpitaux des enfants malades. Chacune des quatre Universités hongroises (Budapest, Debreczen, Pécs, Szeged) a une clinique d'enfants dont le fonctionnement a une importance égale tant au point de vue de l'éducation médicale que de l'hygiène des enfants. Elles ont pour but de perfectionner la science médicale propre aux enfants, et c'est là que les médecins deviennent pédiatres, car d'après la loi ils ne peuvent prendre ce titre qu'après avoir séjourné 2 ans dans ces cliniques ou 3 ans dans les hôpitaux autorisés. Elles sont par leurs laboratoires, leurs établissements modernes, au premier rang de l'hygiène infantile. Ces cliniques tiennent des consultations gratuites pour les enfants pauvres et, quand elles en constatent la nécessité, les acceptent dans leurs salles de malades. Les frais sont couverts soit par l'Etat, soit par les diverses communautés (Caisses d'assurances, etc.). Les hôpitaux soutenus par les municipalités ou par les sociétés charitables ont un fonctionnement presque identique.

Une politique sociale bien comprise a créé en 1901 l'Hospice d'Etat hongrois pour les enfants abandonnés ; leur situation doit s'apprécier au double point de vue matériel et moral. Ces enfants sont, soit des enfants naturels, soit les descendants de parents que leur pauvreté rend impropres à remplir leur rôle d'éducateurs. Les nourrissons sont acceptés avec leur mère pour assurer l'allaitement maternel. Cette organisation a été étendue à tous les villages. En cas de maladie, l'enfant est accueilli dans les hôpitaux de l'organisation. S'il est sain, il est confié à des éducateurs qui reçoivent de l'Etat des subventions en argent, et aussi des vêtements pour ceux qu'ils sont chargés de recueillir. La situation ainsi créée pour les enfants est constamment et rigoureusement contrôlée par les infirmières-visiteuses de l'hospice. Quand elles estiment que l'alimentation du protégé n'est pas suffisante, l'enfant est déplacé. La preuve de la bonne volonté du peuple, c'est que l'organisation fonctionne constamment et sans difficultés, malgré la modicité des subventions allouées par l'Etat. Il y a également des adoptions fréquentes.

Une organisation ouverte, de grande envergure, est l'Association Nationale Stéphanie pour la protection des mères et des nourrissons. Tous les nourrissons et enfants jusqu'à l'âge de 3 ans, sont soumis à sa protection. Cette association charitable est subventionnée par l'Etat, mais d'une manière si restreinte, qu'elle n'est pas suffisante. C'est par la propagande et au moyen de brochures et de conférences que cette association lutte pour l'éducation moderne des nourrissons. Elle protège les mères et les futurs individus par la prévoyance prénatale. Par ses cours bisannuels, elle forme des infirmières spécialisées, qui restent à son service, et qui sont dirigées ensuite vers différents secteurs régionaux. Beaucoup de dispensaires du pays sont soutenus par l'association. Elle a créé aussi des refuges pour les femmes enceintes, des pouponnières et particulièrement des gouttes de lait, où on prépare toutes sortes de laits.

L'action de l'hospice est complétée par la société charitable : la « Ligue Hongroise pour la protection des enfants » qui est aussi subventionnée par l'Etat. Par elle sont protégés, par une assistance matérielle et morale, des enfants qui, sans être abandonnés, sont dans la misère. Il y a quelques années elle eut à s'occuper des orphelins de la Guerre. Elle possède des écoles situées dans les forêts, et des colonies scolaires pour les enfants faibles et convalescents. Après la Guerre, la ligue a organisé et réglé l'aide que nous ont offerte la Belgique et la Hollande qui prirent chez elles pour une certaine durée et à leur compte les enfants nécessiteux. Nous ressentons pour ces pays une gratitude qui ne se démentira jamais. Il va de soi qu'il existe en Hongrie des asiles qui ont pour mission de recueillir les enfants sourds, aveugles, muets, imbéciles, etc., pour essayer de faire, ou au moins d'ébaucher, leur éducation.

La situation actuelle de l'hygiène de l'enfance en Hongrie est faite de la collaboration de ces organismes.

M. le Professeur C. Scholtz, secrétaire d'Etat, a publié récemment certaines statistiques, d'après lesquelles la mortalité infantile en Hongrie a diminué grâce à ces organisations. Si on examine les chiffres de la mortalité moyenne de l'année 1920-21 et ceux de l'année 1933, on peut constater les résultats suivants : l'amélioration infantile dans le groupe :

De 0 à 1 an est de 32,6 % ;

De 1 à 2 ans elle est de 45,2 % ;

De 2 à 6 ans elle est de 64,3 % à 66,9 % ;
Et enfin de 6 à 11 ans elle est de 55,5 % à 63,7 %.

Ce résultat n'est pas encore suffisant, mais on peut le considérer comme étant de premier ordre.

Les chiffres les moins favorables sont ceux qui ont trait aux nourrissons, mais il faut dire qu'il existe à cela une explication très spéciale : la définition de la naissance vivante au point de vue de l'Administration est fixée par la loi, mais ces lois varient avec chaque pays d'Europe (Th. Szél : Mortalité des nourrissons dans les rapports internationaux. *Magyar Statisztikai Szemle*, n° 10, 1929), parce qu'on peut compter comme nouveau-nés les morts-nés, décédés avant leur immatriculation obligatoire. Les Etats exécutent l'immatriculation dans des conditions différentes, par exemple : en Angleterre, 42 jours après la naissance, en France, en Suisse et en Hollande, 3 jours, en Espagne 24 heures, en Autriche, en Allemagne, en Bulgarie et en Hongrie, on immatricule tous les nouveau-nés à condition qu'ils aient tant soit peu vécu, ce qui cause un avantage au profit des pays qui immatriculent après un long délai. C'est évident, mais en tenant compte de ces observations, on constate cependant que le chiffre de la mortalité reste trop élevé en Hongrie ; aussi en 1927 la mortalité des nourrissons fut de 7 % en Angleterre, 8,3 % en France, alors qu'en Roumanie elle atteignit 20,9 %, 18,5 % en Hongrie. J'ai eu la satisfaction de constater que ces chiffres se sont abaissés jusqu'à 13,9 % en 1933, mais très sincèrement il me faut avouer que cette amélioration ne présente pas un caractère de solidité et principalement de continuité. En effet, la courbe de la mortalité des nourrissons est oscillante, tout en présentant néanmoins une amélioration incontestable. Quand on entre dans les détails de la statistique de la mortalité des nourrissons hongrois, il apparaît que la plus grande partie de ces pertes concerne les nourrissons déjà âgés (de 3 à 11 mois) parce qu'on peut constater que la courbe de la mortalité des nourrissons plus jeunes s'abaisse plus lentement, mais sans interruption ; au contraire, celle des nourrissons âgés présente des oscillations et l'élévation de la courbe n'est pas constante. La plupart des pertes des nourrissons âgés, particulièrement de ceux soumis à l'alimentation mixte, ou nourris au lait de vache, sont imputables à des entérites, à des entérites dysentériformes, ou à des choléras infantiles durant l'été. L'examen de la statistique met ces faits en évidence ; on peut voir en effet que les pertes correspondent aux époques chaudes de l'été, il existe entre ces deux faits un parallélisme indiscutable, parce que dans les mois où la température moyenne est de 20°C, les pertes sont plus élevées que dans les autres. Une autre cause de ces pertes est la grippe qui, pendant les 15 dernières années, est revenue périodiquement avec un caractère plus ou moins épidémique. Mais il est aussi exact qu'il existe des nouveaux-nés débiles depuis leur naissance, des prématurés, ou qui n'ont peut-être pas pris une alimentation rationnelle, etc..., et pour eux la période de 3 à 11 mois est l'époque de l'hypothrepsie et cela souvent, malgré l'introduction d'une alimentation plus rationnelle. Ce sont des nourrissons dont le poids ne se développe pas en proportion de leur âge, ils deviennent hypothrepsiques, puis athrepsiques pour s'éteindre lentement, mais irrévocablement. Il me semble donc que c'est sur ce terrain qu'on peut atteindre le plus de progrès dans l'avenir.

Les chiffres de la mortalité des enfants âgés de 1 à 14 ans, de l'année 1920-21 par rapport à ceux des années 1930-31, dénotent une amélioration remarquable se traduisant par le chiffre 45,3 %. C'est la tuberculose qui est encore actuellement la principale cause de ces pertes quoiqu'il ait été constaté que le total des enfants morts de la tuberculose a diminué dans une proportion de 35 %, dans la période des années considérées ci-dessus. Il est très intéressant, au point de vue médical, de constater que lorsque le nombre de cas mortels de tuberculose pulmonaire diminue, celui des cas localisés dans les autres organes humains — particulièrement les méningites tuberculeuses — s'élève. Je crois que cette observation s'explique par le perfectionnement du diagnostic et par la multiplication des autopsies. Certes, l'un des facteurs les plus importants de la diminution de la mortalité est la prévoyance, et le traitement moderne des maladies contagieuses. En Hongrie, où il y a à peu près 8 millions d'habitants, on a vacciné déjà 1.200.000 enfants, avec l'anatoxine Ramon, jusqu'à la fin de 1935, bien que les vaccinations soient facultatives. Il y a beaucoup de victimes de la rougeole, qui cause des bronchopneumonies très malignes et aussi des tuberculoses non encore déclarées et jusqu'alors inactives, chez les enfants affaiblis, soit par la maladie, soit par les mauvaises conditions dans lesquelles ils ont été élevés.

Les organisations hygiéniques ont donc sauvé un grand nombre d'enfants, mais il reste toujours une question qui laisse des doutes dans les âmes. Est-ce que les enfants ont acquis une bonne santé définitive, une résistance suffisante et durable ? Ce sont les examens médicaux obligatoires des enfants des écoles primaires, instaurés et réalisés par M. le Professeur Neuber de Debrecen depuis quelques années, qui nous offrent des indications très précieuses et intéressantes. Il a publié déjà les résultats en plusieurs langues, et je me borne cette fois à constater que ces résultats ne sont pas très rassurants et dévoilent en détail la misère effroyable qui règne en Hongrie. Les médecins attachés aux écoles ont pour mission d'améliorer au fur et à mesure ces résultats.

J'ai essayé de montrer dans ses grandes lignes l'état actuel de l'hygiène infantile en Hongrie et les résultats atteints. Sans doute n'atteignent-ils pas ceux des autres pays occidentaux, mais ils doivent être les sources d'espoir en l'avenir. L'une des choses les plus urgentes à réaliser est le développement plus large de la prévoyance prénatale. Pour atteindre ce but, il faut développer le nombre et la capacité des sages-femmes, et décider par la voie législative que tous les nouveau-nés soient placés obligatoirement sous la protection surveillante et conseillante de l'association Stéphanie. L'association doit être avisée sans délai de toutes les naissances. Il faut augmenter le nombre des infirmières visiteuses, des consultations et des médecins consultants et établir plus de gouttes

de lait pouvant recevoir du lait préparé (babeurre, lait albumineux, etc...) et si possible gratuitement. Faire une grande propagande efficace pour montrer que le lait le meilleur et le plus naturel est le lait maternel, et que la période d'allaitement ne doit pas être négligée pour des raisons de commodité ou de contrainte sociale. Pour cette raison, il faut obliger les usines, les sociétés qui utilisent des employés féminins à accorder de grandes facilités dans les périodes de grossesse, d'accouchement et de lactation. Il y a également à résoudre le problème délicat des enfants naturels afin de leur assurer une éducation hygiénique et morale soignée et suffisante. Il faut multiplier les asiles destinés à garder les enfants pendant les heures du travail de leur mère, les hôpitaux d'enfants pourvus de pédiatres compétents et obliger les médecins non spécialisés à suivre des cours à des époques déterminées afin qu'ils se tiennent au courant des progrès de la pédiatrie. Les maisons de convalescence établies dans les forêts ont aussi une grande importance. C'est le problème de l'isolement des enfants tuberculeux qui doit être le but principal des efforts dans ce domaine hygiénique, par isolement de la famille des sujets atteints d'épidémies aiguës ou qui au moins présentent des signes d'activité tuberculeuse et leur placement dans des écoles construites spécialement pour eux.

Il faut utiliser plus largement le B.C.G. qui n'est pas suffisamment employé en Hongrie à l'heure actuelle, parce que l'emploi de ce vaccin provoque des difficultés qu'il est difficile de surmonter présentement. le contrôle de l'hygiène scolaire est parfaitement organisé dans les écoles de la capitale, il faudrait transplanter ce système dans les campagnes. Il faut distribuer régulièrement aux enfants les plus pauvres, du lait, de la nourriture.

Il est incontestable que l'amélioration de l'hygiène infantile et les projets futurs dépendent des circonstances financières. Au sommet de la crise économique mondiale et de la misère les moyens matériels de l'Etat et de la société sont très limités. On ne doit pas leur demander l'impossible. La bonne volonté et une collaboration plus efficace doivent suppléer au manque d'argent. L'espoir des nations réside dans l'enfance, et chaque pays doit multiplier ses efforts pour obtenir des sujets sains et vigoureux.

XVe RÉUNION
NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 26-27 mai 1936 (1).

La pathologie de la circulation cérébrale

MM. TH. ALAJOUANINE et R. THUREL, rapporteurs

1° Rappel anatomique. — Les travaux de Charles Foix ont permis, par l'étude anatomo-clinique des ramollissements partiels, de préciser, non seulement la topographie et l'étendue des différents territoires artériels, mais encore les fonctions dévolues à chacun d'eux.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 59, p. 1047 ; n° 61, p. 1081.

Les artères cérébrales ne sont pas terminales, mais reliées par de nombreuses anastomoses. Si elles se comportent en pathologie comme des artères terminales, cela tient à ce que la circulation anastomotique est fonctionnellement supprimée.

Dans les ramollissements corticaux, on observe l'intégrité des couches superficielles du cortex gris ; ces couches jouissent vraisemblablement d'une autonomie circulatoire, leurs artérioles provenant du fin réseau sous-piemérien qui, quoique alimenté par les diverses artères cérébrales, ne souffre pas du déficit de l'une d'entre elles. Ce réseau peut néanmoins être le siège de troubles vaso-moteurs et possède une pathologie spéciale.

2° Symptômes des lésions cérébrales d'origine vasculaire. — Ils sont le plus souvent caractéristiques. C'est en particulier le cas des *lésions en foyer* dont le diagnostic est aisé du fait du groupement symptomatique et surtout des caractères évolutifs : début brusque et souvent brutal, apoplectique ; lésions d'emblée au maximum et, dans les cas non mortels, tendance à la régression. Par contre, il est parfois difficile de préciser s'il s'agit d'un ramollissement ou d'une hémorragie cérébrale : l'apoplexie cérébrale, prise au sens clinique du mot (suppression brusque des fonctions cérébrales) ne saurait constituer un élément de diagnostic différentiel, car elle n'est pas la conséquence, mais la cause de l'hémorragie cérébrale et elle peut s'observer au début de certains ramollissements ; la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien ne laisse aucun doute, mais elle peut fort bien faire défaut dans l'hémorragie cérébrale.

L'*hémorragie cérébrale par rupture vasculaire primitive* est rare, comparativement à l'hémorragie post-apoplectique ; elle se comporte comme une néoformation et mérite le nom d'hématome cérébral ; elle se traduit tout d'abord par un syndrome focal auquel se surajoutent bientôt des signes d'hypertension intracranienne et n'aboutit au coma que secondairement.

L'*œdème aigu cérébro-méningé* a une symptomatologie très spéciale : début par encéphalée violente, installation progressive du coma, survenue de crises convulsives généralisées et, lorsque l'évolution est favorable, retour à la normale en trois à quatre jours, sans séquelles le plus souvent. Les données fournies par la ponction lombaire sont d'un grand secours : la tension du liquide est augmentée, et l'aiguille du manomètre présente des oscillations qui témoignent d'une hyperpulsatilité des artères cérébrales ; l'examen du liquide décèle une dissociation albumino-cytologique. A l'origine de l'œdème aigu cérébro-méningé, on trouve une poussée hypertensive qui se maintient pendant toute la durée des accidents.

L'*artériosclérose cérébrale diffuse* risque d'être longtemps méconnue, étant donné le peu d'importance ou la banalité de ses manifestations initiales ; l'évolution progressive, l'apparition de crises d'épilepsie, en imposent au premier abord pour une tumeur cérébrale, d'autant plus qu'il existe parfois des signes d'hypertension intracranienne. Chez les malades qui ont eu des ictus cérébraux, l'examen systématique met souvent en évidence des signes de cérébrosclérose diffuse ; cette découverte aggrave considérablement le pronostic : alors que les lésions de ce foyer ont une évolution régressive, la cérébrosclérose diffuse est irrémédiablement progressive et aboutit plus ou moins rapidement à la paralysie pseudo-bulbaire.

3° Mécanique physio-pathologique. — Le mécanisme de ces troubles est fort complexe. L'obstacle mécanique créé par la lésion vasculaire n'intervient que pour une faible part, et les facteurs fonctionnels sont prédominants, qu'il s'agisse de troubles vaso-moteurs cérébraux ou de perturbations de la circulation générale.

L'apoplexie ne peut s'expliquer que par un déficit circulatoire portant sur l'ensemble de la circulation cérébrale.

Les rapporteurs incriminent la stase sanguine qu'ils attribuent à la vaso-dilatation paralytique du système capillaro-veineux qui augmente considérablement la capacité de ce système et empêche la circulation de retour de s'effectuer normalement. La vaso-dilatation paralytique avec stase prédomine et est plus durable dans le territoire de l'artère lésée; souvent même, elle est d'emblée limitée à ce territoire et dans ce cas le malade ne perd pas connaissance et présente seulement un syndrome de localisation.

Les hémorragies ne sont pour la plupart que des complications, d'ailleurs contingentes, de l'apoplexie, tantôt précoces massives, et rapidement mortelles, tantôt tardives et ne constituant qu'un épiphénomène.

Le ramollissement doit être attribué lui aussi pour une grande part à la stase par vaso-dilatation paralytique qui rend impossible le fonctionnement de la circulation anastomotique : le fléchissement de la tension artérielle aggrave le déficit circulatoire, un certain degré de tension étant nécessaire au fonctionnement de la circulation anastomotique.

La claudication cérébrale est généralement attribuée à un spasme artériel ; en réalité, ce spasme reste hypothétique et une chute de la pression artérielle suffit à rendre compte du déficit circulatoire dans un territoire artériel moins perméable que les autres du fait de lésions vasculaires préexistantes.

L'œdème aigu cérébro-méningé, à l'opposé de l'apoplexie cérébrale, semble conditionné par une poussée hypertensive avec hyperémie cérébrale directement responsable de l'exsudation séreuse dans le parenchyme cérébral.

Cette étude physiologique a pour corollaire d'importantes déductions thérapeutiques.

4° **Désordres dynamiques de la circulation cérébrale.** — De tels désordres semblent responsables de l'épilepsie et de la plupart des céphalées, la migraine en particulier.

Le trouble circulatoire est évident dans l'épilepsie syncopale telle qu'elle s'observe dans le syndrome de Stokes-Adams. Il y a tout lieu de penser que l'épilepsie non syncopale relève d'un mécanisme identique : mais ici l'arrêt de la circulation est le fait de brusques perturbations vasomotrices de la circulation cérébrale et il semble que l'on doive incriminer, non pas une ischémie par vaso-constriction, mais une stase par vaso-dilatation paralytique. L'épilepsie de l'œdème aigu cérébro-méningé se produit lorsque l'œdème est à son maximum, infiltre le parenchyme nerveux et ne va pas sans gêner la circulation cérébrale.

Le mécanisme de la migraine est complexe : une onde vaso-constrictive, localisée au réseau vasculaire cortical superficiel et plus ou moins étendue en surface, rend compte des manifestations prémonitoires de la migraine : une vaso-dilatation active de la circulation cortico-méningée avec hyperémie et hyperpulsatilité est responsable de la migraine proprement dite.

5° **Rapports avec les autres processus morbides.** — La plupart des processus morbides agissent par l'intermédiaire des troubles circulatoires qu'ils déterminent.

La commotion cérébrale traumatique ne diffère en rien de l'apoplexie cérébrale et le syndrome subjectif tardif post-commotionnel doit être attribué à des perturbations vasomotrices de la circulation cérébrale.

Une tumeur cérébrale peut s'extérioriser brusquement à la manière de lésions vasculaires en foyer, qu'elle soit le siège d'une hémorragie ou qu'elle retentisse sur un vaisseau voisin, entraînant la mort physiologique ou anatomique du territoire correspondant ; plus fréquemment encore, des troubles vaso-moteurs cérébraux marquent le début des tumeurs cérébrales.

Le processus infectieux joue un rôle important dans la production des lésions vasculaires, et les troubles vaso-moteurs cérébraux ont souvent comme point de départ des séquelles cicatricielles post-infectieuses.

Les accidents cérébraux de l'intoxication oxycarbonée relèvent en réalité de troubles circulatoires provoqués par l'asphyxie.

Les accidents cérébraux d'origine médicamenteuse sont pour la plupart le fait d'une intolérance de l'organisme se manifestant, soit par des troubles vaso-moteurs cérébraux, soit par des perturbations de la circulation générale susceptibles de retentir à leur tour sur la circulation cérébrale ; il en est ainsi des accidents anaphylactiques et de l'apoplexie séreuse qui n'est autre qu'un œdème aigu cérébro-méningé.

L'encéphalopathie saturnine, l'éclampsie des néphrites, l'éclampsie puerpérale, ont pour substratum un œdème aigu cérébro-méningé dans la production duquel l'hypertension artérielle et les perturbations de la circulation cérébrale jouent un rôle beaucoup plus important que l'intoxication urémique ou gravidique.

On oppose à l'artériosclérose cérébrale avec production de lacunes périvasculaires disséminées, les atrophies corticales qui se produisent en l'absence de lésions vasculaires ; des troubles vaso-moteurs localisés au réseau vasculaire cortical superficiel et plus ou moins étendus en surface, sont susceptibles d'entraîner à la longue des troubles de la nutrition cellulaire et peuvent rendre compte des atrophies corticales.

6° **Etude comparative des autres circulations locales.** — Elles obéissent aux mêmes lois physiologiques et physio-pathologiques que la circulation cérébrale. La circulation rétinienne mérite la première place, du fait de la facilité de son exploration. Mais l'état des vaisseaux rétiniens ne saurait être considéré comme le reflet de l'état des vaisseaux cérébraux, car les circulations sont indépendantes, quant à leur pathologie tout au moins.

Radio-diagnostic de la circulation cérébrale (angiographie cérébrale)

M. Egas Moniz (Lisbonne), rapporteur

1° **Technique de l'angiographie cérébrale.** — a) **Temps chirurgical.** — Il consiste en une mise à nu de la carotide primitive entre les deux faisceaux d'insertion du sterno-cléido-mastoïdien au voisinage de la clavicule ; l'artère est ponctionnée avec une aiguille coudée et on procède à l'injection de 16 centimètres cubes de thorostrat.

b) **Temps radiologique.** — Il consiste en la prise de trois films instantanés, le premier après injection de 10 centimètres cubes, le deuxième au bout de deux secondes lorsque l'injection est complète, le troisième deux secondes et demie plus tard. Le premier film est une artériographie, le second une phlébographie de la première phase qui met en évidence le réseau veineux superficiel du cerveau ; le troisième, ou phlébographie de la deuxième phase, montre le sinus de la dure-mère et les veines profondes du cerveau ; une technique spéciale permet l'artériographie de la fosse postérieure ou de la carotide externe.

2° **Aspects pathologiques.** — a) **Thrombus de la carotide interne.** — L'auteur en a observé un cas consécutif à une plaie par balle de date ancienne : on constate une interruption complète de la carotide interne du côté thrombosé et une irrigation des deux hémisphères par la carotide du côté sain. Il rapporte quatre autres observations assez comparables.

b) **Thrombus des artères cérébrales.** — Ils s'observent en cas d'artériosclérose cérébrale : l'angiographie est, chez ces malades, sans danger.

c) **Troubles des circulations cérébrales par compression.** — Les anomalies les plus remarquables sont produites par les tumeurs situées au voisinage du siphon carotidien qui peut être déplacé.

3° Localisation des tumeurs cérébrales. — a) Tumeurs frontales. — On croit observer trois aspects :

Abaissement et déformation du siphon carotidien et parfois du groupe sylvien qui sont projetés en arrière, en cas de tumeur de la portion antérieure et plutôt externe du lobe frontal ;

Abaissement léger du siphon carotidien dans sa portion terminale et projection en bas du groupe sylvien qui forme une courbe à concavité supérieure en cas de tumeur de la partie postérieure du lobe frontal ;

Elévation et déplacement en arrière des cérébrales antérieures et des péricalleuses en cas de tumeur frontale placée sur la ligne médiane.

b) **Tumeurs pariétales.** — Elles provoquent un abaissement du groupe sylvien et surtout de l'artère temporale postérieure ; les artères sont souvent dissociées au lieu d'être déplacées en bloc comme en cas de tumeur frontale.

En cas de tumeur frontale ou pariétale interhémisphérique, l'abaissement du groupe sylvien est minime, mais l'artère péricalleuse est notablement déplacée vers le bas.

c) **Tumeurs temporales et du lobe occipital.** — Leur aspect est variable. En cas de tumeur de la partie antérieure du lobe temporal, siphon carotidien et groupe sylvien sont déplacés vers le haut. En cas de tumeur de la partie moyenne, le siphon carotidien est moins déplacé, mais le groupe sylvien est attiré en masse vers le haut. En cas de tumeur postérieure, la forme du siphon carotidien est conservée et la partie postérieure du groupe sylvien monte vers le haut. En cas de tumeurs profondes, les artères du groupe sylvien sont dissociées.

d) **Tumeurs de la fosse postérieure.** — La dilatation ventriculaire est vérifiée par une élévation en diagonale du groupe sylvien accompagné par la péricalleuse et la calleuse marginale. En cas de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, cet aspect en diagonale dans le tiers antérieur est suivi d'un plateau horizontal.

4° Tumeurs avec circulations spéciales. — Les *méningiomes* peuvent être irrigués par des artères néo-formées dérivées de la carotide interne, des artères méningées ou de la temporale superficielle. Dans ces cas, la phlébographie est précieuse : la circulation est en effet beaucoup plus lente dans la tumeur qu'au niveau du tissu cérébral, et le thorostrat y séjourne longtemps.

Les *glioblastomes* multiformes ont aussi une circulation artérielle visible dans les artériographies. On constate en pareil cas de petites artères parallèles se dirigeant vers la tumeur.

Les *astrocytomes* et les gliomes très vascularisés peuvent aussi être visibles sous forme de lacs et de dilatations vasculaires ayant l'aspect d'un peloton. Les *kystes*, les *abcès* se manifestent par l'absence de circulation.

En cas de *cysticercose*, on observe des aspects très spéciaux : extravasations et dilatations artérielles disséminées.

L'étude phlébographique de la deuxième phase peut fournir des renseignements intéressants : abaissement de l'ampoule et de la veine de Galien en cas de dilatation ventriculaire, ou de tumeurs de la fente interhémisphérique, élévation de la veine basilaire en cas de tumeur profonde de l'étage moyen ou de la veine de Galien en cas de tumeur intraventriculaire.

5° Angiomes et anévrysmes cérébraux. — Leur diagnostic est remarquablement facilité par l'angiographie.

a) **Angiomes.** — Rares, ce sont de véritables tumeurs des vaisseaux. L'artériographie en décèle trois types : artériel, veineux et artério-veineux. Les angiomes veineux sont particulièrement rares. Angiomes artériels et angiomes veineux se transforment facilement en angiomes artério-veineux. L'aspect de ces angiomes se rapproche à première vue de celui des méningiomes, mais dans les angiomes artériels ou artério-veineux, la circulation disparaît immédiatement dans les phlébographies du fait des larges communications qui relient artères et veines ; au contraire, dans les méningiomes, la tache de la circulation capillaire persiste longtemps.

b) **Anévrysmes.** — On les observe surtout au niveau du tronc carotidien sous forme de productions sacciformes ou de dilatations des troncs artériels. L'auteur en a observé un cas au niveau de l'artère du pli courbe.

Discussion

M. Cl. Vincent considère l'artériographie comme inoffensive. Elle supplée la ventriculographie lorsque les ventricules sont introuvables ou ininjectables. Les constatations opératoires montrent l'existence dans le bulbe d'un appareil qui vasodilate les artères cérébrales au point de les faire éclater en augmentant énormément la pression. De même existe dans la région du troisième ventricule un appareil qui règle l'exsudation et explique des œdèmes frontaux brutaux au cours d'interventions.

J. Lereboullet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 MAI 1936)

Recherches sur la glycémie expérimentale chez le lapin au cours de l'infection tuberculeuse du type Yersin. — M. E. S. Panayotopoulo, étudiant le métabolisme des sucres dans l'infection tuberculeuse du type Yersin chez le lapin, a constaté qu'il existe dès la première semaine de cette maladie une augmentation de la glycémie post-alimentaire expérimentale. Il croit pouvoir considérer cette augmentation comme un signe de plus des profondes altérations histo-pathologiques du foie, causées par la toxi-infection tuberculeuse du type Yersin chez le lapin.

Le taux de certaines phénylamines évaluées en tyramine dans les sérums des hypertendus. — MM. Loeper et A. Lesure concluent de leurs recherches que la tyramine et les corps analogues sont augmentés dans le sérum des hypertendus. Cette augmentation est moins absolue que relative par rapport aux bases hypotensives voisines de l'histamine. Il semble que, dans les cas pathologiques, il puisse se réaliser un déséquilibre dans le support de la tyramine et de l'histamine antagonistes.

Détermination expérimentale de lésions tuberculeuses intestinales chez le cobaye, par inoculation de bacilles dans les ganglions mésentériques. Inoculation de B.C.G. dans les mêmes ganglions. — M. J. Beerens a obtenu par inoculation de bacilles bovins et humains dans les ganglions mésentériques de la région iléo-cœcale du cobaye des lésions tuberculeuses intestinales (nodulaires et ulcéreuses) dans les territoires dépendant de ces ganglions. L'inoculation intraganglionnaire semble provoquer des lésions tuberculeuses plus étendues et plus rapidement mortelles que la voie intrapéritonéale. L'injection de B. C. G. dans les ganglions iléo-cœcaux confère aux animaux éprouvés per os une immunité réelle, qui cependant ne semble pas supérieure à celle déterminée par la vaccination sous-cutanée.

Etude comparative de la septicémie à bacilles tuberculeux aviaires chez le lapin immunisé et le lapin non immunisé. — MM. E. Loukidis et T. Kiolanowski montrent qu'au

cours de la tuberculose du type Yersin chez le lapin à base de bacilles aviaires, le sang circulant contient des bacilles du début à la fin de la maladie, et que chez le lapin prémuni par des injections de bacilles aviaires morts, les bacilles vivants homologués, introduits par voie veineuse, disparaissent rapidement de la circulation, mais réapparaissent de façon passagère après un traumatisme grave (splénectomie).

Sur la congélation employée comme procédé pratique de conservation des virus. — M. P. Lépine montre qu'il y a intérêt, pour la conservation des virus neurotropes, à substituer à la glycérine, cause d'affaiblissement des virus, la congélation à —10° ou —20° des émulsions ou des organes virulents. Même les virus fragiles, ne résistant que peu ou pas à l'action de la glycérine, peuvent être conservés par ce procédé. Pour atteindre son plein effet, la congélation doit être effectuée à l'abri de l'air et de la dessiccation, ce qui s'obtient simplement en plaçant les fragments d'organes virulents dans des tubes étroits remplis d'eau physiologique ; par la congélation, on réalise un enrobage en glace parfaitement protecteur. Le procédé a l'avantage de la simplicité et de l'efficacité.

Chimiothérapie des infections streptococciques par les dérivés du p-aminophénylsulfamide. — MM. E. Fourneau, J. Tréfouël, F. Nitti, D. Bovet et Mme Tréfouël étudient les modifications apportées à l'activité du p-aminophénylsulfamide (1162 F) par des transformations de sa constitution chimique. Parmi les 130 substances préparées et essayées, 46, qui toutes dérivent du 1162 F, ont présenté une action plus ou moins importante sur l'infection expérimentale de la souris.

Effets de l'adrénaline sur la circulation cérébrale. — MM. René Cachera et René Fauvert ont utilisé, pour l'étude de la circulation cérébrale du chien, l'observation microscopique directe des vaisseaux de la corticalité du cerveau, en milieu clos, sous un hublot de verre fermant l'orifice de trépanation. Ils ont réalisé, de plus, la prise en série de microphotographies rapides permettant, de 5 secondes en 5 secondes, la mensuration précise du calibre des vaisseaux cérébraux. Chaque cliché est repéré exactement sur le tracé qui enregistre la pression artérielle et le volume du cerveau.

Ainsi une comparaison quasi permanente et rigoureuse est obtenue graphiquement entre le calibre des vaisseaux cérébraux et le niveau de la pression artérielle au même moment.

Une analyse serrée des réactions vaso-motrices du cerveau est ainsi rendue possible.

Avec l'adrénaline, par voie veineuse ou intra-carotidienne, les résultats suivants ont été obtenus, conformes à ceux qui résultent de la plupart des travaux récents : 1° dilatation des artérioles cérébrales (+10 à 45 %) ; 2° augmentation moindre du calibre des veines (+10 à 20 %) ; 3° accroissement du volume cérébral. La dilatation vasculaire n'est pas toujours immédiate, mais aucune constriction initiale n'a pu être saisie. Cette distension semble être passive, liée mécaniquement aux variations de la pression artérielle générale ; mais il n'y a pas proportionnalité étroite entre la dose d'adrénaline introduite et le degré de l'élévation tensionnelle générale d'une part, l'importance de la vaso-dilatation cérébrale d'autre part. Cette dernière peut, en outre, parfois persister après la fin de l'hypertension adrénalinique.

Il existe donc là une série de dissociations, d'anisergies circulatoires possibles.

La dissémination des micro-organismes par la grande circulation. — M. Maurice Renaud enregistre qu'après injection dans le cœur gauche du cobaye d'une émulsion extrêmement concentrée de levures faciles à identifier l'examen immédiat du sang veineux de l'oreille ne montre que la présence d'éléments en tout petit nombre, et qui sont presque tous inclus déjà dans les leucocytes. Cette expérience sous sa forme particulièrement expressive fait saisir comment les corps microbiens emportés dans la grande circulation sont de façon quasi instantanée répartis dans les ramifications vasculaires aux surfaces immenses sur lesquelles ils se fixent. Ceux qui rencontrent des leucocytes sont immédiatement phagocités.

Ces constatations qui mettent en évidence le rôle prodigieux des forces physiques dans le monde des infiniment petits sont susceptibles d'aider à mieux comprendre les disséminations des germes au cours des processus infectieux, et à limiter le rôle des bactériémies dont on parle tant.

Influence du lacto-sérum et de ses sucres sur le métabolisme du glucose. — MM. Maurice Renaud et Petit-Maire, étudiant l'influence de l'ingestion de lacto-sérum sur la glyco-régulation, ont constaté que la prise à jeun de lacto-sérum non acide, provoque en quelques minutes chez les sujets normaux une élévation légère de la glycémie, qui est suivie bientôt d'une baisse fort sensible ramenant le sucre à un taux très inférieur à ce qu'il était tout d'abord (de 1 gr. à 85 cgr. en moyenne). Chez les sujets hyperglycémiques, les variations sont les mêmes, mais beaucoup plus amples. Les prises successives à intervalles réguliers sont suivies de variations encore plus importantes et de plus accentuées dans le sens de la baisse.

Bien plus, un apport ultérieur de sucres ne modifiera la glycémie que légèrement et pendant un temps raccourci ainsi que le montre avec évidence l'étude des courbes, après l'ingestion classique de glucose.

On doit admettre que le lacto-sérum, à la fois par ses sucres et par ses hormones, fait entrer rapidement en fonctions l'appareil glyco-régulateur hépato-pancréatique et que le processus de fixation ou de combustion ainsi amorcé se poursuit après disparition de la minime quantité de sucre apporté par le lacto-sérum, aux dépens des sucres en réserve et ultérieurement apportés jusqu'à ce que l'abaissement de la glycémie soit devenu si important qu'il fasse frein.

Cette action sur le métabolisme des sucres est un des éléments importants de l'influence du lacto-sérum sur l'ensemble des processus de la nutrition.

LIVRES NOUVEAUX

Les réticulo-fibroses de la rate. Etude de leurs principaux groupements anatomo-cliniques et de leurs répercussions sur l'organisme. Préface de M. le professeur N. Fiessinger, par le docteur Robert Messimy (1).

De nombreuses études histophysiologiques et cliniques n'ont pas encore beaucoup éclairci la physiologie et la pathologie de la rate.

De longues études ont conduit l'auteur à confirmer la dépendance entre les deux éléments constitutifs de l'organe au point de vue anatomique et pathologique : l'élément de soutien (capsule et travées) et l'élément pulpaire. Le trouble apporté dans l'un des domaines retentit bientôt sur l'autre et après une évolution d'une durée suffisante, il devient malaisé de reconstituer l'ordre de succession des phénomènes. Il semble cependant à l'auteur que c'est toujours

(1) Paris. Vigot frères, 1936.

autour des vaisseaux que la sclérose débute. Tantôt, en particulier dans les diverses formes du syndrome de Banti, il s'agit de splénomégalies primitives, la polarisation est périartérielle; tantôt, comme dans la cirrhose de Laënnec, la polarisation est veineuse.

Mais dans un cas comme dans l'autre, la pulpe ne tarde pas à réagir plus ou moins énergiquement selon les cas, d'où les différences anatomiques et cliniques. On voit alors se constituer diverses formes de réticulo-fibroses.

De nombreux facteurs gouvernent la genèse et l'évolution des lésions : terrain, élément mécanique, facteurs irritatifs : hémolyse et surtout leucolyse qui mérite, à l'avis de l'auteur, une considération particulière.

Comme il l'avoue modestement, ce ne sont encore là que des travaux préliminaires qui laissent encore un vaste champ de recherches inexploré. Il n'en faut pas moins louer la ténacité et l'ingéniosité de M. Messimy, petit-fils d'un maître, ès anatomie pathologique, le regretté professeur Cornil; en une matière particulièrement ingrate, son esprit critique et son sens clinique pour l'interprétation d'une montagne de documents auxquels il a su ajouter un apport personnel des plus importants au point de vue clinique et anatomique.

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DE LA PLEVRE ET DU POUMON PAR ARMES BLANCHES

SIGNES — DIAGNOSTIC — TRAITEMENT [1]

PRONOSTIC

En résumé, dans l'ensemble, le pronostic des plaies pleuro-pulmonaires par armes blanches est peu grave et la guérison s'obtient sans incidents sérieux dans la majorité des cas. Il s'oppose donc à la gravité des plaies par armes à feu, dans lesquelles l'infection est une complication relativement fréquente et toujours sérieuse. Et ce caractère particulier est dû à ce que ces plaies par armes blanches ne contiennent ni projectiles, ni débris vestimentaires, ni esquilles osseuses.

Les quelques séquelles qui puissent assombrir le pronostic se bornent à des adhérences pleurales, découvertes d'examen radiologique.

DIAGNOSTIC

Il est facile de reconnaître qu'une plaie du thorax est pénétrante, atteint l'appareil pleuro-pulmonaire (toux, dyspnée, *hémoptysie*).

Ce qui importe, c'est :

1. *Dès la blessure :*

— Reconnaître une plaie du cœur ou une plaie thoraco-abdominale ;

— Suivre l'évolution de l'hémothorax, savoir si l'hémorragie est arrêtée ou si sa continuation impose une intervention.

2. *Dans les jours suivants :*

— Surveiller le blessé, reconnaître une reprise de l'hémorragie, une pleurite exsudative secondaire, plus exceptionnellement le passage à la purulence.

TRAITEMENT

A l'arrivée du blessé, nous avons vu quel devait être dans tous les cas le traitement de début : remonter le blessé, désinfecter la plaie, immobiliser demi-assis, piqûre de morphine pour calmer la dyspnée.

Ultérieurement, la thérapeutique sera différente : dans les cas simples, — dans les cas où l'hémorragie semble menacer la vie, — dans les cas compliqués.

I. **Cas simples.** — La très grande majorité des plaies de poitrine par armes blanches *guérissent par l'immobilisation stricte :* la plaie évolue aseptiquement et les examens successifs suivent la résorption de l'hémothorax.

Faut-il ponctionner ces hémothorax? La résorption peut être lente, retardée, aussi, lorsque l'épanchement est de quelque importance, on peut *l'évacuer vers le septième jour*, plus tôt s'il est très abondant et déplace le cœur ; sa résorption se trouve de ce fait très nettement *accélérée* (Lecène).

II. **Hémorragie interne menaçante.** — L'existence d'une hémorragie interne abondante et progressive qui menace de tuer le malade si on n'intervient pas de suite est une indication d'opérer immédiatement.

En pratique, la difficulté est de savoir apprécier quels sont les cas où l'existence du malade est directement menacée :

— Les signes généraux n'ont aucune valeur isolément.

— La formule de Delorme d'opérer tout hémothorax remontant au-dessus de l'épine de l'omoplate, est trop absolue.

— Seule, « l'évolution clinique des symptômes doit déterminer la conduite du chirurgien » (Lecène) et « l'affaiblissement progressif du blessé s'ajoutant aux signes qui dénotent la continuation de l'hémorragie, offre à ce point de vue une valeur indiscutable » (Quénu).

Ce n'est donc qu'après avoir revu le blessé d'heure en heure que l'on prendra une décision opératoire dont le pronostic est tellement sérieux (30 % de mortalité par infection post-opératoire et continuation de l'hémorragie) qu'il ne faut l'envisager qu'à titre exceptionnel : incision thoracique large avec résection très étendue d'une seule côte, suture de la plaie pulmonaire, évacuation de l'épanchement, *fermeture sans drainage*.

III. **Traitement des complications.** — 1. *Emphysème traumatique.* — Si l'emphysème sous-cutané, même très étendu, est sans gravité, *l'emphysème médiastinal* demande à être traité dès son début par *incision sus-sternale* avec dilacération du tissu cellulaire de l'orifice du médiastin supérieur.

2. *Pneumothorax sous pression.* — Il est nécessaire d'intervenir sans tarder pour éviter la syncope par défaillance cardiaque brusque. L'intervention de choix est la résection d'une côte avec suture du poumon.

3. *Hémorragie externe.* — Elles sont toujours justiciables d'un traitement chirurgical immédiat : débrider largement la plaie, réséquer la côte qui masque l'intercostale intéressée, faire l'hémostase, évacuer l'hémothorax, suturer sans drainage.

4. *Plaie à thorax ouvert.* — Toute plaie pénétrante large de la paroi thoracique, avec traumatopnée violente doit être opérée d'urgence ; excision des tissus contus, résection des esquilles osseuses, hémostase, suture complète de la plaie.

5. *Suppuration pleurale.* — En faire le drainage *précoce*, d'abord drainage « a minima » (R. Monod), puis thoracotomie large si nécessaire.

6. *Plaies viscérales associées.* — Intervenir au moindre doute : laparotomie, découverte du cœur par volet costal ou de proche en proche (Lecène).

J.-N. COURVOISIER.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 57, p. 1022; n° 59, p. 1054; n° 61, p. 1086.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 64. — SAMEDI 8 AOUT 1936 | 109e ANNEE | Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — ÉDUCATION NATIONALE. — *Au grade de chevalier :* M. le professeur Aron, de Strasbourg.

HÔPITAL GÉNÉRAL DE NEVERS. — Un concours sur titres est actuellement ouvert pour le poste de médecin de l'hôpital de Nevers, chargé du laboratoire de biologie.

Les candidats devront avoir déposé leur titres et diplômes avant le 15 septembre 1936.

Ils sont priés de joindre à leur lettre de candidature leurs titres et travaux scientifiques, notamment les diplômes et stages concernant les différents laboratoires où ils auront pu exercer ainsi que la preuve du dépôt de leur diplôme d'Etat de docteur en médecine à la préfecturé de la Nièvre.

Ces pièces devront être déposées sous pli cacheté chez M. le directeur de l'hôpital de Nevers.

MAISON DE SANTÉ DE CHARENTON. — Une place d'interne en médecine est vacante au service de psychiatrie du docteur Baruk à la maison nationale de santé de Charenton. Les candidats sont priés de s'adresser à la direction de cet établissement, 57, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — *Concours de l'internat en médecine.* — Un concours pour quatre places d'internes en médecine titulaires et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la préfecture de Police et l'hôpital Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale), s'ouvrira à Paris, le 22 octobre 1936.

Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin en est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la préfecture de la Seine, service de l'assistance départementale, 3e bureau, annexe E est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobeau, 2e étage, pièce 227, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 28 août au 11 septembre 1936 inclus.

L'ÉCOLE PRATIQUE DE SERVICE SOCIAL, fondée avant la guerre, en 1913, reconnue administrativement par arrêté ministériel du 25 avril 1933, s'est développée avec l'idée même et la pratique du service social, qui a maintenant conquis droit de cité en France.

Les études de l'école, qui se composent de cours théoriques, de leçons pratiques et de stages dans les institutions officielles et privées les mieux organisées, durent deux ans et sont sanctionnées depuis 1934 par le diplôme d'État de service social.

A l'heure où se pose pour tant de jeunes filles la question du choix d'une carrière, il est intéressant de connaître la variété des débouchés qu'ouvrent les études de service social. Citons entre autres : assistantes au service social à l'hôpital, assistantes aux caisses de compensation, aux caisses primaires d'assurances sociales, à l'office de protection maternelle et infantile, au service médico-social des habitations à bon marché, assistantes scolaires, directrices d'œuvres d'enfants, de crèches, de dispensaires, de maisons d'observation ou de rééducation, assistantes d'usine, résidentes sociales, secrétaires de foyers, assistantes au tribunal pour enfants, assistantes de police, assistantes aux services sociaux des cheminots.

Le siège social de l'Ecole pratique du service social est 139, boulevard Montparnasse, Paris (6e). On peut y demander gratuitement tous renseignements utiles sur les conditions d'admission et le programme des études.

XXIIIe CONGRÈS DE L'ALLIANCE D'HYGIÈNE SOCIALE (Saint-Etienne 2-4 octobre 1936). — Ce congrès, qui aura lieu sous la présidence de M. Georges Risler, membre de l'Institut, et

de M. Demozay, président de la chambre de commerce de Saint-Etienne, discutera trois questions : traitement des maladies sociales; préventions des maladies sociales; organisation des loisirs.

Adresser les adhésions avant le 10 septembre soit au secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale, 5, rue Las-Cases, Paris (7e), soit à Saint-Etienne à M. le docteur Charles Laurent, médecin des hôpitaux, directeur de la Ligue antivénérienne de la Loire et de la Haute-Loire, 12, rue des Mutilés du Travail, à Saint-Etienne.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE THÉRAPEUTIQUE DE L'HÔPITAL BROUSSAIS-LA CHARITÉ, 96, rue Didot. *Professeur :* Emile SERGENT. — Un cours de perfectionnement sur les « suppurations, bronchiques, pulmonaires et pleurales » sera donné sous la direction du professeur SERGENT du lundi 30 novembre au jeudi 10 décembre 1936.

Une affiche donnera prochainement le programme détaillé.

— COURS DE PERFECTIONNEMENT DE TECHNIQUE CHIRURGICALE CONCERNANT L'APPAREIL MOTEUR, par les professeurs OMBRÉDANNE et P. MATHIEU avec la collaboration de MM. Sorrel, Leveuf, Desplas, Richard, Fèvre, Merle-d'Aubigné, chirurgiens des hôpitaux; Lance, Huc, Padovani, assistants et chefs de clinique.

Ce cours aura lieu chaque jour du 12 octobre au 28 octobre, à 2 heures et demie, au petit amphithéâtre, et, à la suite de chaque leçon, une répétition des opérations envisagées aura lieu à l'école pratique de 4 heures à 5 heures, sous la direction de MM. les prosecteurs.

Ce cours sera public et gratuit. Des séances cliniques et opératoires dans les services des professeurs Ombrédanne et Mathieu seront organisées le matin pendant la durée du cours.

Seront seuls admis à ces démonstrations opératoires les élèves qui se seront inscrits à cet effet au secrétariat de la faculté et auront versé les droits spéciaux afférents à ces séances.

Ce droit spécial est de 250 francs.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Loques, d'Orange; Salles, de Saint-Laurent-de-Cerdans; Scemama de Gialluli, de Sète.

4e Congrès de la Presse médicale latine (Venise : 29 septembre-3 octobre 1936). — Nous rappelons à nos lecteurs que le 4e Congrès de la Presse médicale latine aura lieu à Venise, *du mardi 29 septembre au samedi 3 octobre* 1936, sous le haut patronage de S. E. M. le ministre de l'Education nationale d'Italie et sous la présidence du sénateur professeur D. Giordano.

Le Comité de paronage du Congrès comprend, à côté de S. A. R. le prince Ferdinand de Savoie, duc de Gênes, les plus hautes autorités politiques, administratives et scientifiques d'Italie et, en particulier, de la Province de Venise.

Les séances de travail du Congrès comportent trois questions :

1° *Histoire de la Presse médicale dans les pays latins.* — Rapporteurs : Prof. Tricot-Royer (Louvain), Dr E. Noguera (Madrid), Prof. Laignel-Lavastine et Lévy-Valensi (Paris), Prof. Rondopoulos (Athènes), Prof. Pazzini (Rome), Prof. Da Silva Carvalho (Lisbonne), Prof. V. Bologa (Cluj).

2° *Influence de la Presse médicale.* — Rapporteurs : Prof. A. Le Sage (Montréal), Dr T. Oliaro (Turin), Dr J. B. Pereira (Rio de Janeiro).

3° *L'enseignement médical et la pratique médicale dans les pays latins.* — Rapporteurs : Prof. Hartmann (Paris), Prof. Perez (Rome), Prof. Danielopolu et Pavel (Bucarest), X... (Madrid).

En dehors des séances de travail, le Congrès comportera :

— Des conférences des Prof. Maurice Loeper (de Paris), Nicolas Pende (de Rome), A. Castiglioni (de Padoue) ;

— Une excursion aux Iles de la Lagune de Venise, offerte par la municipalité de Venise ;

— Un concert de la « Banda Citadina » sur la place Saint-Marc, avec illumination de la Basilique et du Campanile ;

— Une visite à l'Hôpital marin, au Lido ;

— Une excursion de 2 jours en autocars à Aquileia, Trieste, Abbazia, aux Grottes de Postumia, etc., avec visite des champs de bataille de la guerre 1915-1918 ;

— Une réception offerte par le président du Congrès à l'Hôtel Danieli ; un banquet, etc...

Tous les médecins des pays latins peuvent assister au Congrès, ainsi que les personnes de leur famille.

La cotisation est fixée à 80 lire, ou 100 francs français, pour les membres *titulaires* (directeurs, rédacteurs en chef ou délégués officiels d'un périodique médical), et à 40 lire, ou 50 francs français, pour les membres *adhérents* (journalistes médicaux, médecins non journalistes, personnes accompagnant les congressistes).

Le secrétaire du Congrès est le professeur Saraval, Hôpital civil à Venise.

Les adhésions peuvent lui être adressées directement ; elles peuvent l'être également, pour les congressistes non italiens, au Dr L. M. Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, « L'Hermitage », Luxeuil (Haute-Saône), ou à M. Robert Gardette, secrétaire administratif de la Fédération, 23, rue du Cherche-Midi Paris.

Congrès de l'Association pour la documentation photographique et cinématographique dans les sciences. — Comme chaque année aura lieu, du 9 au 15 octobre 1936, au Musée Pédagogique de l'Etat, 29, rue d'Ulm, Paris, le Congrès de l'Association pour la Documentation photographique et cinématographique dans les sciences.

Une exposition de matériel et de documents, des séances de projections fixes et animées, en tous formats, feront l'objet de cette réunion.

Faire parvenir, *dès maintenant*, les titres des communications et des films, en mentionnant : formats, muets ou parlants, temps de projection approximatif. Les envois doivent absolument être parvenus *au plus tard* le 1er octobre 1936. Toutes les communications ou interventions devront être déposées au Secrétariat du Congrès.

P. S. — La correspondance doit être adressée au docteur Claoué, 39, rue Scheffer, Paris (16e). Les appareils, documents et films au Musée Pédagogique de l'Etat, 29, rue d'Ulm, Paris (5e).

REVUE GENERALE

LE BIOTROPISME

Par M. MONNEROT-DUMAINE (d'Ismaïlia),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le *Biotropisme est le processus biologique qui préside à l'éclosion des phénomènes infectieux dus au réveil d'un microbisme latent sous une influence exogène*. Cette perturbation exogène peut être d'ordre chimique, physique ou biologique (même microbien).

La notion de biotropisme est assez nouvelle. Elle a été introduite par Milian, médecin de l'Hôpital Saint-Louis, et par ses élèves ; elle a déjà fait l'objet, en France, d'un nombre important de publications ; mais en dehors du livre de Milian (1929), il n'y a aucun travail d'ensemble sur la question.

A l'Etranger, la théorie biotropique a été très peu étudiée et son nom est à peine connu.

En France même, le grand public médical connaît mal les limites du biotropisme et parfois sa définition même. D'ailleurs comment pourrait-il en être autrement lorsque les auteurs les plus avertis de ces questions ne sont pas d'accord et s'adressent sans cesse des critiques sur l'interprétation des faits ?

Une des causes de la confusion est la grande imprécision des termes. Aussi croyons-nous utile de commencer notre exposé par une brève étude terminologique qui aidera à « *situer le biotropisme* ».

I. Définition de certains termes. La place du biotropisme dans les accidents de chimiothérapie. — Il est sans cesse question actuellement d'*intolérance*, de *sensibilisation*, d'*allergie*, d'*intoxication*, etc..., lorsqu'on étudie en particulier les accidents de la chimiothérapie.

Pour fixer les idées, envisageons les diverses éventualités possibles lorsqu'on introduit dans un organisme une substance chimique, pour détruire un germe infectant :

— L'idéal est de détruire le microbe sans nuire à l'organisme. Si l'agent thérapeutique y parvient par son pouvoir microbicide direct, on peut dire qu'il a exercé un *nécrotropisme direct* vis-à-vis du microbe (ou du parasite).

— En réalité la destruction du microbe (ou du parasite) n'est pas due en général à une action microbicide du médicament ; elle est plus souvent le fait de modifications du terrain sous l'influence du produit chimique. Ainsi un produit chimique peut faire apparaître dans l'organisme une substance nouvelle qui exerce l'action microbicide. C'est du *nécrotropisme indirect*. Exemple : le novarsénobenzol n'est pas toxique « in vitro » pour le tréponème pâle ; il devient très toxique si on ajoute au mélange une trace d'extrait hépatique.

— La modification du terrain consiste parfois en une *augmentation de résistance de l'organisme* vis-à-vis du germe infectant sous l'influence de la chimiothérapie. Cette augmentation de résistance peut provenir d'une augmentation de la leucocytose, d'une accentuation du pouvoir phagocytaire, d'une stimulation du foie, etc... Parfois elle semble imputable à des phénomènes catalytiques (Schade). Feld a appliqué la théorie de la catalyse à la chrysothérapie.

Pour désigner cette action favorable de la chimiothérapie sur le terrain, nous proposons de créer le terme d'*hyperphylaxie*.

— Mais il arrive quelquefois que le produit utilisé exalte tout d'abord le microbe qu'on voulait détruire ; c'est là un phénomène de *biotropisme* (Milian) et plus exactement de *biotropisme direct*. Il peut arriver aussi que le produit en question exalte un autre germe que celui qu'on cherche à combattre ; ainsi le novarsénobenzol dirigé contre le tréponème syphilitique exalte la virulence du germe du zona et fait éclore un zona ; c'est encore là du biotropisme, mais du *biotropisme indirect*.

— Il y a une difficulté dans l'interprétation des accidents infectieux qui sont provoqués par une chimiothérapie ; on peut se demander si dans certains cas (qui seraient fréquents) ces phénomènes infectieux seraient conditionnés non par l'exaltation du microbe, mais par la diminution de résistance de l'organisme ; on parlerait alors *d'hypophylaxie*.

Pratiquement, *on étudie ensemble, à l'heure actuelle, dans le cadre du biotropisme, les accidents biotropiques vrais et les accidents hypophylactiques*.

— Une autre éventualité de la chimiothérapie, c'est *l'intolérance*, c'est-à-dire des phénomènes de réaction de l'organisme, indépendants de la dose (qui peut être faible), et propres au terrain. L'intolérance peut dépendre de réactions générales de l'organisme ou d'une réaction propre à un tissu (intolérance tissulaire) ; il y aurait ainsi des intolérances cutanées, intestinales, rénales, méningées, articulaires, etc... L'intolérance peut être *innée*, c'est *l'idiosyncrasie*, ou acquise, c'est *l'anaphylaxie* ou la *sensibilisation* (termes presque synonymes).

Certains auteurs ont tendance à faire rentrer dans le cadre général de l'intolérance les accidents biotropiques.

— Quant à l'*intoxication*, c'est une altération de l'organisme qui est proportionnelle à la dose du produit, et dont les symptômes sont subordonnés à la nature des produits ; les accidents d'intoxication portent l'empreinte du produit, tandis que les accidents d'intolérance portent l'empreinte du terrain (Tzanck).

— Enfin on peut évidemment observer des *accidents associés* ; il semble même que beaucoup d'accidents de la chimiothérapie ont une pathogénie mixte et c'est ce qui rend leur interprétation si délicate.

***

Nous n'avons pas employé les termes d'*allergie*, de *choc* et de *susceptibilité*.

Le terme d'*allergie* semble à écarter pour les accidents chimiothérapiques car les notions de biotropisme, d'intolérance innée, ou acquise, sont suffisantes et plus précises pour caractériser ces accidents. Comme Tzanck l'a fait remarquer, c'est un terme qu'on emploie dans des sens très différents, et on doit s'écarter le moins possible de la définition que lui donnait Von Pirquet et que nous trouvons parfaitement condensée dans le petit dictionnaire de Garnier et De-

lamarre : « toute modification de l'organisme par un « virus, soit que l'individu devienne plus sensible à « une deuxième inoculation de ce virus, dans le cas « d'anaphylaxie, soit qu'il réagisse d'une manière « atténuée, dans le cas d'immunité ». Or dans les accidents de la chimiothérapie qualifiés d'allergiques, il ne s'agit pas de sensibilisation à un virus, mais à un produit et il est souvent difficile de savoir s'il y a anaphylaxie ou plutôt intolérance innée.

Quant à l'expression « *accidents de choc* », elle n'est peut-être pas à écarter, car elle exprime bien la soudaineté de certaines manifestations dues à l'ébranlement général de l'organisme, y compris le système nerveux, mais elle ne peut servir à la classification des accidents de la chimiothérapie car elle peut désigner des accidents idiosyncrasiques, comme des accidents anaphylactiques.

Enfin, le terme de *susceptibilité* fait pratiquement double emploi avec celui d'intolérance.

*
* *

Afin de rendre moins confuse une terminologie forcément incertaine puisqu'elle s'adresse à des phénomènes dont le mécanisme est mal connu, nous avons dû envisager d'une façon générale les accidents de la chimiothérapie.

Mais il n'y a pas que les produits chimiques qui puissent engendrer des phénomènes biotropiques. Les phénomènes physiques jouent un rôle qui, d'ailleurs, semble le plus souvent « hypophylactique ». Les substances biologiques comme les vaccins et les protéines peuvent aussi faire éclore des accidents infectieux. Les maladies infectieuses elles-mêmes peuvent éveiller un microbisme latent.

Enfin, nous avons introduit dans la définition la notion de *perturbation exogène*, afin d'éliminer du cadre du biotropisme les infections qui éclosent du fait d'un mauvais terrain par maladie, fatigue, intoxication endogène. On ne peut parler de biotropisme lorsqu'un sujet surmené contracte la grippe, lorsqu'un cancéreux fait une broncho-pneumonie, lorsqu'un diabétique présente de la furonculose.

Puisque nous éliminons de notre étude les perturbations endogènes, nous n'étudierons pas le rôle hypophylactique des *émotions*, c'est-à-dire leur retentissement sur le terrain et leur influence sur l'éclosion d'accidents infectieux.

Le domaine du biotropisme est vaste et on ne peut encore en préciser les limites. Il s'élargit chaque jour, et il est probable que dans quelques années le biotropisme aura beaucoup plus gagné qu'il n'aura perdu. Déjà bien des nouveaux faits sont à ajouter à l'étude pourtant si poussée que Milian avait publiée en 1929 (3). Essayons donc de préciser l'état actuel de la question.

— Tout d'abord nous allons passer en revue les *principales causes* exogènes qui peuvent réveiller un microbisme latent et les aspects que prennent les accidents ainsi provoqués.

— Puis nous ferons une *récapitulation nosologique* des accidents biotropiques.

II. Les aspects étiologiques du biotropisme. — 1° BIOTROPISME CHIMIQUE. — De nombreux médicaments peuvent être « biotropigènes » (qu'on nous permette ce néologisme) quelle que soit la voie d'introduction. Nous avons déjà rappelé que les accidents qui surviennent à la suite de l'administration d'un produit chimique ne sont pas tous toxiques. A côté des accidents toxiques conditionnés par des altérations dégénératives de certains parenchymes, il est toute une série d'accidents qui n'ont aucune allure toxique, surviennent avec des doses très variables, *même faibles*, et qui, quelquefois, ne se reproduisent pas par la continuation du traitement. Nous avons dit également qu'on pouvait dans certains cas invoquer une intolérance particulière de l'organisme, soit innée (idiosyncrasie), soit acquise (sensibilisation). Milian, de son côté, a été frappé par le fait que beaucoup de ces accidents ont une allure infectieuse. Ce sont ces accidents infectieux de la chimiothérapie qui constituent le biotropisme chimique. Nous allons en faire l'étude étiologique.

A. *Biotropisme arsenical.* — Les accidents biotropiques dus aux arsenicaux organiques antisyphilitiques sont les premiers qui ont retenu l'attention. Ils sont particulièrement fréquents, et leur nature est encore très discutée. « Les accidents cutanés au cours des traitements antisyphilitiques » ont été à l'ordre du jour du Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes, à Lyon, en juillet 1934 (30).

a) *Accidents biotropiques consécutifs aux injections intraveineuses d'arsénobenzènes.* — **Nous parlerons** surtout des accidents consécutifs aux injections de novarsénobenzol (914), mais on peut les observer avec les sels plus rarement employés : 606, etc... Georges Garnier, élève de Milian, a consacré son excellente thèse aux « *Erythèmes du Novarsénobenzol* » (23). Il admet qu'au cours des séries de 914 il peut survenir deux sortes d'érythèmes de nature absolument distincte :

— *Des érythèmes précoces, dits du 9e jour*, d'allure nettement infectieuse. Ils sont biotropiques et la preuve qu'ils ne sont pas toxiques, c'est qu'on peut souvent reprendre la suite du traitement sans aucun accident.

— *Des érythèmes tardifs, de fin de cure, à type d'érythrodermie vésiculo-œdémateuse* de nature toxique, car à la suite de ces accidents, le traitement ne peut être repris sans désastre.

Mais, comme nous l'avons dit plus haut, il faut admettre la possibilité d'*accidents associés*, biotropiques et toxiques.

Les érythèmes biotropiques du novar ont les caractéristiques suivantes :

— Ils surviennent vers le 9e jour ;

— Ils sont souvent accompagnés ou précédés d'une légère angine, et d'adénopathies cervicales douloureuses ;

— La fièvre est constante, légère ou moyenne, rarement élevée à 40°, éphémère, durant un à quatre jours ;

— Morphologiquement ils sont calqués sur trois types :

α) Le *type rubelliforme* (ou *rubéoliforme*) est parmi

les plus fréquents. La tuméfaction des ganglions cervicaux, la courbe fébrile et l'aspect de l'exanthème évoquent la rubéole ;

β) Le *type morbilliforme* est plus rare.

Les premières observations en ont été faites dans des salles hospitalières de rougeoleux par G. Garnier. Dans ce cas le « Köplik » est presque toujours absent; de même manque le catarrhe des muqueuses. Il y a souvent des adénites cervicales et même inguinales ;

γ) Le *type scarlatiniforme* doit être bien distingué de l'érythrodermie. Cette distinction a un gros intérêt pratique, puisque l'érythème scarlatiniforme du 9e jour est plus fugace et plus bénin que l'érythrodermie et que dans cette dernière il est absolument contre-indiqué de reprendre le traitement. L'angine semble manquer fréquemment, mais en la cherchant systématiquement on la trouve souvent ; elle a précédé l'éruption de deux ou trois jours et elle est restée érythémateuse. Il y a des cas avec angine plus intense, et même pultacée, comme dans la scarlatine. La réaction d'extinction de Schultz et Charlton n'a jamais été trouvée positive par Gastinel (30).

Voici, simplement à titre d'exemple, une observation personnelle de ce type classique d'érythème :

OBSERVATION I (résumée). — *Erythème scarlatiniforme du 9e jour dû au novar.* — Max L..., âgé de 16 ans, atteint de roséole syphilitique, reçoit le 10 janvier 1930 une injection de 0,15 de novarsénobenzol ; le 13, il reçoit 0,15 ; le 15 : 0,30. Le 17 janvier, il a de la fièvre, des vomissements; le 18, soit au 9e jour du traitement, il présente un érythème scarlatiniforme à la face qui est légèrement bouffie, puis au reste du corps. Aux membres supérieurs, l'éruption est morbilliforme, sur le tronc, elle est plutôt scarlatiniforme. Il y a de la rougeur de la gorge ; la langue est blanche avec des bords rouge vif. Eosinophilie : 4 %. La régression de l'érythème est rapide. Le traitement a pu être repris avec précautions (doses prudentes, gouttes d'adrénaline), sans incident notable.

Dans cette observation, le tableau clinique n'est pas absolument celui d'une scarlatine. Le traitement a pu être repris, mais avec quelques petits incidents.

Pour Milian ces diverses éruptions *seraient des rubéoles, des scarlatines et des rougeoles authentiques* (2). C'est là une opinion très controversée, comme nous le verrons plus loin dans une étude critique.

***

Outre ces trois types : rubéoliforme, morbilliforme et scarlatiniforme, on peut observer :

— *Un érythème ortié ;*

— *Des érythèmes polymorphes* survenant généralement vers le 9e jour. Milian a vu une malade qui au cours d'une série de 914 a présenté une angine pultacée, un érythème polymorphe, des douleurs articulaires et un réveil de bartholinite. Il a observé aussi une petite épidémie d'érythème polymorphe à localisation générale fessière.

— *Le trisyndrome de Milian,* qui serait pour cet auteur une véritable entité morbide de nature infectieuse, vraisemblablement streptococcique. Il est caractérisé par des médaillons ressemblant au pityriasis rosé, une éruption érythémato-vésiculeuse, de grosses bulles dishydrosiformes sur les faces latérales des doigts.

Autres manifestations biotropiques dues aux injections d'arsénobenzènes :

En dehors des érythèmes du 9e jour, les arsénobenzènes peuvent entraîner d'autres manifestations biotropiques :

— Poussées de *furonculose ;*

— *Zona,* survenant lui aussi aux environs du 9e jour, et dont Netter soutient la nature varicelleuse (1 et 32) ;

— *Herpès ;*

— *Pityriasis rosé* de Gibert ;

— *Lichen plan* (si toutefois le lichen plan est de nature infectieuse) ;

— *Molluscum contagiosum ;*

— *Erysipèle ;*

— *Accès de paludisme.*

Milian a vu une *fièvre typhoïde* survenir au 9e jour d'un traitement arsénobenzolique ; le séro-diagnostic fut nettement positif pour le bacille d'Eberth.

Il existe une *stomatite arsenicale* assez rare dont Lebourg (38) a donné la description clinique ; c'est une stomatite infectieuse ; elle s'associe à d'autres accidents chimiothérapiques ; elle peut être simplement catarrhale (et accompagnée d'une angine rouge), ou ulcéreuse, et même nécrotique avec ostéite alvéolaire. Parfois la stomatite arsénobenzolique s'accompagne d'altérations sanguines.

Actuellement on ne peut affirmer que l'*agranulocytose* soit toujours de nature infectieuse. Mais si on l'admettait on serait conduit à la considérer aussi comme une manifestation biotropique possible des arsénobenzènes.

Il est une forme importante du biotropisme des arsénobenzènes, ce sont des phénomènes de *réactivation de la syphilis,* qui sont d'ailleurs communs avec d'autres médications spécifiques. Nous aurons l'occasion plus loin de revenir sur la réactivation et sur les réactions d'Herxheimer.

Cela nous amène à évoquer la question des *ictères parathérapeutiques,* c'est-à-dire des ictères qui apparaissent au cours des chimiothérapies antisyphilitiques, et en particulier au cours ou après des séries de novar. C'est une question qui a soulevé maintes discussions, qui en soulèvera encore, mais qui toutefois est à peu près stabilisée depuis trois ou quatre ans. Un article récent de Tzanck, A. Bensaude et M. Cachin a fait le point (18). Il faut distinguer dans ces ictères des cas différents :

α) Il y a des *ictères toxiques,* toujours tardifs, dus à de fortes doses ; ils sont très rares ;

β) Il y a des *ictères par réaction d'Herxheimer* survenant chez des syphilitiques secondaires dès les premières piqûres, avec parfois une efflorescence d'accidents cutanés ou muqueux ; ils semblent également très rares. *C'est du biotropisme direct ;*

γ) Il existe des ictères par *hépato-récidive ;* ils sont tardifs et coïncident avec la réapparition d'un B. W. positif, et même de nouveaux accidents cutanéo-muqueux. Ils ne sont pas non plus fréquents.

Le plus grand nombre de faits semble ressortir :

— Soit à du *biotropisme* (indirect) ;

— Soit à une *intolérance hépatique.*

δ) Les arguments en faveur du biotropisme ont été développés par Sézary et son élève Parnet qui admettent que la plupart des ictères du 914 sont dus à l'action biotropique de l'arsenic sur les virus des ictères infectieux bénins. Les ictères parathérapeutiques sont semblables à l'ictère catarrhal, et sont plus fréquents aux époques où celui-ci l'est également. Ils guérissent spontanément. On peut sans inconvénient reprendre la thérapeutique en cours. En dépouillant un lot d'observations Tzanck a trouvé deux cas accompagnés d'herpès.

ε) Ce dernier auteur estime que les ictères par *intolérance hépatique* sont fréquents. Beaucoup d'ictères sont en effet « accompagnés, précédés ou suivis de manifestations d'hypersensibilité individuelle indiscutables » tels que : œdème de Quincke, arthralgies, albuminuries, crise nitritoïde.

b) *Biotropisme des préparations arsenicales autres que les arsénobenzènes.* — Les combinaisons d'*arsenic pentavalent*, c'est-à-dire de la série phénylarsinique, peuvent aussi donner des accidents biotropiques.

Deux observations d'*érythème rubéoliforme du 9e jour dû au tréparsol* ont été rapportées par Milian et *Lafourcade* (40). Cliniquement, il s'agissait de rubéoles raccourcies. Le stovarsol est responsable d'*érythèmes* rubéoliformes (H. Semon, 44), scarlatiniformes (cas de Tourneux, Fabre et Gadrat : érythème généralisé avec angine pultacée et température à 39° pendant 2 jours), et morbilliformes (Gaté, Bilia, Rousset et Michel). Nous-même avons récemment publié un cas d'érythème morbilliforme dû à ce produit. En voici l'observation :

Obs. II (résumée). — *Erythème morbilliforme biotropique dû au stovarsol.* — Mme C... souffrant d'un syndrome dysentérique se soumet à un traitement par le stovarsol : 0,75 le 26 novembre 1933 et 1 gramme chaque jour pendant 4 ou 5 jours.

Le 4 décembre, soit 8 jours après la première prise de stovarsol : fièvre, mais pas de catarrhe oculo-nasal ; le lendemain éruption morbilliforme généralisée presque d'emblée à tout le corps. Quelques ganglions cervicaux. Pas de Köplik. Stomatine. Vers le 3e jour, l'éruption commençait à pâlir ; mais il devait persister longtemps des marbrures sur les téguments.

Voici maintenant un cas de staphylococcie apparue au cours d'un traitement arsenical.

Obs. III. — *Furonculose déterminée par l'acétylarsan.* — Mme A... n'a jamais eu ni acné, ni furonculose et, de façon générale, aucun accident staphylococcique. En 1933, après un essai de sulfarsénol abandonné car il déterminait de la stomatite, Mme A... reçoit une série d'injections d'acétylarsan. Au cours de ce traitement, elle présente un gros furoncle de la fesse, à évolution torpide. En 1934, un mois après le début d'une nouvelle série d'acétylarsan, la patiente présente un orgelet de l'œil droit, d'allure traînante. Il disparaît avec la cessation de l'acétylarsan.

B. *Biotropisme aurique.* — Les sels d'or occupent une place importante parmi les agents « biotropigènes ».

a) *Aurides biotropiques.* — Nous étudierons ensemble les manifestations cutanées et muqueuses, car dans certains cas il y a à la fois des aurides cutanées et des aurides muqueuses.

Erythèmes. — Il existe des érythèmes auriques morbilliformes, rubéoliformes et scarlatiniformes. Codvelle et Sohier ont vu un érythème tout à fait scarlatiniforme 9 jours après l'injection d'une faible dose d'un sel d'or (51).

Dans une observation de Gougerot et Blum l'érythème du 9e jour était morbilliforme ; il ne se reproduisit pas à la reprise du traitement aurique.

Hélène Asdéry, dans le service de Milian, a étudié deux érythèmes morbilliformes apparus chez des malades traités par l'or pour un lupus érythémateux. Dans un des cas il y eut une angine et du catarrhe oculaire (53).

Mais beaucoup de ces éruptions ne sont ni franchement scarlatiniformes, ni franchement morbilliformes ; aussi leur attribue-t-on souvent l'épithète de rubéoliformes.

Un symptôme très fréquent chez ces malades est l'albuminurie (intolérance rénale) .

Eruptions vésiculeuses. — Albert Giraud (57) a observé au cours d'un traitement prudent d'une suspension huileuse, un *herpès* frontal accompagné de troubles digestifs et d'un état subfébrile. L'herpès aurique a d'ailleurs été vu par d'autres auteurs, dont Jauneau (48).

Des *éruptions zonateuses* ont été signalées par Netter, Lebœuf et Mollard (47), Yeger et Kohl.

On a observé aussi des éruptions impétigineuses et dishydrosiformes.

Lichen plan. — Tout en renouvelant la réserve formulée déjà au sujet de la nature infectieuse du lichen plan, nous rappellerons que cette éruption peut survenir au cours de la chrysothérapie. On en trouvera plusieurs observations dans la thèse de Teteau. Depuis ce travail, de nouveaux cas ont été rapportés par d'Hour, David et Gheerbrandt (69), Milian et Terrasse (59), David et Senellart (66).

C'est également d'une façon provisoire que nous inscrivons ici les *stomatites auriques* car certaines semblent plus près de l'intolérance que du biotropisme, telle la stomatite bulleuse pemphigoïde dont un cas a été étudié par Carrière et Huriez. Souvent la stomatite est exfoliatrice, ulcéreuse et très douloureuse (Raimbault, 54). D'autres fois elle est lichénoïde, diffuse, blanche, et également très douloureuse (Hinault et Mollard, 68). Mais d'autres cas sont plus probablement biotropiques : telles les stomatites pseudo-membraneuses avec association fuso-spirillaire. Il est possible toutefois que cette association se soit secondairement greffée sur une stomatite ulcéreuse non biotropique. Pour Milian, lorsque la stomatite est érythémato-érosive et opaline, c'est un lichen plan buccal (71).

b) *Grippe et bronchite auriques.* — On donne le nom de « *grippe aurique* » à des phénomènes passagers, survenant après la 2e ou la 3e injection et caractérisés par de la fièvre, des courbatures, de l'asthénie, de l'oligurie. La nature de ces phénomènes n'est pas élucidée.

Des *bronchites auriques*, dont certaines se sont compliquées de broncho-pneumonie, ont été observées par

Coste, Forestier et Bourderon chez des rhumatisants (52). Ces bronchites ont un caractère particulier assez fréquent : une sensation de chaleur de la trachée. Il y a peut-être, pour ces auteurs, un biotropisme de l'or pour le pneumocoque.

c) *Phénomènes digestifs et hépatiques.* — On n'est pas fixé sur la nature des embarras gastriques et des phénomènes entéritiques et colitiques qui accompagnent parfois la chrysothérapie (intolérance intestinale ou biotropisme). L'or serait susceptible de réveiller une amibiase latente, une appendicite chronique ancienne.

Les ictères auriques sont du type infectieux bénin, ou très rarement des ictères graves. Leur nature infectieuse, donc biotropique, est défendue par certains. Mais ils sont si rares, qu'on peut à la rigueur invoquer la simple coïncidence.

d) Nous avons dit, à propos du biotropisme arsenical, que la nature infectieuse de l'agranulocytose n'est pas suffisamment établie pour inscrire avec certitude ce syndrome parmi les phénomènes biotropiques. Rappelons toutefois que la chrysothérapie entraîne relativement souvent ce syndrome. Sa nature infectieuse, donc biotropique, peut être soupçonnée dans une observation de Milian, où l'agranulocytose aurique s'accompagna d'un érysipèle de la jambe, et où le streptocoque fut décelé dans les ulcérations buccales et dans le sang (72).

e) *Biotropisme direct des sels d'or* (Chryso-activation). — α) *Tuberculose.* — Les sels d'or peuvent occasionner des poussées focales non seulement chez les tuberculeux pulmonaires (où ces poussées sont parfois très graves), mais chez les malades porteurs de tuberculoses externes. Le simple lupus érythémateux n'en est pas exempt, et peut s'entourer d'une plaque érythémateuse qui régresse d'ailleurs avec la continuation du traitement.

A distance même, on peut observer l'éclosion de *tuberculides papulo-nécrotiques* (Ramon, Gonzales Medina, Ramel et Michaud, Strandberg), ou de *lichen scrofulosorum* (Naegeli).

Hinault et Mollard aussi ont vu des accidents à distance survenir chez des lupiques (68) : tuberculose cérébrale dans un cas, synovite tuberculeuse chez un autre malade. Chez une femme également atteinte de lupus nodulaire de la face, est apparue dans un sommet une lésion ulcéreuse ; pourtant la lésion cutanée avait été favorablement influencée par la chrysothérapie. « Deux tuberculeux pulmonaires, traités avec succès par la sanocrysine, présentent à la fin du traitement l'un une tumeur blanche du genou, l'autre une arthrite tibio-tarsienne ». Les mêmes auteurs ont vu, avec Lebœuf, une malade guérir d'un lupus, mais présenter une gomme ulcérée de la jambe, et ultérieurement une *méningite tuberculeuse.*

Un autre cas de méningite a été signalé par Berthier, Rouit et Offant chez une tuberculeuse pulmonaire qui semblait bénéficier d'un traitement aurique.

Evidemment il est difficile de prouver qu'il ne s'agit pas là de coïncidences.

Enfin Milian se demande si certaines érythrodermies apparaissant vers le 9e jour ne pourraient être considérées comme des *lupus exanthématiques biotropiques.*

β) *Arthrites chroniques.* — Les rhumatisants soumis à la chrysothérapie se plaignent assez souvent de poussées focales qui sont une véritable réactivation de leur maladie.

A ce propos rappelons que chez les tuberculeux également on peut voir survenir des arthralgies ou des poussées rhumatismales subaiguës, rappelant parfois le type Chauffard-Still.

γ) *Syphilis.* — Des syphilitiques traités par l'or ont présenté des syphilides cutanées et muqueuses semblables à des accidents secondaires.

δ) *Lèpre.* — L'or peut réveiller les foyers lépreux et faire apparaître des érythèmes.

ε) Le *psoriasis*, dont la nature infectieuse (voire tuberculeuse) est admise par certains, peut être réactivé par les sels d'or : un tuberculeux ancien psoriasique présenta à la suite d'une cure de myoral une stomatite, une érythrodermie des extrémités, puis une poussée généralisée de psoriasis (Cas de Gougerot, Brunier et Mlle Eliascheff, 65).

C. *Biotropisme barbiturique.* — Les dérivés de la malonylurée peuvent donner lieu à des accidents biotropiques qui rappellent beaucoup ceux des arsénobenzènes. Nous en avons observé plusieurs cas avec F. Coste dans le service de notre regretté maître Pierre Teissier à l'Hôpital Claude-Bernard. C'est d'ailleurs dans ce service que les premiers cas, envoyés comme des rougeoles ou des scarlatines, ont été individualisés.

a) *Type morbilliforme.* — Il est rare d'observer une éruption exactement superposable à la rougeole ; il y aurait parfois des éléments purpuriques ou des éléments vésiculeux, surtout aux jambes. La desquamation est nulle ou très discrète. Il persiste quelque temps une marbrure cutanée (Maillard).

b) *Type scarlatiniforme.* — Ce type a été étudié par Chavany et Vannier (78) à la Clinique des maladies infectieuses (Hôpital Claude-Bernard). Ces auteurs ont cherché à le caractériser en le qualifiant de « toxidermie barbiturique à type d'érythème scarlatiniforme infiltré ». Ne retenons pas le terme de toxidermie (ou toxicodermie), car il évoque un processus d'intoxication qui ne semble pas en cause, puisque ces accidents semblent relever soit du biotropisme, soit d'une intolérance. Par contre, la dénomination d'érythème scarlatiniforme infiltré est exacte. L'infiltration du derme et du tissu sous-cutané est constante et, comme le font remarquer justement Chavany et Vannier, « on serait presque tenté d'employer le terme d'érythrodermie barbiturique pour bien mettre en valeur l'existence de cette vive réaction inflammatoire « dermo-hypodermique » s'il n'était d'usage de désigner ainsi seulement les affections qui évoluent ordinairement vers une desquamation abondante en lamelles plus ou moins larges ».

L'érythème scarlatiniforme barbiturique survient parfois *vers le 9e jour* du traitement. Il y a souvent une légère angine et parfois un piqueté rouge du voile du palais. On peut noter de la conjonctivite, des adénopathies. La fièvre est habituelle. L'éruption est souvent plus foncée, plus lie-de-vin et moins grani-

tée que celle de la scarlatine. Elle est très souvent prurigineuse. Le pronostic n'est pas toujours bénin. *Les érythèmes barbituriques semblent les moins bénins de tous les érythèmes biotropiques.* Chavany et Vannier citent le cas d'un érythème barbiturique du 9e jour, qui fut mortel. Il s'agissait d'une jeune femme qui prenait 0 gr. 10 de gardénal le soir ; elle était éthylique de longue date ; l'insuffisance rénale paraît avoir joué un rôle capital dans l'évolution de la maladie.

Chavany et Vannier relatent une autre observation mortelle, mais comme il s'agissait d'un barbiturisme chronique, à doses élevées (jusqu'à 0 gr. 60 de gardénal par jour), on peut se demander s'il n'y a pas eu des phénomènes toxiques. Il y a en effet dans le barbiturisme comme dans les accidents novarsénobenzoliques des éruptions précoces et des éruptions tardives, de pathogénie différente.

c) *Types divers.* — L'éruption peut être morbilliforme en certains points, scarlatiniforme en d'autres, ou les deux aspects peuvent se succéder. On décrit aussi un type *rubelliforme.*

On a observé aussi des *érythèmes polymorphes* ainsi que des *éruptions érysipéloïdes, herpétiformes, zonateuses* (81).

Quant aux éruptions bulleuses, aux ulcérations et à l'acrocyanose hypertrophiante, il nous semble que ce sont des manifestations toxiques. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour éclaircir ces points.

Enfin le *rhumatisme gardénalique* est peut-être de nature infectieuse, mais la question n'est pas résolue. Pour Tzanck et pour Mme Le Roy des Barres, les rhumatismes chimiothérapiques rentrent dans le cadre de l'intolérance.

« *Maladie du nirvanol* ». — Lorsque Roeder (1919) a commencé à utiliser le nirvanol (voisin du gardénal) dans le traitement de la chorée, on s'est aperçu que ce produit entraînait généralement, au bout de 5 à 15 jours, une série de malaises qui ont reçu le nom de « *nirvanol sickness* », ou de *réaction nirvanolique.* Nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer, mais la lecture des observations publiées nous fait penser qu'il s'agit là d'accidents biotropiques, méconnus comme tels jusqu'ici. Ils apparaissent en effet autour du 9e jour du traitement et se caractérisent par de la fièvre, une éruption intermédiaire entre la rougeole et la rubéole, mais parfois scarlatiniforme ou urticarienne ; il y a quelquefois une angine discrète, une réaction ganglionnaire cervicale, de la conjonctivite. Ces phénomènes sont très variables ; ils s'accompagnent d'une légère éosinophilie. Un argument de plus, en faveur de la nature biotropique de la « maladie du nirvanol », c'est qu'elle peut survenir à la suite de faibles doses, et même après une seule dose. Le « nirvanol sickness » peut récidiver si on reprend le traitement.

Signalons que le luminal et le gardénal, donnés chez les enfants choréiques, entraînent aussi des accidents biotropiques avec éruption.

D. *Biotropisme phénylquinoléique.* — On a observé à la suite d'ingestion d'atophan ou d'injections d'atophanyl des manifestations d'allure infectieuse : érythèmes scarlatiniforme, urticarien ou polymorphe, parfois accompagnés de fièvre ; fréquemment, ces accidents sont dus à de faibles doses. A.-G. Quick soutient la nature allergique des accidents dus à l'atophan (87). Cependant les réactions cutanées et les réactions sont négatives, c'est parce que l'organisme ne et cela est plutôt en faveur de l'origine biotropique des accidents. Cependant Quick pense que si ces réactions sont négatives, c'est parce que l'organisme ne se sensibilise pas à l'atophan mais à un dérivé qui se produit dans l'organisme.

Nous avons observé deux érythèmes phénylquinoléiques du 9e jour, l'un urticarien, l'autre scarlatiniforme. Voici le résumé de ces observations qui ont paru dans la *Pratique Médicale*, du Caire (21).

Obs. IV. — *Erythème scarlatiniforme au 9e jour d'une cure d'atophan.* — S..., âgé de 38 ans, éthylique, aurait pris 4 grammes d'atophan le 7 septembre 1934. Le 15 au matin, éruption scarlatiniforme très nette, mais respectant les membres inférieurs — 38°5. Langue un peu saburrale, exanthème. Légère bouffissure de la face. Un peu de délire tenant à l'éthylisme. Disparition rapide de l'exanthème, sans desquamation.

Obs. V. — *Urticaire au 9e jour d'une cure d'atophan.* — B... prend 1 gramme d'atophan par jour à partir du 20 août 1934, pendant quelques jours. Le 27 au soir apparaissent deux plaques urticariennes aux fesses ; le lendemain l'éruption urticarienne s'est étendue à divers points du corps ; il y a un peu de fièvre.

Le malade n'est pas un urticarien habituel.

Quelques semaines après il a pu reprendre le traitement phénylquinoléique sans nouvelle éruption.

Chabrol, Busson et Mennecier (83) se sont demandé si les *ictères* observés à la suite de cures d'atophan ou d'autres dérivés phénylquinoléiques, ne seraient pas biotropiques, car ils sont souvent précédés par une longue période d'incubation, et sont généralement observés dans des régions où il existe beaucoup d'ictères infectieux. Ils apparaissent après des doses très variables, parfois faibles. Ce produit est un cholagogue remarquable ; il est possible qu'à doses prolongées il exerce une action toxique, « mais suffit-il qu'un médicament engendre des dégénérescences et des tares cellulaires du foie pour qu'il détermine un ictère ? ». Les auteurs évoquent la possibilité d'infections biotropiques, sans écarter toutefois la simple coïncidence pour certains cas. Ces ictères sont de type varié : ictère catarrhal, ictère infectieux, même dans sa forme grave d'atrophie jaune aiguë du foie.

Les dérivés quinoléiques incriminés furent surtout :

L'atophan : acide phénylquinoléine carboxylique ;

Le cincophène : même acide ;

L'atophanyl : sel sodique de cet acide et salicylate de soude.

La biloptine : diiodophénylquinoléine carboxylique.

La nature de ces ictères est controversée, et Mogena (85) n'admet pas leur nature biotropique, car il estime que l'action toxique de l'atophan sur la cellule hépatique est démontrée par les lésions anatomiques (dégénérescence graisseuse aiguë dans les cas mortels), et par diverses épreuves fonctionnelles.

C'est également l'hypothèse de la toxicité que Honcke et Tison invoquent dans une observation d'ictère

bénin (88). Toutefois comme ils mettent en cause la susceptibilité du sujet vis-à-vis de l'atophan, il conviendrait mieux de parler d'intolérance. Ils s'appuient, pour rejeter l'hypothèse infectieuse, sur l'absence de température, de prodromes gastro-intestinaux et de leucocytose sanguine. Leur malade avait une intradermo-réaction très positive à l'atophanyl.

Contre l'hypothèse de la nature toxique des ictères quinoléiques, citons les recherches de Lehman et Hantlik (86) qui montrent que l'atophan est très peu toxique chez le rat blanc et chez le lapin, et ne réalise pas chez eux les altérations hépatiques constatées dans les ictères phénylquinoléiques de l'homme.

E. *Biotropisme mercuriel.* — Il existe des *éruptions biotropiques* mercurielles analogues aux érythèmes arsenicaux du 9e jour. Chalier, Masson et Wenger ont vu une *éruption morbilliforme due au cyanure de mercure* (89). D'autres auteurs ont observé des érythèmes rubéoliques scarlatiniformes ou ortiés.

Pour le mercure comme pour les arsénobenzènes, il faut bien distinguer les érythèmes biotropiques des éruptions toxiques ; ces dernières sont généralement tardives, scarlatiniformes et desquamatives.

Un sel de mercure aussi anodin que le *calomel par la voie buccale* peut faire éclore une petite infection biotropique, comme en témoigne le cas suivant que nous avons présenté à la Société Royale de Médecine d'Egypte (17).

OBS. VI. — *Erythème au 9e jour d'un traitement peroral de calomel.* — Une jeune fille de 16 ans prend 0 gr. 04 de calomel chaque jour à partir du 26 août 1934. Le 2 septembre : fièvre, angine légère, adénites cervicales. Le lendemain, éruption morbilliforme très nette, se généralisant très rapidement. Ni Köplik, ni stomatite, ni catarrhe oculonasal, ni diarrhée. En certains points l'éruption constitue bientôt des placards à contours géographiques. La maladie évoque plutôt la rubéole que la rougeole. Puis l'éruption disparaît au 4e jour. Le 12 août, apparaît un bouquet d'herpès labial.

C'est surtout à la suite de traitements par injections ou frictions qu'on a observé le biotropisme mercuriel.

On sait que le *mercure est susceptible d'aggraver* ou de réveiller :

— Les suppurations putrides ;
— L'ozène ;
— La carie dentaire ;
— Les aphtes ;
— La tuberculose. Ce dernier fait a été noté depuis longtemps et constitue très probablement une manifestation biotropique.

On peut aussi considérer la *stomatite mercurielle* comme un phénomène biotropique. N'est-elle pas en effet un syndrome infectieux imputable au b. fusiforme et à des spirilles ? D'ailleurs la stomatite créée par le mercure peut guérir par le mercure, en particulier par les injections de cyanure (Marcou-Mutzner, Prunet), ce qui ne milite pas en faveur de sa nature toxique.

Prunet a récemment étudié dans sa thèse la stomatite du cyanure de mercure et a souligné son apparition rapide (après la première injection), et sa disparition avec la continuation du traitement ; il conclut à sa nature biotropique (90). Il rappelle que le cyanure a une action heureuse sur les stomatites d'origine bismuthique. Signalons aussi que la stomatite mercurielle semble contagieuse.

Enfin le mercure peut *réveiller la goutte* et Milian en a fait un argument en faveur de l'origine infectieuse de la goutte.

Quant à la « *grippe mercurielle* », sa nature infectieuse n'est pas non plus prouvée.

En ce qui concerne les ictères parathérapeutiques dus au cyanure et à l'huile grise, nous renvoyons à ce que nous avons dit à propos du biotropisme arsenical.

F. *Biotropisme bismuthique.* — Les sels de bismuth utilisés en injections peuvent occasionner des stomatites ; c'est un fait connu de tous les médecins. La stomatite bismuthique, dans le cas de Clément Simon, Bralez, Durel et Péreton, a été accompagnée par des lésions hémorragiques et ulcéro-membraneuses du vagin et du col utérin (91), Vincent a observé aussi une association de stomatite et de cervico-vaginite bismuthiques.

On a signalé des érythèmes morbilliformes, scarlatiniformes, urticariens. Dans l'observation intéressante de Cathala, G. Garnier et Friedmann, il y eut un érythème scarlatiniforme, puis un ictère. De la *furonculose* et des *zonas* ont été observés également.

Rappelons enfin qu'il y a des ictères parathérapeutiques des sels de bismuth.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 28 MAI 1936)

Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs intramédullaires. — M. OLJENICK d'Amsterdam) présente les pièces anatomiques de trois tumeurs intramédullaires dont il a pu faire le diagnostic, et qu'il a pu enlever entièrement avec un bon résultat opératoire et sans aucun accident. L'une a 8 centimètres de long (gliome mixte), la seconde, 10 centimètres (oligo-dendrogliome), la troisième, 17 centimètres (épendymome). La première et la troisième siégeaient à la région cervicale, la seconde à la région dorsale. Il insiste tout particulièrement sur les difficultés du diagnostic clinique et sur l'importance des résultats de l'épreuve au lipiodol, pratiquée à la fois par la voie descendante et par la voie ascendante, qui dessine les deux pôles de la tumeur, souvent avec émiettement latéral de l'huile iodée. La dernière observation est particulièrement intéressante, à la fois par l'étendue exceptionnelle de la tumeur, qui a cependant été enlevée en entier, et par la difficulté du diagnostic, le lipiodol ayant montré un double arrêt, cervical et dorso-lombaire, qui semblait dû à l'arachnoïdite.

Sclérose latérale amyotrophique ayant duré vingt-six ans. — M. SOUQUES communique un cas typique de maladie de

Charcot, qui — fait unique — a duré vingt-six ans. L'autopsie a montré qu'il s'agissait indiscutablement de sclérose latérale amyotrophique : la substance grise des cornes antérieures est très atrophiée dans tous les segments de la moelle, et infiltrée par une gliose intense, sans périvascularite ; la voie pyramidale croisée est dégénérée dans toute la hauteur de la moelle, mais cette dégénérescence ne se poursuit pas dans le tronc cérébral ; le lobule paracentral et les frontales ascendantes ne présentent aucun degré d'atrophie. Il s'agit, somme toute, de lésions non évolutives, sans corps granuleux, sans fissures de neuronophagie.

Faut-il admettre un arrêt de l'affection pendant un certain temps, ou bien une évolution incessante, mais très lente ? L'auteur croit à une évolution incessante, mais extrêmement lente. Il importerait, en clinique, de pouvoir prévoir si, un cas de sclérose latérale amyotrophique étant donné, l'affection aura une marche rapide ou lente. Or, rien ne permet jusqu'ici une telle prévision.

Rigidité décérébrée incomplète. Réflexes toniques du labyrinthe et du cou. Troubles des mouvements de redressement du corps. — M. Zadov (de Budapest) relate, en l'illustrant de nombreux films cinématographiques très démonstratifs, l'observation d'un homme de quarante-huit ans, qui a présenté pendant cinq ans des crises de rigidité décérébrée, surtout marquées du côté gauche. Malgré la conservation de la force musculaire au repos, les crises rendaient la station debout complètement impossible ; la parole était explosive et inintelligible. Les films permettent de suivre très minutieusement les facteurs provocateurs et les facteurs inhibiteurs des crises, ainsi que les particularités des réflexes toniques du labyrinthe et du cou. Ces derniers réflexes déterminent régulièrement la rotation du corps vers le côté gauche.

Pseudo-scléroses. Epreuve du verre et geste accompagné. — MM. J. Froment, P. Bonnet et A. Devic (de Lyon) montrent et analysent un film cinématographique qui oppose nettement, au cours de l'acte moteur, dans l'épreuve du verre — bras libre, puis bras soutenu et guidé (*épreuve du geste accompagné de Froment*) — le comportement d'un tremblement intentionnel de type cérébelleux, et ceux, tout différents, de deux pseudo-scléroses avec cercles verts cornéens typiques, dont ils montrent aussi l'aspect sur autochromes. D'après leurs conclusions, la pseudo-sclérose se reconnaît par deux symptômes : d'une part, l'anneau vert cornéen ; d'autre part, le mouvement de la main dans l'épreuve du verre ; celle-ci est tremblante, mais se montre rétive ; même si elle est soutenue et guidée, elle se refuse et se cabre, et se met d'autant plus en rébellion qu'on cherche davantage à la maîtriser et à la maintenir.

Ces particularités ne s'observent jamais chez les malades atteints de sclérose en plaques.

M. André Thomas signale que certains athétosiques présentent des mouvements de recul analogues au cours des mouvements volontaires.

M. Guillain pense que le symptôme aurait une localisation hypothalamique ou luysienne plutôt que striée.

Métastase cérébrale unique d'un mélanoblastome de la petite lèvre. — MM. Henri Roger, Henri Monges, Jean Paillas et André Jouve rapportent l'observation anatomoclinique d'une femme âgée de quarante-trois ans, atteinte de crises jacksoniennes gauches, d'abord sensitives, puis motrices, précédant l'installation d'une hémiparésie gauche. L'examen complet des téguments révèle l'existence d'une tumeur violacée de la petite lèvre droite, avec adénopathie inguinale secondaire évoluant depuis près d'un an. Fond d'œil, pression artérielle rétinienne, liquide céphalorachidien sont normaux, il n'y a pas de céphalée. L'autopsie montre une métastase cérébrale unique, rolandique droite, d'un mélanome paraclitoridien de type polymorphe pseudo-sarcomateux.

M. Oljenick a pu enlever une métastase cérébrale solitaire de mélanome ; son intervention a donné à son malade un soulagement, qui se maintient depuis plusieurs mois.

Compression médullaire et ostéite fibro-kystique de Recklinghausen au cours d'une sarcomatose de Kaposi. — MM. Henri Roger et Paul Vigne (de Marseille) ont vu, chez un malade atteint depuis neuf ans de sarcomatose de Kaposi, s'installer une paraplégie spasmodique avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien et blocage à l'épreuve de Queckenstedt-Stookey. La radiographie révèle un tassement de D_9, et de volumineuses géodes dans le cubitus droit, dans la mastoïde droite, dans la clavicule droite qui sera ultérieurement le siège d'une fracture spontanée, et disparition de substance plus petite dans d'autres os ; un aspect criblé du crâne.

Les auteurs discutent l'hypothèse d'une ostéite fibro-kystique consécutive à une métastase néoplasique ou à une réaction hyperplasique au niveau de la parathyroïde, et celle de métastases sarcomateuses multiples simulant la maladie de Recklinghausen.

Agénésie de la lame basilaire. Compression du tronc cérébral. Mort subite. — M. Dumortier (de Genève) montre, par projections, les lésions anatomiques d'un malade qui est mort subitement après avoir présenté un syndrome de tumeur de la fosse cérébrale postérieure. L'agénésie de la lame basilaire entraîne une déformation de tout l'étage postérieur de la base du crâne, qui s'incurve à angle aigu sur l'axe de la colonne cervicale, de telle sorte que l'apophyse odontoïde de l'axis et l'arc antérieur de l'atlas viennent faire saillie dans le trou occipital et écraser la protubérance. La radiographie de profil, réexaminée après coup, aurait permis de faire le diagnostic, car elle montre la voussure du massif osseux qui fait saillie au-dessus du trou occipital, derrière le rocher, et l'abaissement de la selle turcique, qui est masquée par le rocher.

Syndrome parkinsonien avec blépharospasme, spasme des oculogyres et ébauche du torticolis spasmodique d'origine syphilitique. — MM. Cossa, Duguet, Emond et Puech (de Nice) relatent un cas de syndrome parkinsonien survenu chez un jeune soldat avec manifestations de spasme des paupières, du globe oculaire, et ébauche de torticolis spasmodique. Les réactions sérologiques de la syphilis étaient fortement positives. Le traitement spécifique fit disparaître le syndrome parkinsonien permanent et une partie des phénomènes de spasme.

Lacunes osseuses craniennes avec hernie cérébrale apparues à la suite d'un syndrome d'hypertension intracranienne et évoluant spontanément vers la guérison clinique et radiographique. — M. Subiana (de Barcelone) projette les radiographies d'une observation très atypique, qui montrent les lacunes craniennes multiples constatées à la suite d'une poussée d'hypertension cranienne, la disparition spontanée de ces lacunes quatre ans plus tard. L'évolution permet d'écarter les diagnostics de méningiomes, de métastases carcinomateuses, de myélomes ; l'aspect semble s'écarter de celui des ostéites syphilitiques, du Paget, de la maladie de Schuller-Christian. Il y a là un fait d'attente d'ostéoporose circonscrite, dont l'origine reste indéterminée.

Système vésiculeux parasympathique du mésocéphale. — MM. Maurice Dide et Adrienne Bauduin décrivent minutieusement la phylogenèse, l'ontogenèse et la cytologie d'un système cellulaire, qui va de l'insertion intérieure du pédoncule cérébelleux au tubercule quadrijumeau antérieur.

Ce système, confondu chez les animaux, et chez l'homme

jusqu'à la fin de la première année, avec le *locus cœruleus*, s'individualise ensuite, conservant son aspect primitif pendant que se constitue la formation à pigment noir.

Ces cellules, parmi les plus grandes du tissu nerveux et constantes chez les vertébrés, offrent un développement ontogénique antérieur à celui des cellules pyramidales. Elles sont lésées dans les syndromes mentaux graves du type avitaminosique. Leur nature végétative, prouvée par la cytologie, exclut leur participation, jadis affirmée, aux origines réelles de la branche motrice du trijumeau.

Considérations sur les paralysies oculaires de fonction. Des paralysies de fonctions binoculaires de type vestibulaire. Des paralysies de fonctions monoculaires. — M. Gaetan Jayle (de Marseille), à côté des paralysies de fonctions totales et des paralysies de fonctions volontaires distinguées par Alajouanine et Thurel, décrit des paralysies de fonctions purement automatiques (intéressant les réactions vestibulaires) et des paralysies de fonctions monoculaires.

Syndrome neuro-anémique à forme polynévritique, par MM. Jonesco, Sisesti, Vasilesco et Bruchner (de Bucarest).

LIVRES NOUVEAUX

Les syndromes neuro-hématiques (1), par H. Roger, professeur à la Faculté de Médecine de Marseille, et J. Olmer, médecin des hôpitaux de Marseille.

Les « syndromes neuro-anémiques » représentent le chapitre le plus important peut-être de ces syndromes neuro-hématiques, tant par leur fréquence, le nombre des travaux qu'ils ont suscités, que par les problèmes théoriques et pratiques qu'ils posent.

Après quelques mots d'historique et d'étiologie, les auteurs s'attachent plus particulièrement à l'étude clinique et thérapeutique de ces syndromes. L'étude anatomique vient aussitôt après, ainsi que la pathogénie, dont l'étude ne peut être efficacement entreprise qu'en se basant sur toutes les données précédentes, mais aussi en anticipant un peu sur celles fournies par les nouvelles méthodes de traitement. Ils montrent enfin ce qu'on peut à l'heure actuelle attendre de la thérapeutique en présence de pareilles manifestations.

A l'inverse des nombreuses éventualités où le sang s'appauvrit en globules rouges, il existe quelques cas où le nombre des hématies s'accroît au-dessus de la normale, d'où le nom de polyglobules qu'on leur donne. Les auteurs exposent les « syndromes neuro-polyglobuliques », parmi lesquels la polyglobulie essentielle, qui se traduit par une série de syndromes neurologiques, joue le rôle essentiel.

Les manifestations nerveuses au cours des leucémies sont des connaissances relativement récentes. Les auteurs exposent la diversité d'aspects des « syndromes neuro-leucémiques », leurs manifestations cliniques, leur mécanisme pathogénique qui n'est pas uniforme.

Des syndromes neuro-hémophiliques et des syndromes neuro-hémogéniques groupés sous le titre général de « syndromes neuro-hémorragipares », les premiers sont les plus fréquents, les auteurs s'étendent surtout sur les manifestations centrales ou périphériques nerveuses qui surviennent chez les hémophiles. Sous le nom de « syndromes neuro-posthémorragiques » sont étudiés les accidents nerveux consécutifs aux spoliations sanguines abondantes, différents des troubles nerveux dus aux anémies secondaires à des hémorragies répétées, dont il a été déjà parlé dans le chapitre « syndromes neuro-anémiques ». Les accidents les plus fréquents sont d'origine cérébrale : hémiplégies, convulsions, troubles psychiques, coma avec hypertonie.

En même temps que la maladie de Hodgkin était mieux diagnostiquée, le développement pris par les « syndromes neuro-lymphogranulomateux » apparaissait plus évident. L'atteinte du système nerveux porte principalement sur la moelle (compression lente), mais on peut observer aussi des localisations cérébrales et nerveuses. Les auteurs exposent l'étude de ces lésions, ils précisent le mécanisme pathogénique de ces accidents et la thérapeutique actuelle.

Après avoir examiné tous les cas où les maladies du sang retentissent sur le système nerveux central ou périphérique, les auteurs consacrent le dernier chapitre de ce livre aux cas où des modifications sanguines ou même des maladies du sang sont la conséquence d'altérations du système nerveux, « syndromes hémato-neuraux », ils envisagent heureusement les modifications de la série rouge et de la série blanche en se basant sur les données expérimentales et cliniques.

Une importante bibliographie termine chaque chapitre.

L. G.

(1) In-8 de 230 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

Précis de technique du séro-diagnostic de la syphilis. Réactions d'hémolyse, réactions de floculation (1), par R. Demanche, chef du Laboratoire central de Sérologie de l'hôpital Cochin, chef des travaux pratiques à l'Ecole de Sérologie de la Faculté de Médecine de Paris. — 2e édition entièrement refondue.

La première édition de cet ouvrage, parue en 1928, était depuis longtemps épuisée. L'accueil qu'elle a reçu du public médical montre qu'elle a rempli son but : grouper en un court manuel les méthodes fondamentales employées dans les laboratoires pour faire le diagnostic de la syphilis, soit avec le sérum sanguin, soit avec le liquide céphalorachidien, et en donner brièvement une description assez claire et assez précise pour que les médecins puissent facilement les comprendre et les sérologistes les appliquer.

Or, depuis 1928, la sérologie — certaines de ses méthodes ayant été abandonnées, de nouvelles ayant été élaborées — s'est considérablement perfectionnée. Il était donc nécessaire de faire connaître ses acquisitions récentes et de fixer son état actuel.

C'est ainsi qu'après une courte introduction où sont exposées les théories nouvelles, le lecteur trouvera, à côté des *réactions de fixation* classiques : la réaction de Kahn, les nouvelles réactions de la Société des Nations : réaction de Harrisson-Wyler et réaction de Sordelli-Miravent, ainsi qu'une réaction originale de l'auteur.

Dans la deuxième partie, consacrée aux *réactions de floculation*, l'auteur décrit, en plus des réactions connues, les méthodes récemment mises au point : réaction de Sachs-Witebsky, réaction de clarification de Meinicke, réaction présomptive de Kahn, réaction de conglomération de Müller, réaction de Takata-Ara.

Reflet de l'enseignement de l'Ecole de Sérologie, ce livre est avant tout un manuel pratique. L'auteur y a déposé le fruit d'une expérience acquise par plus de trente ans de pratique sérologique et par huit ans d'enseignement.

L. G.

(1) In-16 de 226 pages avec figures. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOCté GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Paris-Lyon-Méditerrannée

VACANCES AU SOLEIL...
Pour la mer ou la montagne, partez P.-L.-M.

Billets de 40 jours; billets de famille; billets de week-end; billets collectifs avec réduction de 50 %; cartes d'excursions; billets avec transport gratuit de l'automobile.

P.-L.-M.: Prenez une assurance sur le beau temps.

Choisissez pour vos vacances les climats de joie, de lumière et de santé que vous offrent:

ALPES,
JURA,
PROVENCE,
COTE D'AZUR.

Renseignements: au P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare, 20, bd Diderot, A la Maison du Touris me, 127, Champs-Elysées.

P.O.-Midi

Châteaux de la Loire

2 circuits au départ de Blois:
Chambord — Chauverny — Chaumont

Tous les jours jusqu'au 30 septembre.

5 circuits au départ de Tours:
Amboise, Azay-le-Rideau, Blois, Chambord, Chaumont, Chenonceaux, Cheverny, Chinon, Cinq-Mars, Cormery, Langeais, Loches, Luynes, Pagode de Chanteloup, Ussé, Villandry

Demander aux gares et Agences P. O.-Midi les jours où ces services fonctionnent.

Réduction de tarif avec billet combiné spécial A. R. au départ de Paris-Orsay.


ÉPHÉDRINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement
titré à 1 centigr. de chlorhydrate
d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple,
pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par
jour, en débutant par une
dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les
2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur
demande et franco
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
3 A 8 PAR JOUR
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

N° 65. — MERCREDI 12 AOUT 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE). **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

En raison des fêtes du 15 août, notre prochain nnméro paraîtra le 19 août.

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Par décret en date du 31 juillet 1936, rendu sur le rapport du ministre de l'éducation nationale, M. Roche professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er juillet 1937, professeur de chimie médicale à la faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'université d'Aix-Marseille, en remplacement de M. Moitessier.

— Par arrêté ministériel, M. Imbert a été renouvelé comme doyen de la Faculté jusqu'à la cessation de ses fonctions de professeur.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — M. le docteur Recordier a été nommé après concours, médecin adjoint des Hôpitaux de Marseille.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans 'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général Duguet de la section de réserve, M. le médecin-colonel Doreau des troupes coloniales, M. le médecin lieutenant-colonel Huleux (8e région).

Au grade d'officier. — MM. Vichot, Villa, Rauzy, Cazottes, Perie, Benard, Trollat, Humbel, Fourmentin, Nurdin, Fabregat, Josse, Laporte, Pascal, Monraisse, Lannou, Robert, Malartic, Séverac, Cade, Cerise, Jousset, Colat, Benjamin.

Au grade de chevalier. — MM. Poirier, Cauchard, Martel, Bonnet, Faivre, Lavoine, Galippe, Simon, Noël, Giron, Castelli, Barbeaux, Blatin, Genairon, Serre, Morère, Poissonnier, Duflis, Jais, Caillebar, Aubry, Binet, Eynard, Dourthe, Pimey, Guichou, Trillat, Poisson, Fontaine, Binet, Proust, Nicolas, Sauvé, Le Droumaguet, Paranteau, Gauthier, Rostagni, Hostalrich, Laparra, Sauvan, Peiffert, Juif, Sahut, Michel, Wattez, Bettinger, Dana, Huget, Clap, Lauze, Gautier, Pfeiffer, Legal-Lassalle, Barbier, Marcou, Besson, Cerutti, Guichard, Chastel, Chevallier, Masson, Faveret, Jacquot, Jullian, Panou, Bourdeaux, Durantet, Marx, Lugnier, Dumont, Hutin, Brettmon, Bessière, Baufle, Triller, Salle, Violle, Boudon, Boussuge, Grandjean, Charasse, Vanlaer, Ronce, Chapotin, Copreaux, Geffroy, Bruneau, Eliot, Nicolas, Le Treut, De Raymond, Lancon, Douffiagues, Roger, Breton, Loye, Brisard, Thévenot, Barrois, Chapuis, Ménage, Gaté, Routier, Baudot, Faure-Beaulieu, Delemontey, Algan, Dubot, Renevey, Besnard, Guyonnet, Philip, Rigaud, Huc, Corbineau.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Il est attribué pour services exceptionnels rendus à l'assistance publique les récompenses ci-après :

Médaille d'or. — M. le Docteur Baruk (de Ste-Gemmes-sur-Loire).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Bachy (de St-Quentin), Debret (de Troyes), Duclos (de Condom), Loubat (de Bordeaux), Jallot et Lamy (de Renazé). Mignot (de Château-Gontier), Plagnieux (de Sarreguemines), Beaufils (de Moulins-Engelbert), Dehaine (d'Aire sur la Lys), Rhenter (de Lyon),

Chatelot (de Villersexel), Durand (de Montreuil), Rocher (de Rouen).

Médailles de bronze. — MM les docteurs Papin (du Mans), Aubert (de Bry-sur-Marne), Gaillard (de Valensole), Jacquelin (de Troyes), Coulomb et Teissier (de Nîmes), Jourdran (de St-Egrève), Bouvet, Mandy et Porte (de St-Etienne), Boue et Delteil (d'Agen), Lambert (d'Ingrandes), Hermann (de Revigny), Gelly (de Bar-le-Duc).

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE. — Il est créé à ce ministère un comité supérieur des œuvres en faveur des étudiants. Ce comité est placé sous la présidence du directeur de l'enseignement supérieur. Il groupe :

MM. les recteurs des académies.

Le président et le secrétaire général de l'union nationale des étudiants.

Les présidents ou leurs représentants :

Du sanatorium des étudiants et du centre de documentation des centres universitaires d'hygiène sociale ;

Du bureau universitaire de statistique ;

De l'office du tourisme universitaire ;

De l'office du sport universitaire ;

Du centre de documentation des cités universitaires.

Ce comité a pour but :

1° D'assurer la répartition des crédits de toute nature réservés aux œuvres créées en faveur des étudiants ;

2° De permettre des échanges de vues entre les dirigeants des principales œuvres créées en faveur des étudiants ;

3° De favoriser la coordination des efforts entrepris en faveur de ces diverses œuvres ;

4° De constituer une documentation permanente susceptible d'être mise à tous instants à la disposition des recteurs ou des dirigeants de ces œuvres. (*J. O.*, 2 août).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. — Professeur M. BRINDEAU. — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. les Docteurs : Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'Hopital Bichat ; Paul Chevallier, agrégé, médecin de l'Hôpital Cochin ; Vaudescal, agrégé ; Lantuéjoul, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Suzor, accoucheur des hôpitaux ; Desoubry, De Peretti, Bompart, Bidoire, A. M. Weill, anciens chefs de clinique ; Merger, chef de clinique ; De Manet, ancien chef de clinique adjoint ; Vauclin, interne en médecine.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 14 septembre 1936 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Chef de Clinique, à la Clinique Tarnier. Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis, et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 200 francs.

Le *XVe Congrès international d'Hydrologie, de Climatologie et de Géologie Médicales* aura lieu à Belgrade (Yougoslavie) les 29 et 30 septembre, 1er et 2 octobre 1936.

RAPPORTS : Rapport d'Hydrologie : « Quelques problèmes nouveaux dans la biophysique de l'eau ». — Rapport d'Hydrologie thérapeutique : « La cure thermale du diabète ». — Rapport de Climatologie : « Les influences climatiques dans la prévention et la thérapeutique chez les adolescents » (en dehors de la tuberculose). — Rapport de Géologie : « Géologie des stations hydrominérales yougoslaves ».

Secrétaires généraux :

M. le prof. Neskovitch, professeur à la Faculté de Médecine de Belgrade, 42, rue Nemanjina, à Belgrade.

M. Garnier, médecin-directeur du Dispensaire français de Belgrade, 23, Francuska, Belgrade.

Secrétaires généraux adjoints :

M. Djouritchitch (Belgrade), Docent à la Faculté de Médecine.

M. V. Tassitch (Belgrade), Assistant à la Faculté de Médecine, médecin consultant à Vrnjci-les-Bains.

Trésorier :

M. M. Rachkovitch, député, médecin consultant à Vrjnci-les-Bains.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Dr Flurin, à Cauterets, au Dr Gardette, 23, rue du Cherche-Midi à Paris, ou à Mlle Machuré, 138, av. des Champs-Elysées, à Paris.

Congrès Européen de chirurgie structive. — Le premier Congrès européen de Chirurgie structive se tiendra à Bruxelles les 3 et 4 octobre prochains. Ce Congrès est organisé par la Société Européenne de Chirurgie structive. Président : Dr Coelst (Bruxelles), Vice-Présidents : Dr Pomfret Kilner (Londres) et Prof. Sanvenero-Rosselli (Milan).

Le Comité d'Honneur du Congrès sera composé comme suit : Président : Dr Esser (Monaco); Vice-Présidents : Prof. Cardenal (Recteur de l'Université de Madrid) et Dr Sir Harold Gillies (Londres).

Dans le Grand Conseil sont inscrits entre autres, dès à présent : Prof. Bardelli (Florence), Prof. Blascowicz (Budapest), Prof. J.-L. Faure (Paris), Dr Lambotte (Anvers), Prof. Sousa de Borges (Lisbonne), Prof. Veau (Paris).

Le discours d'inauguration sera prononcé par le Prof. J.-L. Faure (Paris) dans la Salle de Marbre du Palais des Académies de Bruxelles.

Le Comité organisateur a tenu avant tout à donner à cette réunion un caractère essentiellement scientifique. Toutes les applications de la chirurgie structive, à quelque région du corps qu'elles appartiennent, aussi bien dans des cavités naturelles qu'à la surface, seront étudiées. Les communications porteront surtout sur la chirurgie réparatrice, la chirurgie esthétique passant au second plan. Ainsi sera conçu le programme de la chirurgie structive dans son sens le plus large et sera assurée une collaboration tant attendue entre chirurgiens généraux et spécialistes d'une part, et chirurgiens spécialisés en chirurgie structive, d'autre part.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Coelst, Président du Comité Exécutif, 118, avenue Louise à Bruxelles.

MÉLANCOLIE ET ÉNERVEMENT CONTENU

Par M. R. BENON,

Médecin du Quartier des maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

Il y a une forme de la mélancolie vraie (mélancolie-chagrin déterminée par l'idée obsédante d'un mal passé), qui s'accompagne de négativisme : or ce négativisme est à la base d'énervement contenu. Cette notion mérite d'être précisée tant au point de vue symptomatique qu'au point de vue diagnostic. Et le traitement moral de l'affection mieux comprise ne manquera pas d'être influencé par cette donnée qui nous paraît nouvelle.

***

La mélancolie *vraie, typique*, qu'il faut définitivement distinguer de la fausse mélancolie ou asthénie périodique à tendances mélancoliques, présente des formes variées, et dans toutes ces formes on peut observer du négativisme, de l'oppositionnisme par énervement contenu. Quelle est la forme de mélancolie vraie dans laquelle il est le plus net, le plus accusé ?

Dans la mélancolie vraie, sans délire, avec asthénie secondaire plus ou moins développée, les réactions d'opposition systématiques aux sollicitations extérieures sont à notre avis exceptionnelles : le patient prend des attitudes figées, stéréotypées, mais il se laisse conduire sans difficulté : aucune lutte, en principe, n'est à engager avec lui. Il a du chagrin, et il est résigné plutôt qu'énervé. Dans la mélancolie vraie anxieuse (auto-accusation bien caractérisée et agitation anxieuse secondaire), le négativisme est accessoire. L'anxiété domine le tableau clinique. On peut observer des réactions à base d'énervement contenu ou exprimé, mais elles sont épisodiques, passagères. Dans la mélancolie délirante avec asthénie secondaire, l'agitation anxieuse, seule ou associée à l'énervement exprimé, alterne avec des périodes de dépression, d'inertie profonde : s'il y a du négativisme, il n'est point durable. C'est dans la mélancolie délirante, avec réticence relative, sans asthénie marquée, que le négativisme est intense. Il s'agit de femmes plus souvent que d'hommes, croyons-nous. La malade a un chagrin vif, cuisant, mais elle est contrariée, ennuyée, blessée dans son amour-propre. Elle refuse d'admettre qu'elle est malade. Tout l'agace, tout l'irrite, les paroles de consolation comme les visites amicales ; elle veut la paix, l'isolement, l'obscurité ; elle en profite maintes fois pour se détruire, si la surveillance continue se relâche, et pour entraîner avec elle dans la mort ses enfants. L'énervement contenu, maîtrisé, plus ou moins longtemps dissimulé, surajouté au chagrin, est, en apparence, la dominante émotionnelle du tableau clinique observé. Ajoutons que le désespoir, commun dans la mélancolie, est une variété d'énervement exprimé.

***

Cette mélancolie vraie avec négativisme, il ne faut la confondre ni avec la démence précoce, ni avec l'asthénie périodique à forme mélancolique, ni avec l'asthénie chronique séquelle à forme mélancolique. La confusion de certaines formes de mélancolie vraie avec la démence précoce s'explique : même immobilité, même fixité des attitudes, même négativisme, du moins au premier abord. L'âge est sans doute sans importance, puisque quelques cas de démence précoce se développent tardivement. Kraëpelin admettait enfin que la démence précoce est susceptible de guérir (10 % des cas environ). Pour nous, cette démence précoce qui guérit n'est pas de la démence précoce : ce sont des formes atypiques de la vraie mélancolie, avec négativisme, avec ou sans asthénie-stupeur, ou encore ce sont des formes typiques de l'asthénie, avec stéréotypies des attitudes, négativisme, et l'asthénie ici est due le plus souvent au surmenage, plus rarement à d'autres causes. Il ne faut pas prendre pour un état démentiel une asthénie chronique fruste ou légère, mais nette, séquelle d'une cause d'épuisement quelconque ; l'asthénie reliquat d'un état dysasthénique aigu complexe n'est point de l'affaiblissement intellectuel (perte de la mémoire et des idées). La démente catatonique que nous présentent Deny et Roy, à la page 29 de leur petit livre sur la démence précoce (1), était peut-être bien une mélancolique : fleuriste, 52 ans ; début à 43 ans par une courte phase d'excitation anxieuse ; négativisme, mutisme, rigidité généralisée. Les auteurs la disent indifférente. Mais quels symptômes le prouvent ? Et puis comment s'est terminée l'affection ? On voit de tels cas guérir, surtout à l'âge où a débuté la psychopathie.

La fausse mélancolie (asthénie périodique avec tendances mélancoliques) s'accompagne très rarement d'énervement contenu et de négativisme. Les émotions afflictives qui compliquent le tableau clinique sont plutôt l'anxiété ou l'énervement exprimé ; le patient est tantôt inquiet, tantôt d'une irritabilité extraordinaire ; dès qu'on l'écoute attentivement, la réflectivité émotionnelle est plus ou moins rapidement et heureusement modifiée. Il n'en est point de même chez le mélancolique vrai, négativiste. Enfin, dans l'asthénie chronique séquelle à forme mélancolique ou hypocondriaque, on ne constate jamais le négativisme systématique.

***

Il existe une forme de mélancolie vraie avec négativisme, c'est-à-dire avec réactions d'opposition, marquées, systématiques, aux sollicitations extérieures. C'est sans doute dans la mélancolie délirante sans asthénie ou avec asthénie très peu développée que le négativisme est le plus net. Cette forme de mélancolie vraie ne doit être confondue ni avec la démence précoce, ni avec l'asthénie périodique, ni avec l'asthénie chronique séquelle.

---

(1) Roy P. et Deny G. *La démence précoce*, Paris, 1903, p. 29. Edit. Baillière (in Actualités médicales).

FAITS CLINIQUES

ERYSIPÈLE BRONZÉ DE VELPEAU

Streptoccoccémie hémolytique Immuno-transfusion associée au sérum de Vincent Guérison

par M. Lop (de Marseille)
Chirurgien de la Clinique de la Joliette

I

Cette observation est intéressante à plus d'un titre : la guérison d'une affection particulièrement grave, sa rareté, son apparition au cours des suites opératoires, d'une suppuration banale, sa présence dans un service où l'érysipèle chirurgical est inconnu, depuis, j'ose l'affirmer, plus de trente ans que celui-ci fonctionne, au même titre que d'autres infections, ce qui n'aurait rien pourtant de surprenant dans un milieu où la chirurgie septique est prépondérante (les 6 à 7/10e des hospitalisés étant déjà infectés à leur arrivée) bien que la chirurgie aseptique y tienne une place intéressante et importante.

L'érysipèle bronzé, décrit pour la première fois, je crois, par le chirurgien Tourangeau, est à peu près inconnu, fort heureusement, des générations actuelles. Je crois même que ceux de mes contemporains qui n'ont pas été élèves des hôpitaux, ne l'ont connu que par la lecture. Sa fréquence au temps de mon internat était surprenante, je parle de la période 1886-1892.

L'érysipèle bronzé pour être moins fréquent que l'érysipèle chirurgical ordinaire (existe-t-il un érysipèle médical? c'est une question qui a déjà été traitée et est restée longtemps contreversée) n'en existait pas moins au nombre des redoutables complications qui frappaient les blessés et les opérés, depuis la suppuration la plus banale, en passant par la redoutable pourriture d'hôpital, le tétanos, la pyohémie (le tétanos n'est malheureusement pas encore disparu) les parotidites suppurées, j'en passe et de non moins tristes.

II

A mon entrée dans les hôpitaux, mon étonnement fut d'autant plus grand en présence de ces complications, que j'arrivais déjà préparé par la lecture du fameux traité classique de pathologie externe dit des « 4 » agrégés qui a bercé l'enfance chirurgicale de ma génération et même de celle qui l'a suivie :

Dans ce traité, égalé, mais non surpassé à mon avis, les infections ci-dessus mentionnées étaient magistralement décrites ; il y était dit que celles-ci, sans être entièrement disparues de la nosographie, n'existaient plus guère qu'à l'état de triste souvenir, dans les services chirurgicaux.

Hélas ! non, ce souvenir était encore une triste réalité. On était pourtant en plein éveil et application des doctrines pasteuriennes et celles de Lister, non seulement à Paris mais aussi en province.

Quel est celui d'entre nous qui ne se rappelle le Service de Després à Paris ? Ai-je eu la malchance d'être appelé à Marseille dans certains services où l'admission des blessés pouvait presque être considérée comme un arrêt de mort? La guerre a malheureusement fait revivre pour un temps trop long à notre gré ces complications chirurgicales que je rappelle ici. Celles-ci actuellement ont heureusement disparu des services, on peut l'affirmer, malgré la gravité et la fréquence des blessures de la rue, surtout depuis l'intensité de la circulation automobile et sa généralisation.

III

Je m'excuse de cette digression, je m'en voudrais d'élever un blâme à la mémoire des chirurgiens de ma jeunesse médicale, qui faisaient de leur mieux, avec toute leur conscience, dont quelques-uns même étaient des opérateurs remarquables, mais qui, malgré les découvertes de Pasteur et de Lister, non seulement se montraient volontairement réfractaires à ces doctrines, qui avaient déjà commencé à faire leur preuve, mais encore doutaient de leur efficacité.

Observation. — Le sieur C... John, maître d'équipage à bord d'un navire anglais, est arrivé dans mon service le 22 août 1935, porteur d'une volumineuse adénite inguinale droite et d'un chancre phagédénique du gland et du prépuce, le tout remontant à deux mois et resté sans soins jusqu'à l'arrivée à Marseille.

Le B. W. est négatif ainsi que le Ducrey ? En attendant, on fait deux injections de 914, à deux jours d'intervalle, elles sont mal supportées. Etat général précaire, fièvre.

Opération le 27 août : Extirpation d'une adénite ayant le volume d'une grosse mandarine, farcie d'abcès miliaires. Le chancre est vigoureusement traité au thermo-cautère, puis pansé à la Liqueur de Labarraque. L'adénite est pansée à plat.

Rien de particulier à signaler, si ce n'est, comme il est normal après toutes les opérations sur les lymphatiques, une élévation assez appréciable de température pendant 48 heures : 37,8 le matin et 38 le soir, le malade s'alimente d'une façon copieuse mais liquide. Brusquement, le 3 septembre, la température s'élève, l'état local au niveau de l'adénite se modifie, la plaie prend une teinte plus colorée, le caractère de la suppuration se modifie également sans que celle-ci soit plus abondante.

Contre cet aspect local il est fait des pulvérisations chaque jour au « Lucas Championnière » auquel je suis resté fidèle. Journellement, du 5 au 9 septembre, il est injecté au malade de 15 à 20 cc. 3 d'Electrargol. A un moment donné, le pus prend un aspect légèrement bleu-vert qui rappelle le pyocyanique.

IV

En mon absence, le 7 septembre, on fait appeler mon confrère et ami, le docteur Pieri, chirurgien des Hôpitaux de Marseille, qui pense à la possibilité d'un érysipèle. Le 8 septembre, le Dr Pieri revient, son diagnostic semble se préciser.

Jusque-là, il ne paraissait s'agir que d'une banale complication, survenant exceptionnellement dans un service comme le mien, où ne se trouvait aucun cas d'érysipèle médical ou chirurgical, le dernier cas (érysipèle médical?) remontant à plus d'un an, le malade n'étant resté que quelques jours, et avait été complètement isolé, la chambre désinfectée au formol, puis départ (1).

L'état général du malade est mauvais, la température est hyperthermique. A la deuxième visite du Dr Pieri, une hémoculture est faite qui décèle une « streptoccocémie intense hémolytique ».

En présence de cet état, le docteur Pieri conseille d'essayer le Sérum de Vincent. On me communique télégraphiquement ce précieux avis auquel je n'hésite pas à me rallier et on injecte aussitôt au malade 30 cc. S. I. V. et 20 cc. S. I. M.

Le lundi 10, à ma visite, je suis frappé par la coloration de la tache érysipélateuse... ce n'est pas sans préoccupa-

(1) Le malade qui fait l'objet de cette observation avait été d'ailleurs à son arrivée après son opération placé dans un dortoir. D'autres blessés ou opérés avaient été soignés dans cette chambre avant ce dernier sans avoir présenté aucune complication.

tion que je constate celle-ci, qui a pris une teinte jamais oubliée, qui est restée gravée dans ma mémoire : celle de l'érysipèle bronzé, teinte que j'avais appris à connaître pendant mon internat.

L'évolution presque inattendue et grave de cet érysipèle au début banal, vient assombrir le pronostic et donne à l'hémoculture toute sa signification. Etat on ne peut plus inquiétant.

Il est à peu près sûr que sans l'action, heureusement inspirée par le docteur Pieri, du sérum de Vincent, nous n'aurions pas eu le résultat obtenu.

Le 11, nouvelle injection de 60 cc. S. I. V. : l'état général et la température se sont légèrement modifiés.

Je demande à mes confrères les docteurs Ranque et Senez, leur avis sur l'opportunité d'une transfusion, concurremment avec l'emploi du sérum de Vincent. Leur avis est de pratiquer une immuno-transfusion : celle-ci est faite par le docteur Lombard, le jour même, avec le précieux concours de mon assistant le docteur Porphyre, en l'absence ou refus de tous donneurs professionnels et autres. Il est injecté 150 grammes de sang, sans incident.

Le 12 septembre on injecte encore du sérum, le 13 également par une nouvelle immuno-transfusion de 100 cc. S., toujours donnée par le docteur Porphyre. En tout, il a été injecté au malade 200 cc. de sérum de Vincent et 250 gr. de sang.

A partir de ce jour, l'état général et l'état local vont en s'améliorant sensiblement. Le 25 septembre, le malade pouvait être considéré comme hors de danger.

Le 15 septembre, j'avais jugé utile de faire un abcès de fixation, auquel à lui aussi je suis resté fidèle (1). Je ne cesse et ne cesserai de prôner, comme je l'ai indiqué dans un article publié par la *Gazette des Hôpitaux*, il y a trois ou quatre ans, non comme une panacée universelle, mais comme un moyen héroïque auquel il y a lieu de recourir avant que toutes les ressources d'énergie du malade ne soient épuisées.

S'il faut se garder d'être trop précoce, il faut aussi se garder de recourir à lui lorsqu'il est trop tard. Celui-ci semble être revenu à l'honneur, pourtant il faut rendre ici à César ce qui appartient à César, c'est-à-dire reconnaître que, dans ce cas, même avec l'abcès de fixation et le sérum de Vincent, la mort eût fait son œuvre sans l'immuno-transfusion conseillée de préférence à la transfusion simple, par mes distingués confrères, les docteurs Ranque et Senez.

Je dois ajouter, une fois de plus, que notre tâche fut grandement facilitée par le Dr Porphyre qui nous donna son sang avec beaucoup de courage.

Je le répète, l'érysipèle bronzé a disparu de nos services, on l'a vu revenir pendant la guerre, pour, heureusement, disparaître à nouveau.

Dans un service fréquenté comme le mien, où il passe chaque année de 1.800 à 2.000 blessés et malades de toutes sortes, de toutes qualités, de gravité variable, presque toujours infectés, depuis l'arrachement de l'ongle jusqu'au broiement des membres, depuis 1902 que la Clinique existe, je n'avais pas vu jusqu'alors un cas d'érysipèle chirurgical.

Si le dénouement fatal a été définitivement écarté, cela tient peut-être à ce que cette redoutable complication, comme celles de toutes natures chirurgicales et obstétricales, avait déjà été en partie atténuée par la médication locale et générale instituée dès le début de ce que l'on pensait être un érysipèle banal.

Déjà, en obstétrique, Pinard et Wallich ont pu décrire une infection puerpérale antiseptique, moins redoutable, mais ne manquant pas moins de gravité lorsqu'elle était méconnue.

En résumé, il faut reconnaître l'action heureuse combinée du sérum de Vincent et de l'immuno-transfusion. J'ajouterai encore, en terminant, sans insister davantage, l'action non moins heureuse, du moins jugée telle par moi, de l'abcès de fixation.

(1) Depuis mon internat à la Maternité.

OBLITÉRATION DE L'AORTE ABDOMINALE AU COURS D'UNE ENDOCARDITE VÉGÉTANTE

par M. Lop (de Marseille)

Je fus appelé le mois de juin dernier auprès d'une cliente âgée de 69 ans, diabétique, soignée par un confrère pour endocardite végétante greffée sur une vieille cardiopathie chronique.

Prise subitement d'une douleur lombaire atroce, que rien ne pouvait calmer, j'étais appelé — en l'absence du médecin traitant — auprès de cette malade que j'avais opérée 4 ou 5 ans auparavant pour une lésion du col qui rappelait étrangement un néo, opération complétée par une curithérapie.

Je trouvais celle-ci dans un état presque syncopal mais gémissant encore par la violence de la douleur.

Pas de pouls, mais refroidissement des membres inférieurs.

Quel ne fut pas mon pénible étonnement de constater une teinte cyanotique générale s'étendant de la région suspubienne aux orteils, plus accentuée au-dessous des genoux. Les pieds sont bleus, froids à l'extrême; ce refroidissement s'étend aux deux cuisses.

Les deux pouls fémoraux ont entièrement disparu. L'aiguille du Pachon ne bronche pas. L'auscultation au même niveau est muette. Les organes génitaux externes sont refroidis, mais à un degré moindre qu'au niveau des membres.

La malade est à peu près insensible; elle se plaint toujours d'une façon incompréhensible, mais elle a encore la force d'indiquer avec la main la région lombaire, siège maximum de la douleur.

Après beaucoup d'efforts nous arrivons à faire tourner légèrement la malade. La région lombaire présente alors une teinte fortement ecchymotique s'étendant jusqu'aux crêtes iliatiques et aux fesses.

II

L'état général de la malade, les signes cliniques ci-dessus ne permettent guère le doute. Il s'agit d'une oblitération de l'aorte terminale contre laquelle, hélas, je suis obligé d'avouer à la famille toute mon impuissance et porter un pronostic fatal à brève échéance.

La mort survient le lendemain matin au petit jour sans que, malgré l'état à peu près inconscient, les douleurs aient cessé.

Les quelques recherches que j'ai faites ne m'ont pas permis de trouver dans les bibliographies de cas autres que celui de M. Langeron (Société Médicale des Hôpitaux de Paris en 1934).

Cette oblitération serait assez fréquente en pathologie vétérinaire sous l'influence d'autre cause que celle qui a déterminé l'oblitération chez ma malade.

Cette observation malheureuse, rare heureusement, m'a paru intéressante à signaler.

J'avoue que personnellement je n'ai jamais rencontré d'oblitération de l'aorte terminale, pendant 40 ans de pratique et pas mal d'autopsies et de préparations anatomo-pathologiques faites au cours de mon adjuvat et internat.

HYGIÈNE PUBLIQUE

COMITÉ PERMANENT DE L'OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE [1]

Le Comité permanent de l'*Office international d'hygiène publique* s'est réuni à Paris en mai dernier. 54 pays étaient représentés. Au cours de ses travaux, différents renseignements ont été apportés qu'il est intéressant de faire connaître.

Fièvre jaune. — La fièvre jaune continue à retenir l'attention, par l'évolution des connaissances qui la concernent et par les problèmes qu'elle pose dans le plan international. La maladie, bien que soigneusement recherchée, a été rare en Afrique : 14 cas seulement pour l'ensemble des colonies françaises. Pour la première fois, un cas a été constaté à Brazzaville, probablement contracté au Moyen Congo, pendant le voyage de Bangui à Brazzaville. En Amérique du Sud, des cas sporadiques assez nombreux et de petites épidémies ont été découverts, grâce aux examens histologiques du foie systématiquement effectués par le Service antiamaril brésilien, dans divers Etats du Brésil (Goyaz, Matto Grosso, Maranhao, Para, Minas Geraes, Sao Paulo), en Colombie et en Bolivie. Plusieurs cas de formes nerveuses ont été signalés en Afrique ; l'un d'eux, confirmé par l'examen histologique du foie, avait présenté une symptomatologie qui imposait le diagnostic de poliomyélite à marche ascendante.

Choléra. — Le vaste programme de travaux sur le choléra, établi dans l'Inde avec le concours de l'*Indian Research Fund Association*, continue à être mis à exécution. On a décidé d'adopter pour l'étude sérologique des vibrions une base unique et en conséquence de n'employer que des sérums « O » purs. Ceux qui sont utilisés actuellement ont été préparés avec les souches japonaises « type original » et « variante ». Jusqu'ici, on n'a isolé de cas de choléra dans l'Inde que le type original, ou des vibrions inagglutinables par les deux sérums ; certains appartiennent à d'autres groupes O de Gardner ou correspondent à d'autres souches isolées à Calcutta. Les études sont poursuivies sur la structure chimique des vibrions et leurs réactions biologiques, sur la structure des protéines vibrioniennes, sur la respiration et la glycolyse des divers types chimiques de vibrions. Ces dernières recherches ont montré que le métabolisme des vibrions cholériques typiques est beaucoup plus actif que celui des souches El Tor et des vibrions isolés des eaux.

La vaccination anticholérique a été employée l'année dernière en Birmanie et dans le Cachemire, avec des résultats très satisfaisants. Des travaux expérimentaux sur les vaccins ont établi que le délai dans lequel ils doivent être utilisés peut être sans inconvénient porté à un an, au lieu de la limite de 6 mois observée jusqu'ici.

A titre de contribution à la recherche de l'origine des vibrions cholériformes type El Tor trouvés à la station de Tor au retour du pèlerinage, on a cherché le vibrion de Tor aux Indes Néerlandaises chez les pèlerins avant leur embarquement. Sur 7.000 pèlerins examinés, ce vibrion n'a pas été trouvé.

Diphtérie et vaccination antidiphtérique. — On emploie l'anatoxine Ramon en Pologne, Roumanie, Turquie, Yougoslavie. Dans les trois derniers pays, on fait 3 injections dont les doses sont de 0,5, 1 et 1 cm^3 5 ; l'anatoxine titre au moins 20 unités en Roumanie, en Yougoslavie, moins jusqu'ici en Turquie. Au Mexique, on vaccine avec l'anatoxine Ramon, avec le mélange toxine-antitoxine et avec le toxoïde précipité par l'alun. Dans l'Inde, il n'a été fait qu'un petit nombre de vaccinations, avec des mélanges de toxine-antitoxine, ou avec le floculat de toxine-antitoxine. La proportion de réactions de Schick négatives après la vaccination est de 90 à 98 p. 100 en Roumanie. Au Mexique, on a obtenu 93 p. 100 de Schick négatifs avec 3 injections de 0,5, 1 et 1 cm^3 5 et 93 à 94 p. 100 avec 2 injections de 1 et 2 centimètres cubes ; ce taux persiste après 4 ans. Le mélange toxine-antitoxine, employé de préférence au-dessus de l'âge de 8 ans, en 3 injections de 1 centimètre cube, n'a immunisé que 85 p. 100 des sujets ; le toxoïde précipité par l'alun, en une seule injection de 1 centimètre cube, 96 p. 100. Un essai de vaccination avec la pommade de Lœwenstein n'a fourni que 65 p. 100 de réactions de Schick négatives, 105 jours après la dernière friction. Au Danemark, on a essayé, en vue d'éviter les injections multiples, l'emploi en une seule injection de l'anatoxine purifiée à l'aide de l'hydrate d'alumine. On n'a pas réussi à immuniser à 100 p. 100. On tente actuellement, dans les écoles, de combiner l'injection unique d'anatoxine purifiée avec 3 instillations successives d'anatoxine dans le nez.

En France, on peut évaluer à 25 p. 100 la proportion d'enfants de 2 à 13 ans qui sont actuellement vaccinés ; à Paris, cette proportion serait de 40 p. 100 ; dans certains départements, elle atteindrait 50 p. 100 (Seine-et-Marne) et même plus de 80 p. 100 (Pas-de-Calais) ; dans d'autres départements, la vaccination est peu développée. Dans l'armée, 82.706 jeunes soldats ont été vaccinés de 1932 à 1934. — Le dosage actuellement recommandé est 2 injections de 1 centimètre cube et 2 centimètres cubes respectivement, à 15 jours ou 3 semaines d'intervalle, l'anatoxine titrant au moins 20 unités antigéniques ; une troisième injection, dite de rappel, est conseillée au bout de 6 mois ou un an. Certains médecins inspecteurs départementaux d'hygiène font de cette troisième injection une règle et la placent dans la même année scolaire que les deux premières. — On peut obtenir, avec les deux injections d'anatoxine à 20 unités, une proportion de 99 p. 100 de réactions de Schick négatives chez des sujets primitivement positifs. D'une manière générale et avec la pratique de la vaccination à 3 injections usitée jusqu'en 1933, la proportion de réactions de Schick devenues négatives était, dans les séries vaccinées avec soin, de 97 à 98 p. 100 — un peu plus faible, 90 p. 100 environ, chez les enfants en état de déficience organique. Cependant, lorsqu'on fait des vérifications sur des groupes d'enfants possédant des certificats réguliers de vaccination complète, on ne trouve souvent que 70 à 85 p. 100 de réactions négatives. La disparition de l'immunité ne paraissant se produire que chez 2 à 4 p. 100 des sujets vaccinés, et à partir de la quatrième année (sauf exception), il semble qu'un certain nombre de vaccinations ne soient pas faites correctement. — Dans les épidémies, assez nombreuses, où l'on peut comparer l'incidence de la diphtérie chez les enfants vaccinés et non vaccinés, on trouve que la proportion des cas de diphtérie est de 4 à 20 fois plus forte chez les non vaccinés. Il arrive qu'aucun cas ne se produise parmi les vaccinés. Néanmoins, la possibilité que la diphtérie apparaisse chez un sujet vacciné est un fait certain. Mais la plupart des données statistiques actuelles ont besoin d'une correction : elles comprennent des angines banales, survenues chez des porteurs de bacilles diphtériques, dont la réaction de Schick est négative au moment de l'angine. Ces affections guérissent sans traitement sérothérapique et ne peuvent pas être considérées comme des cas de diphtérie. Il paraît néanmoins se produire quelquefois des angines à symptomatologie diphtérique chez des sujets à réaction de Schick négative. Elles sont exceptionnelles ; dans une statistique de l'Hôpital des Enfants-Malades, à Paris,

(2) Office international d'hygiène publique, 195, boulevard Saint-Germain, à Paris. — Directeur : M. Abt.

sur 147 cas de diphtérie survenus chez des enfants vaccinés, la réaction de Schick n'était négative qu'une fois. La diphtérie chez les vaccinés coïncide donc presque toujours avec une réaction de Schick positive. Elle est souvent bénigne, mais quelquefois grave. Dans la statistique ci-dessus mentionnée, les 147 cas se répartissent en : formes bénignes 49 p. 100 ; formes moyennes 34 p. 100 ; formes graves 6,9 p. 100 ; paralysies tardives 4,8 p. 100 ; décès 4,8 p. 100. — La majorité des sujets vaccinés dont la réaction de Schick est positive au moment de l'angine n'ont jamais été convenablement immunisés ; pour beaucoup, la vaccination n'a pas été pratiquée correctement ; un petit nombre sont des sujets plus ou moins réfractaires à l'immunisation. Pour éliminer tous ces cas de réaction de Schick positive, il faudrait contrôler après la vaccination l'immunisation en pratiquant la réaction de Schick, faire une nouvelle injection de vaccin si la réaction est positive, puis un nouveau contrôle et une nouvelle injection, si elle est encore nécessaire, jusqu'à ce qu'on obtienne une réaction négative. Cette méthode est appliquée dans quelques établissements fermés. Elle ne peut évidemment pas être envisagée pour les vaccinations en masse. La conclusion de l'expérience acquise actuellement en France est que la disparition à peu près complète de la diphtérie ne pourrait être obtenue qu'à l'aide de la vaccination obligatoire dans la première enfance.

Lymphogranulomatose inguinale. — D'après une nouvelle étude sur la lymphogranulomatose inguinale en Suède, le nombre des cas constatés dans ce pays au cours de 9 années a été de 218, dont 50 dans les deux dernières années. Il n'a pas été appliqué de traitement spécial à la lésion primaire, qui a guéri rapidement. Comme traitement de l'adénite, l'extirpation des ganglions a donné des résultats relativement favorables : sur 36 cas, 10 sont sortis de l'hôpital guéris, après 40 jours environ de traitement. Quant à la question de savoir si la loi suédoise sur les maladies vénériennes doit être appliquée à la lymphogranulomatose inguinale, des arguments très forts peuvent être donnés pour et contre.

Une enquête a été faite sur la fréquence de cette maladie dans les colonies françaises. Elle existe en Indochine, en Afrique Equatoriale française, aux Antilles ; en A.E.F., sur 68 prostituées, on a trouvé 43,56 p. 100 de réactions de Frei positives. A la Guadeloupe, sur 1.600 consultants de vénéréologie pris au hasard, la proportion était de 4,87 p. 100. L'antigène de Frei a pu être préparé sur place par les laboratoires de Brazzaville, de Hanoï, ainsi qu'à la Guadeloupe, la Martinique. La lésion initiale, quand on l'a aperçue, était le plus souvent herpétiforme. On a observé des complications ano-rectales et génitales et, dans un cas, une paraplégie spasmodique incomplète, qui a disparu avec la guérison de l'adénite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 JUIN 1936)

L'épreuve de la galactosurie provoquée chez les tuberculeux pulmonaires traités par la chrysothérapie. — MM. Benda et Salmona. Deux considérations à retenir du travail des auteurs.

1° Là où existait primitivement un dysfonctionnement hépatique, celui-ci s'accroît de façon constante et de façon importante avec retentissement sur l'état général, à la suite du traitement par les sels d'or.

2° Là où n'existait au préalable aucun trouble du fonctionnement hépatique, les perturbations sont inconstantes et variables.

Il convient donc, avant de commencer un traitement par les sels d'or, d'étudier la valeur fonctionnelle du foie.

Etat grave après ponction sous-occipitale non provoqué par celle-ci. — MM. Pinard et Temerson déclarent que si la ponction sous-occipitale peut avoir les mêmes inconvénients que la ponction lombaire dans les tumeurs cérébrales, elle constitue cependant par sa tolérance habituelle, une arme précieuse pour le syphiligraphe dans la prophylaxie des syphilis nerveuses.

Tuberculose multiganglionnaire de l'adulte. — MM. J. Troisier, Bariéty et Dugas. Cette observation concerne deux cas de tuberculose multiganglionnaire de l'adulte. Deux femmes atteintes, après une contamination constante et prolongée, de fièvre, d'adénopathies multiples, en particulier médiastinales, décelées par la radiographie. Etude anatomo-pathologique d'un de ces cas, montrant l'importance de l'adénopathie médiastinale et la situation des divers ganglions. Histologiquement, on trouva des zones de nécrose micro-nodulaires entourées de cellules géantes et de nids de bacilles de Koch. L'infection ganglionnaire par le bacille de Koch détermine soit des formes généralisées simulant la maladie de Hodgkin, soit des formes à tendance fibreuse simulant les lymphadénomes. On peut supposer dans des cas semblables que les tuberculoses multiganglionnaires de l'adulte relèvent du réveil d'un foyer tuberculeux ancien. Des faits semblables ont été observés par MM. E. Bernard, Jacob, Renaud et Rist, qui croient que la pathogénie des adénopathies tuberculeuses est mal connue.

Néphrite aiguë mercurielle. Modifications de la chlorémie. Dangers de la rechloruration en période d'anurie. — MM. Mach et Oppifiker (de Genève). Un cas d'intoxication par ingestion de 100 cc. d'une solution de sublimé à 1 %. Au cours de la néphrite secondaire, ascension de l'urée au taux de 6 gr. 57 pour 1000, et descente à la normale au bout de 14 jours. Guérison. La néphrite a évolué en trois périodes : 1° Phase du début. Douleurs lombaires, vomissements ; 2° phase d'anurie d'une durée de 8 jours ; 3° période de diurèse pendant laquelle l'urée a continué de monter jusqu'à 6,57 pour redescendre après 14 jours à 0,52 p. 1000. En terminant, les auteurs étudient les troubles de la répartition du chlore et font un parallèle entre la chloropénie des intoxications par le sublimé et celle observée chez les brûlés.

Diabète et rhumatisme articulaire aigu. — MM. Waitz et Pernot. Chez un diabétique jeune, recevant une ration constante de 100 gr. d'hydrates de carbone, les auteurs ont constaté une amélioration considérable du coefficient d'assimilation hydro-carbonée : avant le salicylate avec 60 unités d'insuline, glycosurie de 40 gr. ; 20 jours plus tard, glycosurie nulle ou minime avec 10 unités d'insuline. Le rôle du rhumatisme aigu est indiscutable dans cette observation, dans laquelle le traitement salicylé a constitué un traitement d'épreuve ; il faut noter qu'il a fait disparaître en même temps une fibrillation auriculaire isolée.

Leucose aiguë aleucémique à symptomatologie pseudo-rhumatismale. Modification radiologique du squelette. — MM. Debré, Lamy, Soulié et Gabriel. Observation d'un cas de leucose aiguë aleucémique chez un enfant de 7 ans, remarquable par les caractères de la formule sanguine, par la prédominance des manifestations osseuses et par les accidents d'insuffisance cardiaque. C'est la ponction du sternum qui permit d'affirmer le diagnostic de leucome ou mieux de leucose aleucémique. Les douleurs du début étaient des ostéalgies à prédominance épiphysaire. Les ra-

diographies ont montré un aspect flou, ouaté du squelette cranien. A la fin : développement de signes d'insuffisance cardiaque.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(Séance du 30 mai 1936)

Valeur et interprétation des renseignements fournis dans l'évolution des impotences fonctionnelles par l'électro-diagnostic. — M. Humbert. L'électro-diagnostic classique dont la portée est uniquement qualitative ne permet pas de reconnaître à coup sûr la cause et l'organicité de toutes les impotences fonctionnelles. Le caractère fruste de la symptomatologie et l'absence de dégénérescence, qui ne constitue qu'un élément négatif, ne sauraient en aucun cas prévaloir contre les renseignements fournis par la Chronaximétrie.

Infection gonococcique expérimentale chez le cobaye. — MM. A. Grimberg et S. Mutermilch ont inoculé directement dans la vésicule séminale du cobaye des cultures de gonocoques, colibacilles et staphylocoques. Les deux premiers de ces germes ont déterminé chez l'animal une infection locale spécifique (orchite, vésiculite, uréthrite), ce qui permettra, sans doute, de serrer de plus près le problème des infections génito-urinaires.

Innocuité et avantages des injections intraveineuses d'huile camphrée. — M. Guilleman. L'utilisation thérapeutique des injections intraveineuses d'huile camphrée date surtout de travaux récents qui ont montré leur innocuité absolue. Une statistique récente en rapporte 6.000 cas, sans le moindre incident. Ceci est dû à la « fonction lipopexique » du poumon, qui fixe l'huile et écarte ainsi tout danger d'embolie. L'huile camphrée intraveineuse, tout en agissant aussi rapidement, a l'avantage sur les autres préparations camphrées, et en particulier les camphres solubles, d'avoir une action plus douce et plus prolongée. On utilise, dans un minimum de temps et avec un maximum d'efficacité, les propriétés du camphre et plus particulièrement son action cardio-pulmonaire.

Présentation de malade porteur d'une tumeur osseuse du fémur. — M. Filderman présente, pour la deuxième fois, après un intervalle de deux ans, un malade porteur d'une tumeur osseuse du fémur. Malgré le résultat d'une biopsie faite par M. le Prof. Ombrédanne et examinée par M. Delarue (ostéome pur, aucune image de malignité), le pronostic parut très sombre à plusieurs chirurgiens qui l'ont examiné à l'hôpital et à la Société de médecine. L'état du malade était mauvais, il présentait des ganglions dans l'aine, il souffrait et ne dormait pas. Actuellement, trois ans après la première radiographie, le malade est en bonne santé, il garde son fémur, il avait gagné jusqu'à 15 kilos. Ce résultat a été obtenu par l'hémocrino-parathyroïdienne, méthode qui a donné entre les mains de l'auteur et celles d'autres médecins des résultats remarquables dans les troubles endocriniens se manifestant par des affections nombreuses telles que staphylococcies, sclérodermie, eczéma, asthme, hypertension, artérite oblitérante, etc.

SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER

(Séance du 20 mars 1936)

A propos des états leucoplasiques et hyperplasiques de l'épithélium u col utérin. — MM. Laffont (A.), Montpellier (J.), et Laffargue (P.) tracent le cadre histologique dans lequel peuvent s'intégrer les diverses modifications de l'épithélium du col ; métaplasie simple, leucoplasie vraie, hyperplasie simple. Ils précisent ces différents états, envisagés sous l'angle d'affections précancéreuses.

Augmentation de la pression pleurale après section de bride, en dehors de toute perforation pulmonaire. — MM. Loubeyre (J.) et Rucker. A propos d'une observation quelque peu curieuse d'hyperpression pleurale apparue immédiatement après section de bride, les auteurs envisagent les mécanismes éventuels de ce phénomène, indépendant d'une perforation pulmonaire, et en déduisent des considérations pratiques.

Fausse image de kyste gazeux pulmonaire en rapport avec une parésie diaphragmatique localisée et d'énormes vésicules d'emphysème. — MM. Loubeyre (J.), Mimouni et Bove. Observation radiologique et anatomique d'une image anormalement transparente de l'angle cardio-diaphragmatique droit, liée à la production d'une invagination diaphragmatique dans une dépression de la base pulmonaire et sertie sur ses deux lèvres par de grosses et multiples vésicules d'emphysème.

Ectopie rénale. — M. Bernasconi présente avec pyélographies, un cas d'ectopie rénale croisée que les faits cliniques permettent de supposer comme étant acquise.

Erythème noueux ayant succédé à un zona chez un enfant indigène. — MM. Sarrouy, Legenissel et Stora. Yahia Niha, 11 ans et demi, Arabe, sans antécédents tuberculeux, n'ayant jamais eu la varicelle, est atteint de zona intercostal gauche qui évolue sans complications du 12 au 27 février 1936. Le 24 février apparaissent les premiers éléments éruptifs d'un érythème noueux, dont la nature tuberculeuse ne paraît pas douteuse : cuti-réaction positive, lésions pulmonaires à la radiographie.

Au sujet de ce malade, les auteurs discutent les rapports du zona et de la tuberculose, du zona et de l'érythème noueux.

Le traitement des épithéliomas glandulaires de la paupière. — MM. Toulant et Morard. A propos de deux cas d'épithéliomas sébacés, dont l'un très étendu fondit très rapidement après cinq séances de radiothérapie (3.750 R au total), les auteurs estiment qu'il conviendrait, dans les cas avancés, de recourir à la physiothérapie avant d'en pratiquer l'exérèse nécessitant des plasties compliquées à résultat fonctionnel souvent médiocre.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(Séance du 23 mai 1936)

L'infection syphilitique cliniquement inapparente de la souris. — MM. G. Stroesco et A. Vaisman. Chez les souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente, le tréponème virulent se disperse dans la peau avec une grande rapidité. Aucune région cutanée ne reste à l'abri de l'infection.

Ultrafiltrabilité et dimensions probables des bactériophages. — MM. C. Levaditi, M. Paic, J. Voet et D. Krassnoff ont étudié l'ultrafiltrabilité et déterminé les dimensions probables de plusieurs bactériophages d'après la méthode d'Elford. Les phages soumis à l'examen ont été le *Coli S*, le *B. megatherium*, le dysentérique C16-R6, le staphylocoque Krüger et le *B. subtilis*. La présence d'extrait de cerveau contenant des protéides et des lipoïdes déplace, pour le bactériophage *Coli S*, le point terminal de l'ultrafiltration vers des porosités plus grandes, du fait du colmatage de la membrane. Pour l'agent lytique dysentérique, le

point terminal de l'ultrafiltration est en fonction du pouvoir lytique du bactériophage. Les dimensions probables des divers bactériophages étudiés varient de 0,02 à 0,12 μ. Ces données confirment la conception de la pluralité des phages.

Sur un cas d'immunité à l'égard du virus herpétique observé chez le lapin, à la suite de l'inoculation de ce virus par la voie du conduit auditif externe. — M. J. VIEUCHANGE. Un lapin qui avait reçu deux instillations de ce virus dans l'oreille droite survécut, tandis que les témoins succombaient du 9e au 16e jour. Cette inoculation lui avait conféré une immunité solide à l'égard du virus herpétique, puisqu'il put résister à d'autres inoculations. L'état réfractaire est dû à l'apparition, au cours des instillations du virus, d'une encéphalite herpétique cavitaire chronique auto-stérilisable.

Action de l'acide lactique sur le B. abortus, le B. typhique et le B. tuberculeux. — M. VIOLLE rapporte le résultat d'expériences concernant l'action de l'acide lactique sur le *B. tuberculeux*, le *B. abortus* et le *B. typhique*. Ces germes émulsionnés séparément dans des solutions d'acide lactique à 10 p. 1.000 sont tous détruits après une heure de contact. Par ordre de sensibilité décroissante à cet acide, se trouve le *B. typhique*, puis le *B. abortus* et enfin le *B. tuberculeux*.

Influence des hormones sexuelles et de la castration sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye. — M. PIERRE-BOURGEOIS et Mlle Madeleine BOQUET. Si la folliculine et le corps jaune paraissent dénués d'action sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye, la castration, au contraire, chez les mâles comme chez les femelles, prolonge nettement la résistance des animaux.

Le foie hématopoïétique. — MM. P. EMILE-WEIL, P. ISCH-WALL et S. PERLÈS. La ponction du foie montre que cet organe peut retrouver ses fonctions hématopoïétiques embryonnaires au cours d'affections diverses. Elle permet encore de reconnaître les liens du couple spléno-hépatique dans les leucémies où les proliférations sont comparables dans le foie et dans la rate, mais dans un sens mégaloblastique toujours plus accusé pour le foie que pour la rate.

Dans l'anémie de Biermer, comme dans la polyglobulie simple, la ponction du foie fournit une image normale.

Degré de virulence des souches aviaires (variété S) récemment isolées et formes anatomo-cliniques de la tuberculose expérimentale provoquée, par voie veineuse, chez la poule et le lapin. — M. A. SAENZ. L'inoculation de la variété S du bacille aviaire, chez la poule et le lapin, se traduit par la production de trois formes de tuberculose différentes.

L'inoculation de doses massives produit une tuberculose aiguë, rapidement mortelle, toxique, septicémique.

L'inoculation de doses moyennes provoque une tuberculose subaiguë. Tous les organes sont farcis de lésions nodulaires.

Enfin, l'infection paucibacillaire permet de reproduire la forme clinique habituelle de la tuberculose naturelle chez la poule. Chez le lapin, la forme chronique est caractérisée par la présence constante sur le squelette d'altérations siégeant électivement dans le tissu spongieux des os courts et de poly-ostéo-arthrites tuberculeuses atteignant souvent les 4 membres.

Etude hématologique chez le lapin au cours de la tuberculose de type Yersin. — M. A. DOMANSKI, en étudiant la tuberculose de type Yersin, consécutive à l'inoculation intraveineuse de grosses doses de bacilles tuberculeux de type aviaire ou bovin, trouve chez les lapins qui ne meurent pas vers le 11e jour de shock, mais chez lesquels la maladie évolue en 21 jours environ, 1° une anémie toxi-infectieuse importante ; 2° une monocytose élevée. Parmi ces monocytes, il trouve des formes de dégénérescence toxique.

Recherches sur la teneur en acide ascorbique au cours des hépatites. — MM. M. LOEPER, LESURE et Jean COTTET, se demandant si le métabolisme de l'acide ascorbique ne jouerait pas un rôle dans l'insuffisance hépatique, ont dosé, *post mortem*, la vitamine C dans le foie de 10 sujets ; parmi les quatre résultats qui leur ont donné les chiffres les plus bas, trois appartiennent à des cirrhotiques. Inversement, ils ont noté dans le foie d'un certain nombre de cobayes, au cours de l'hépatite aiguë phosphorée, une teneur en acide ascorbique plus élevée que chez les animaux témoins.

Elimination comparée de l'acide ascorbique par les glandes hépatique et rénale. — MM. M. LOEPER, Et. CHABROL, LESURE et Jean COTTET ont observé que, chez le chien, une injection intraveineuse d'acide ascorbique est suivie, immédiatement, d'une augmentation de la concentration de la bile et de l'urine en vitamine C ; l'augmentation est toujours beaucoup plus forte dans l'urine que dans la bile. A l'état normal, sans atteindre le taux urinaire, les quantités d'acide ascorbique éliminé par le foie ne sont pas négligeables, tant chez l'homme que chez le chien.

Régime simple permettant la production expérimentale de l'œdème de nutrition. — M. R. LECOQ et Mlle ALLINNE. Il est possible de produire, chez le jeune rat, avec une assez grande fréquence, de l'œdème de nutrition assez comparable à l'œdème de guerre. Le régime antérieurement préconisé par Denton et Kohman ne permet d'obtenir, dans les mêmes conditions, qu'un syndrome d'hydropisie.

Effets de l'adrénaline sur la circulation cérébrale du chien yohimbinisé. — MM. R. CACHERA et R. FAUVERT. L'action de l'adrénaline après yohimbinisation préalable, s'est montrée complexe, et il est nécessaire de distiguer trois éventualités différentes :

1°) Dans un premier groupe de faits, l'action de l'adrénaline à dose élevée n'est pas inversée par l'yohimbine. On observe alors les réactions circulatoires suivantes : hypertension artérielle réduite, dilatation artériolaire modérée ou même absente. Il s'agit donc de réactions de même sens que les effets adrénaliniques habituels, mais atténuées.

2° Une deuxième éventualité peut être observée avec l'adrénaline à doses faibles : hypotension artérielle et réduction du calibre des artérioles du cerveau. Cette constriction minime est vraisemblablement passive.

3° La troisième éventualité : hypotension artérielle et dilatation artériolaire cérébrale, semble témoigner d'une action vaso-dilatatrice cérébrale propre à l'adrénaline inversée. Cette augmentation du calibre des artérioles cérébrales est remarquable du fait qu'elle survient en même temps que la baisse tensionnelle, donc à rebours de l'influence hydraulique passive.

C'est, en somme, l'inversion des effets de l'adrénaline sur les artères cérébrales observées à l'état pur.

Eloge nécrologique de M. L. Maillard. — M. Ch. ACHARD, président.

Election. — M. MOLLARET est nommé membre titulaire.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1936)

Présentations :

M. GORNOUEC présente un monobloc armé avec arc vestibulaire à traction continue, puis un casque de son inven-

tion pour appareillage maxillo-facial, dont l'usage peut être largement étendu.

MM. NESPOULOUS et MESNARD ont procédé à l'avulsion chirurgicale par voie palatine d'une canine incluse, dont les rapports atypiques avec la première prémolaire ont nécessité l'extraction de cette dernière.

M. DECHAUME a observé deux cas d'anesthésies régionales ayant donné lieu à des incidents consécutifs (paralysie faciale et troubles oculaires).

Communications :

M. FRIEZ rapporte un cas de **stomatite bismuthique ulcéreuse** traitée avec succès par la rongalite. Cette thérapeutique nouvelle a le grand avantage d'être dépourvue de toute toxicité.

M. THOMAS présente une étude très approfondie sur la **comparaison entre l'émail des vertébrés supérieurs et le revêtement superficiel des dents d'Elasmobranches.**

M. CHATEAU expose comment après **extraction** de deux incisives inférieures et après prise d'empreinte, on peut replacer aussitôt en bouche les dents avulsées en attendant la prothèse.

M. DECHAUME a observé un cas de **cheilite du rouge,** et fait ensuite une étude complète de cette affection.

REUNION DES PHTISIOLOGUES DU NORD DE LA FRANCE

(SÉANCE DU 15 MARS 1936)

Caverne géante isolée de la base. — *A propos de la communication de M. Hayem.* — M. R. LEGRAND rappelle l'observation qu'il a publiée en 1933 avec M. R. Swynghedauw d'une volumineuse cavité de la base droite, traitée et guérie par phrénicectomie ; le malade succomba brutalement à une injection intra-trachéale de lipiodol. M. Legrand insiste sur l'évolution particulière de ces cavités, qui gagnent de proche en proche à la façon de la coque tuberculogène des abcès ossifluents tuberculeux : c'est le type du processus ulcéreux progressif.

Résultats et statistiques de quatre années de pratique sanatoriale au Sanatorium de Sailly-les-Lannoy (Nord). (Présentation de malades.) — MM. G. LEBORGNE et R. SWYNGHEDAUW relatent les résultats cliniques obtenus sur 273 malades : 68,9 p. 100 très améliorés ou guéris ; 16,4 p. 100 stationnaires ; 14,7 p. 100 aggravés ou décédés. Ils insistent tout particulièrement sur l'efficacité du pneumothorax et de la thoracoplastie ; la section de brides intrapleurale a complété heureusement leurs pneumothorax.

Seize observations avec leurs radiographies et dix malades ont été présentés afin d'illustrer ces excellents résultats.

L'hyperglycémie dans la tuberculose pulmonaire. — M. H. WAREMBOURG étudie la glycémie et l'indosé ternaire du plasma chez les tuberculeux pulmonaires et conclut à la fréquence de l'hyperglycémie par ingestion de glucose ; il existerait un parallélisme entre son intensité et la gravité de la tuberculose ; l'indosé ternaire du plasma est habituellement en hausse chez ces malades.

Après avoir examiné les organes susceptibles d'amener une perturbation dans le métabolisme glucidique, l'auteur tire des conclusions pratiques en recommandant la cure insulinique dans les tuberculoses torpides.

Les doses doivent être modérées : 30 unités par jour en deux injections pendant 2 à 3 semaines.

Hémothorax survenu deux ans après cessation d'un pneumothorax thérapeutique efficace. — M. Ch. GERNEZ rapporte l'observation d'un malade porteur d'une volumineuse cavité sous-claviculaire gauche et traitée efficacement pendant trois ans par pneumothorax.

Deux ans après la cessation de celui-ci, un hémothorax survint spontanément : deux ponctions successives retirèrent 800 cm³ de sang.

L'auteur insiste sur le pronostic favorable de cette complication du pneumothorax.

Tuberculome cérébral chez un tuberculeux pulmonaire. — M. J. LIENHARDT a suivi un malade entré au Sanatorium d'Helfaut pour une tuberculose pulmonaire gauche excavée, accompagnée d'hémoptysie.

Un pneumothorax, créé immédiatement, est suivi, à la deuxième insufflation, d'une amaurose complète.

En quelques jours, le malade meurt, après avoir présenté du délire, de la parésie des membres gauches et des phénomènes bulbaires.

L'auteur, après avoir envisagé diverses éventualités, conclut à la présence d'un tuberculome cérébral de la base.

Pneumoconiose du lin et tuberculose pulmonaire. — MM. Jean MINET et A. PATOIR ont suivi pendant plusieurs années une jeune femme, ouvrière dans une filature de lin, chez laquelle, sur des poumons fragilisés par l'asthme et une pleurésie antérieure, s'est développée une coniose à images pseudo-tumorales, qui s'est secondairement tuberculisée.

Les auteurs insistent sur les rapports réciproques de l'asthme, de la coniose et de la tuberculose. Ils montrent combien il est difficile, aujourd'hui encore, de se faire une opinion sur l'ordre de préséance de ces divers facteurs dans une semblable évolution.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement des ictères infectieux (1), par le professeur Noël FIESSINGER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker.

Les faits décrits dans cet opuscule montrent le changement que doit subir la thérapeutique d'un ictère infectieux. Cette thérapeutique doit s'adapter aux conditions de l'évolution clinique. Il n'y a pas plus de règle absolue dans ce cas que dans toutes les autres circonstances de la thérapeutique. Qui dit thérapeutique, entrevoit application à la clinique. Or, c'est là que réside la difficulté. Le traitement qui convient à un cas ne convient pas à un autre. Au médecin de fixer lui-même les directives de son action. En règle générale, dans l'ictère infectieux, le traitement peut se résumer en trois principes :

1° Traiter l'infection d'une manière utile sans nuire au parenchyme hépatique et non plus au parenchyme rénal ;

2° Stimuler ou suppléer la fonction hépatique, sans activer l'infection ;

3° Maintenir surtout en bon équilibre l'état général en soutenant le dynamisme cardiaque.

Pour répondre à chacun de ces principes, l'auteur a étudié les différents actes thérapeutiques possibles et utiles. Un juste discernement basé sur l'expérience du fait particulier guidera dans un choix judicieux qui aidera, sans troubler jamais, la réaction de défense de l'organisme et de l'organe. L. G.

(1) Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ». Grand in-8 de 60 pages avec 12 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

DOME PLEURAL

DEFINITION.

Le dôme pleural est la partie la plus élevée de la plèvre pariétale. A ce niveau la plèvre costale se réfléchit sur le sommet du poumon, pour devenir, sur sa face interne, la plèvre médiastine.

SITUATION.

Le dôme pleural fait hernie dans l'orifice supérieur du thorax, limité :

En avant, clavicule, première côte.

En dehors, première côte.

En arrière, col de la première côte et apophyses transverses.

En dedans, trachée et œsophage.

Il remonte à :

— 2 ou 3 cm. au-dessus de la partie antérieure, de la première côte.

— A un ou deux cm. au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule.

Il forme le plancher de la région intervertébro-scalénique.

Il est situé par conséquent dans une zone intermédiaire à la région cervicale, à la racine du membre supérieur, et au médiastin.

Il doit, à cette situation dans une zone de passage, la complexité de ses rapports avec les vaisseaux et les nerfs qui entrent ou qui sortent de ces régions.

Au point de vue chirurgical, la notion de dôme pleural est plus large, et comprend tout le cul-de-sac de la plèvre qui s'applique à la face profonde de la plèvre des 3 premiers espaces (Bernou et Fruchaud).

Son intérêt chirurgical a grandi ces dernières années au fur et à mesure que se sont précisées les indications et les techniques de la thoracoplastie partielle du sommet et que se sont multipliées les interventions sur un organe important de voisinage : le ganglion stellaire.

MOYENS DE FIXITE.

Le dôme pleural est fixé par un certain nombre de faisceaux fibreux et musculaires, bien étudiés par Zuckerkandl et par Sebileau, et qui constituent *l'appareil suspenseur de la plèvre* (Sebileau) :

1° Ligament ou muscle transverso-pleural.

2° Ligament costo-pleural.

3° Ligament vertébro-pleural.

1° Le ligament ou muscle transverso-pleural. — Le plus superficiel. Pt. scalène de Winslow et d'Albinius.

Origine : tubercule antérieur de l'apophyse transverse de C7 et exceptionnellement de C6.

Trajet : oblique en bas et en dehors.

Terminaison : s'épanouit sur le versant antérieur du dôme pleural, et aussi parfois sur la première côte près du tubercule de Lisfranc.

Tantôt fibreux, plus souvent musculaire (Sebileau), d'où les noms suivants qui expliquent ses variations de terminaison et de nature : *ligament transverso-pleural, muscle transverso-pleural, muscle transverso-pleuro-costal.*

2° Ligament costo-pleural. — *Origine :* extrémité vertébrale de la première côte.

Trajet : oblique en bas et en avant.

Terminaison : 2 faisceaux :

Un faisceau costo-pleural interne (versant post. du dôme pleural) ;

Un faisceau costo-pleural externe (partie externe du dôme pleural près de la première côte et du scalène).

3° Ligament ou bandelette vertébro-pleurale. — *Origine :* corps vertébraux de C7 et D_1.

Trajet : en bas, en dehors, et en avant.

Terminaison : face interne du dôme pleural.

Cet appareil suspenseur de la plèvre est nié par certains auteurs (Bernou et Fruchaud) qui disent que c'est un artifice de préparation. De fait, opératoirement, le dôme pleural se laisse facilement attirer vers le bas, lorsque l'on suit le plan de clivage du fascia endothoracique et que l'on décolle la première côte.

RAPPORTS.

Le dôme pleural forme le plancher de la base du cou, ou mieux de la région interscaléno-vertébrale.

Il présente donc des rapports :

1° Avec les parois de cette loge ;

2° Avec les organes qu'elle contient.

Etudier successivement ces deux sortes de rapports.

Loge intervertébro-scalénique

Schématiquement tronc de cône à base inférieure ouvert en haut vers les régions sus-claviculaires et sterno-cl-mast.

4 faces : postérieure, externe, interne, antérieure.

a) *Paroi postérieure.* — Partie postérieure de la première côte et première articulation costo-vertébrale postérieure.

Apophyse transverse de C7 et C6 (Tub. de Chassaignac). Sur ce plan osseux se disposent des muscles :

— 2 derniers muscles intertransversaires antérieurs ;

— Le premier muscle intercostal ; en dedans, le fuseau de la portion interne du long du cou, oblique en dedans et en bas.

Recouvrant le tout : *l'aponévrose pré-vertébrale.*

b) *Paroi externe.* — Partie externe de la première côte. (Blessure possible pleuro-pulmonaire lors de fracture de première côte.)

Tubercule de Lisfranc (Sulcus subclaviae).

Complétant cette paroi vers le haut, deux groupes de muscles :

a) En arrière : Le Sc. postérieur et Sc. moyen.

Origines : tubercules post. des 3 dernières (SP.) ; tubercules post. des 6 dernières (SM.).

Direction : oblique en bas et en dehors.

Terminaison : partie postérieure 1re et 2e côtes.

b) *En avant :* le scalène antérieur.

Origine : Tub. antérieur des III, IV, V, VIe apoph. transverses.

Direction : oblique en bas, en dehors et en avant.

Scalène antérieur et portion interne du long du cou sont divergents.

Leur insertion commune sur le tub. ant. de l'apophyse transverse de la 6e vertèbre ferme vers le haut la région.

Terminaison : Tub. de Lisfranc.

La paroi externe n'est pas continue :

— Entre Sc. moyen et Sc. antérieur : la fente interscalénique (Plexus brachial et artère sous-clavière) ;

— Entre Scalène ant. et sterno-cléido-mastoïdien : fente scalénique (Veine sous-clavière).

c) *Paroi interne :* D'arrière en avant :

1° Saillie des corps vertébraux (de C6 à D1).

2° Œsophage.

3° Trachée.

4° Tissu cell. prétrachéal (Ganglions).

d) *Paroi antérieure.* — Voie d'accès principale sur la région :

— Peau tissu cell. sous-cutané.

— Plan du Sc. moyen et de l'aponévrose cervicale superficielle.

— Plan de l'omo-hyoïdien et de l'aponévrose cervicale moyenne.

(A suivre.)

ANDRÉ GOUMAIN,
Interne des hôpitaux de Bordeaux.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


ANGIOXYL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 2 à 3 cuill. à dessert par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Asirop
Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24
R.C. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

N° 66. — MERCREDI 19 AOUT 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — La médaille d'or du prix de l'internat 1936 a été décernée, après concours, à M. Darmaillacq, pour la section de chirurgie.

MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira le lundi 12 octobre 1936, à 9 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour le recrutement de douze élèves internes en médecine et en chirurgie. La liste d'inscription sera close le 28 septembre à 18 heures.

Un concours s'ouvrira le lundi 19 octobre 1936, à 9 heures du matin, dans les locaux de l'annexe de la Faculté de médecine, rue Auguste-Blanqui, n° 92, pour le recrutement de trente-cinq élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Marseille. La liste d'inscription sera close le 5 octobre 1936, à 18 heures.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de l'administration des hôpitaux et hospices civils, 9, rue Lafon, à Marseille.

NANCY. — Le concours de l'internat en médecine aura lieu le 19 octobre 1936.

Le concours de l'externat le 23 octobre 1936.

ROUEN. — Un concours pour la nomination de 2 chirurgiens-adjoints des hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 19 novembre 1936, à l'Hospice-Général, à 16 h. 30.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'Hospice-Général, où ils pourront prendre connaissance du règlement détaillé; la liste sera close le 24 octobre 1936, à 18 heures. Passé ce délai aucune inscription ne sera admise.

— Un concours pour quatre places d'internes titulaires et une place d'interne provisoire en médecine, aura lieu le jeudi 12 novembre 1936. Les épreuves commenceront à 16 h. 30 à l'Hospice-Général, salle des séances.

Le registre d'inscription sera clos le 27 octobre 1936, à 18 heures au plus tard.

— Un concours pour l'attribution de trois places d'internes titulaires en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 26 novembre 1936. Les épreuves commenceront à 9 heures du matin, à l'Hospice-Général, salle des séances.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'Hospice-Général, au plus tard le mardi 10 novembre, à 18h. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

TOURS. — Le concours de l'internat en médecine aura lieu les 12 et 13 octobre 1936.

Le concours de l'externat les 19 et 20 octobre 1936.

Le concours de l'internat en pharmacie les 6 et 7 octobre 1936.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Brunet (de Marseille) et Chevrey (d'Orléans).

COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Louis Aubry (à St-Louis de la Réunion), Pierre Jouenne (à Dakar), Constant Ricou (à la Guadeloupe), Mme Magallon-Graineau (à Fort-de-France).

MARINE MARCHANDE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Profichet (au Havre).

ECONOMIE NATIONALE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Flayssac (à Treignac).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Mutations :

Médecins colonels. — M. Andrieu, médecin-chef de l'hôpital militaire d'Oran, est nommé directeur du service de santé de de la division d'Alger (service).

M. Cavarroc, de la place de Lyon et président de commission de réforme, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans et président de commission de réforme (service).

Médecin lieutenant-colonel. — M. Bovier-Lapierre, de la place de Lyon, est maintenu à la place de Lyon, désigné comme président de la commission de réforme.

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE ET DE LA GUERRE. — M. le médecin général Worms, au centre des hautes études militaires est nommé, à compter du 1er septembre 1936, directeur du service de santé de la 1re région, à Lille.

LA MÉDECINE SPORTIVE AUX JEUX OLYMPIQUES. — *Le Temps* annonce que le congrès international de médecine sportive, qui a eu lieu au début des Jeux olympiques, avait rassemblé un très grand nombre de médecins de tous pays. Européens, Américains, Sud-Américains, Egyptiens, Japonais et même Chinois formaient dans la salle actuelle du Reichstadt une assemblée fort imposante, telle qu'on en vit rarement pour un congrès médical spécialisé. Les Français étaient peu nombreux; mal informés par la presse médicale, les médecins sportifs français, en dehors du professeur Latarjet, venu au titre de président de l'Association internationale de la médecine sportive, étaient représentés par les docteurs Collet et Chailley-Bert, délégués par le Comité national des sports. (On nous permettra d'ajouter ici que si les médecins ont été « mal informés par la presse médicale » la faute en est au comité organisateur qui, à notre connaissance, n'a envoyé aucun programme aux journaux de médecine. Nous le déplorons, mais nous ne pouvons accepter la responsabilité de cette carence.)

Des communications faites en séances et des visites accomplies, il résulte qu'au point de vue organisation médicale de l'éducation physique surtout présportive et de la surveillance de l'enfance, les pays étrangers plus tard venus à ces questions ont fait un bond en avant formidable et rapide, ce qui n'a pas été le cas pour la France.

Une exposition d'appareils médicaux de contrôle sportif a montré de réels progrès dans cette matière avec des instruments que nous ignorons en France et qui ont le mérite d'être pratiques et à un prix abordable.

En marge du congrès, notons la prorogation des pouvoirs du bureau de l'Association internationale de la médecine sportive dont le président, le professeur Latarjet restera en fonctions jusqu'en 1937. Cette association a accordé son patronage au congrès médical sportif qui sera organisé à l'occasion de l'Exposition de 1937 par le Comité national des sports français et par sa commission médicale que préside le Dr Collet.

Les présidents du congrès qui se tiendra à Paris en 1937 seront les professeurs Carnot et Latarjet.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Un concours pour deux places de médecin chef du service des asiles publics d'aliénés de la Seine aura lieu le 12 octobre 1936. Clôture des inscriptions le 19 septembre 1936.

Le concours de l'internat des asiles de la Seine aura lieu le 22 octobre 1936. Clôture des inscriptions 28 août 1936.

1er Congrès autrichien de Roentgenologie. — Ce Congrès aura lieu à Vienne du 5 au 8 septembre 1936 sous la présidence du Professeur Robert Kienbock. Secrétariat, jusqu'au 1er septembre : Wien IX, Alserstrasse 4, Allgemeines Krankenhaus, Zentral-Rontgen-Institut.

VIe Congrès international d'urologie. — Ce Congrès aura lieu à Vienne du 9 au 12 septembre 1936 sous la présidence du Professeur Victor Blum.

Secrétariat : Doz. Dr Theodor Hryntschak, Wien I Rathaus Strasse 3.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'EXAMEN MÉDICAL DES CANDIDATS A LA NATURALISATION ET L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS

M. Maurice Mordagne, *délégué permanent de l'Association Corporative des Etudiants en médecine*, nous communique : « Le Comité de l'Association Corporative des Etudiants en médecine de Paris, après avoir étudié la communication faite le 28 juillet à l'Académie de Médecine par le docteur Jayle *sur la nécessité d'exiger un examen médical des candidats à la naturalisation*, constate que tous les membres de l'Académie ont approuvé ce projet sans réserve; M. Maurice Mordagne signale que l'Association Corporative, bien placée pour juger les valeurs différentes des étudiants étrangers, avait montré avant la guerre à M. Barthou, alors ministre de l'Instruction Publique, le danger qu'il y avait à donner des diplômes de docteur en médecine à des gens nullement assimilés au peuple français. Malheureusement, M. Barthou resta sourd aux avertissements réitérés de l'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris, et il fit voter la désastreuse loi de 1927 *qui ramena à trois ans la durée de séjour en France de dix ans* obligatoire jusqu'alors pour tout étranger aspirant au titre de citoyen français.

Lors de la campagne en faveur du vote des lois Armbruster et Nast en 1933 et 1935 contre les médecins étrangers, le Comité et son délégué permanent M. Mordagne ont approfondi la gravité des erreurs contenues dans la loi de 1927 sur les naturalisations, *d'où vient tout le mal actuel.* C'est pour atténuer ce mal que l'Association Corporative a demandé au Garde des Sceaux, en accord complet avec le Syndicat des Médecins de la Seine, que l'Administration de la Justice obtînt l'avis des syndicats médicaux pour chaque naturalisation de médecin et d'étudiant en médecine étranger.

Le docteur Jayle, président de la Commission de naturalisations du Syndicat des médecins de la Seine, a constaté après six mois de travail que les candidats à la naturalisation n'avaient subi qu'un examen médical sommaire, et souvent même n'en avaient subi aucun. C'est pourquoi il a déposé à l'Académie le vœu tendant à exiger que tous les postulants soient examinés au point de vue mental, radiologique, sérologique et clinique. Sur la proposition du président de l'Académie de Médecine, le professeur Hartmann, une Commission d'études de trois membres a été créée, et les professeurs Sergent, Tanon et Jules Renault ont été élus à l'unanimité avec mission de résoudre le problème posé par le docteur Jayle.

Le Comité de l'Association Corporative des Etudiants en médecine de Paris remercie l'Académie de Médecine et félicite le docteur Jayle. »

PREMIERE CLINIQUE CHIRURGICALE
DE L'INSTITUT DE MÉDECINE A ODESSA
Directeur-Professeur N. Sokolow

ANESTHÉSIE LOCALE des PROCESSUS PURULENTS dans la PRATIQUE de CONSULTATION HOSPITALIÈRE

par le docteur V. KOFMANN
Assistant de la Clinique

Jusqu'à présent l'anesthésie locale a été peu appliquée dans la chirurgie des processus purulents, à cause de la crainte de provoquer une dissémination du processus purulent, résultant d'une élévation de la pression dans les tissus.

Si, dans la grande chirurgie, l'emploi de l'anesthésie locale est infiniment préférable à la narcose, ces avantages se font encore plus valoir dans les opérations des processus purulents.

En effet, dans la plupart des cas, le traitement des processus purulents se passe dans les consultations où parfois les conditions pour la narcose générale ne sont aucunement admissibles, ou du moins entravent le fonctionnement de la consultation.

Notre expérience personnelle, obtenue grâce à notre travail à l'ambulance, où depuis 1932 nous nous sommes servis pour tous les processus purulents de l'anesthésie locale infiltrée, n'a donné que de bons résultats (voir *Gazette Médicale Soviétique*, l'an 1933, n° 20).

La question de l'anesthésie locale infiltrée, appliquée dans les processus purulents, est très discutée actuellement.

W. Usadel, se basant sur des faits cliniques et expérimentaux, recommande instamment l'emploi de l'anesthésie locale infiltrée. Il affirme que sur plus de mille cas aucune complication ne fut constatée. Dans le même temps, au 58e Congrès de la Société Allemande de Chirurgie (septembre 1934), le Prof. Lexer, dans son rapport sur le traitement des infections purulentes, tout en énumérant les erreurs commises par les chirurgiens durant le traitement des processus purulents, dit : « Je mets au nombre des erreurs l'emploi de l'hémostase d'après Esmarch dans les opérations de tous les processus inflammatoires. Je rejette l'emploi de l'anesthésie locale infiltrée, non seulement directement dans le domaine enflammé, mais aussi dans ses environs, car la pression des tissus peut faire rentrer l'exsudat infecté purulent dans les voies lymphatiques ».

Il est aussi à noter que Lexer, à ce même Congrès, n'admet pas l'application de l'anesthésie locale pour les mêmes raisons, qu'il nous donne dans son manuel sur la Chirurgie générale, publié en 1912 (p. 114).

Le prof. Rasoumowsky, s'en tenant au même point de vue, se prononce (Nouvelle Archive chirurgicale, vol. 32, livre 3-4, 1924, p. 594, — russe) d'une manière catégorique contre l'emploi de l'anesthésie locale dans les environs du foyer purulent, estimant que cette dernière pourrait empirer le cours du processus purulent et provoquer une infection purulente dans tout l'organisme.

Rasoumowsky ne se base point sur des observations personnelles, mais uniquement sur des suppositions aprioriques, et c'est pourquoi ces suppositions, ainsi que l'opinion de Lexer, ne peuvent être considérées comme suffisamment fondées.

Cependant, ces dernières années, nos idées sur la nature de la biologie de processus inflammatoire ont quelque peu changé et un nombre considérable d'observations cliniques nous amènent aussi à reviser cette question.

Ainsi, au dernier (5e) Congrès Chirurgical de toute l'Ukraine, la majorité des chirurgiens dans leur discussion sur les maladies inflammatoires de la main et des doigts, ont admis pour les processus purulents l'*anesthésie* infiltrée locale, mais l'employant seulement, quand il n'y a point d'infiltrat inflammatoire sur l'endroit où la solution anesthésique devrait être injectée.

Le Dr Gorbounow n'applique l'anesthésie selon Oberst qu'en cas d'absence de l'infiltrat inflammatoire sur la première phalange des doigts.

Le prof. Tcharougine ayant étudié chez différents chirurgiens les processus inflammatoires de la main et des doigts constate que c'est l'*anesthésie* qui a été le plus souvent employée, quant à la narcose générale elle fut adoptée uniquement dans les 3 % des cas.

Rosental et Unger se servent pour l'anesthésie locale des régions voisines du foyer, d'une spéciale solution anesthésiante-alcaline ; non seulement ils obtiennent une bonne *anesthésie*, mais cette dernière exerce aussi une favorable influence sur le cours du processus inflammatoire local.

Widakowits (citant Usadel) recommande un mélange de solution de novocaïne et de rivanol (en parties égales), afin de recevoir avec l'anesthésie la possibilité de prévenir la propagation de l'infection, qui pourrait se produire.

Woino-Jassinetzky se sert pour les processus purulents locaux d'une anesthésie infiltrée régionale et entoure le foyer purulent d'un cercle d'infiltration, composé de la solution anesthésique, injectée dans les limites des tissus sains.

Depuis les travaux de Fridrich (d'après Osten-Saken) nous savons que l'infection se trouve non seulement à la place du foyer inflammatoire, mais aussi dans les régions des tissus relativement éloignés, de sorte qu'en produisant *l'anesthésie* locale infiltrée dans les limites des soi-disant « tissus sains », les conditions pour la dissémination sont identiques à celles de notre méthode d'injection, où l'injection se fait directement dans le foyer purulent même.

Les *communications* du professeur Wischnewsky sur cette question présentent incontestablement une certaine valeur (voir Recueil « Trophique nerveuse en théorie et en pratique médicale », 1934, p. 5 et 23 — russe).

Pour le Professeur Wischnewsky l'anesthésie locale infiltrée donne la possibilité d'opérer les processus inflammatoires sans douleur. Elle n'attire point de complications mais, au contraire, améliore le cours du processus inflammatoire, l'abrège parfois et dispense le malade pendant la période postopérative des sensations douloureuses.

Wischnewsky, se basant sur les travaux de l'école

Spéransky, voit une explication du cours favorable des processus inflammatoires après l'application de l'anesthésie locale infiltrée, dans les changements du processus pathologique dans les tissus, ainsi que dans la formation des combinaisons pathologiques. L'anesthésie est envisagée comme un court « blocage de nerfs ».

Sans entrer en discussion sur la nature de la théorie donnée, on ne peut être d'accord avec le professeur Wischnewsky que sur le point, que l'injection d'une solution de novocaïne n'entrave aucunement le cours du procès inflammatoire, d'autant plus que tout en l'*anesthésiant* on soumet le malade à un juste traitement chirurgical. Pourtant les bons résultats obtenus peuvent dépendre non seulement de l'influence de l'anesthésie sur le système nerveux même, mais aussi de son influence sur l'état général des tissus du foyer inflammatoire. Pour bien le comprendre il est nécessaire de citer les données sur la caractéristique biologique du processus inflammatoire.

Les considérations d'ordre physico-chimiques, concernant le foyer purulent, nous semblent dignes d'attention. Dans la partie centrale du processus inflammatoire local, avec la formation des produits acides de décomposition, survient la ruine des éléments des tissus, ce qui produit une élévation de concentration des ions d'hydrogène, créant de la sorte une acidose locale.

En même temps a lieu une élévation de la pression osmotique avec une brusque augmentation vers le centre du foyer. Là, se forme une accumulation des sels de Calcium, dont la quantité est de 10 à 15 fois plus grande que dans les tissus environnants, ce qui provoque l'irritation de l'innervation para-sympathique des vaisseaux, ainsi qu'une hémostase consécutive (Zschan).

Il est intéressant de noter que le complètement des leucocytes et leur ruine graduelle, tout en attirant leur décomposition, délivre les sels de Calcium (Höbler) qui sont renfermés dans les noyaux et les granules du protoplasma.

De la quantité des sels de Calcium dépend la force de la pression osmotique dans le foyer, laquelle dans certains cas de maladies à staphylocoques monte jusqu'à 19 atmosphères (Rubinstein).

De la sorte, la force du processus inflammatoire se trouve en parallélisme avec la quantité de Calcium et avec l'acidité des tissus. Le processus de guérison, qui ramène les tissus à leur état normal, est suivi d'une diminution des sels de Calcium puis d'une augmentation des sels de Calcium, qui se trouvent en grande quantité dans le protoplasma des jeunes cellules du tissu conjonctif (Zschan). On remarque alors une baisse de la pression osmotique et une diminution de l'acidité dans les tissus.

Observant un même tableau du foyer inflammatoire au moment où l'on introduit à l'intérieur de ce foyer une solution de 1-2 % de novocaïne (préparée à l'eau distillée), on voit que l'influence de cette solution hypotonique réduit la pression à l'intérieur du foyer et que l'acidité, ainsi que la concentration des sels de Calcium, baissent.

Quant à la novocaïne, elle produit dans la région du foyer un abaissement d'excitation des tissus nerveux ; il est bien possible qu'elle produise sur le processus un certain effet spécifique et favorable, mais qui est à l'heure actuelle, encore peu défini (Spéransky, Spiess).

Le point capital est que, sous l'action de l'anesthésie, il est possible d'avoir recours à la chirurgie, sans causer de douleurs au malade.

Voici la *technique usuelle* de l'anesthésie locale infiltrée, que nous employons dans les processus purulents les plus fréquents.

Nous nous servons, comme règle, d'une solution de substances anesthésiques, relativement concentrées, particulièrement d'une solution de 0,5 % de cocaïne ou de 1/2 % de novocaïne, préparée à l'eau distillée.

En appliquant ce genre d'anesthésie, nous n'avons pas eu l'occasion d'observer les brusques modifications anatomiques dans les tissus notés par Opokine. L'œdème des tissus qui s'ensuit ne peut être aucunement placé au nombre de manifestations nocives, produites par l'anesthésie, car l'œdème disparaît généralement dans les 48 heures après l'anesthésie et n'est point accompagné de sensations subjectives.

Il n'est point désirable de joindre de l'adrénaline à la solution anesthésique car, selon Eskine, les vaisseaux des tissus enflammés, sous l'action de l'adrénaline, peuvent avoir une tendance à se dilater et amènent parfois une hémorrhagie plus forte.

Quand nous avons à faire de grandes interventions, nous tâchons de nous servir d'une anesthésie du type conducteur. Nous injectons de la novocaïne dans les voies correspondantes des troncs nerveux principaux, hors de l'infiltrat inflammatoire, ayant soin pendant l'injection de ne point percer avec l'aiguille les tissus infiltrés. En administrant l'injection dans les limites de l'infiltrat, nous tâchons toujours d'employer l'anesthésie de la manière suivante :

1. Directement dans la région purulente, où l'anesthésie pénètre aisément dans tous les recoins, en produisant rapidement et sûrement son effet à rendre indolore la région infiltrée.

2. Dans le cas, où la région purulente ne s'est pas encore accusée, on applique l'anesthésie en quantité suffisante à l'endroit où l'on se propose de faire les incisions, afin d'attirer une certaine tension dans les tissus et d'obtenir une insensibilité complète.

3. En piquant l'aiguille, avoir en vue la disposition anatomique, pour ne pas nuire aux formations isolées (ainsi que : gaine tendineuse, régions des articulations, etc.) et, par cette piqûre de l'aiguille, ne point provoquer d'infection dans les parties isolées, non infectées de l'organisme.

4. Introduire la solution à l'aide d'aiguilles aussi fines que possible, d'une manière extrêmement lente, en amenant l'infiltrat successivement à un degré de tension considérable.

5. Commencer l'injection par la partie de l'extrémité relativement la moins affectée par le processus purulent et la continuer en allant vers le centre du foyer.

Nous guidant sur les observations générales, ci-dessus indiquées, nous avons établi un schéma de

technique usuelle pour l'emploi de l'anesthésie infiltrée.

Commençons par la description de la technique pour les maladies de la main. Ce processus se rencontre dans notre pratique chirurgicale de consultation, environ dans les 25-35 % des cas (Metchaninow).

Quelle que soit l'étendue du processus purulent, on applique l'anesthésie (d'après Oberst) à la racine de la première phalange. La piqûre se fait à la surface dorsale des côtés latéraux, au milieu ou à la base de la première phalange du doigt.

Comme règle, la solution injectée dilate graduellement la peau au niveau de la première phalange. Au bout de dix minutes une insensibilité complète est obtenue. Cette anesthésie ne nécessite que de 4-6 centimètres cubes de solution. Ce serait une erreur d'injecter de la novocaïne à la surface palmaire de la phalange du doigt, ou bien d'introduire l'aiguille profondément jusqu'à l'os, car cette manière d'agir pourrait attirer une lésion à la gaine tendineuse, disposée sur la partie dorsale et ventrale du doigt.

Quand nous avons devant nous le cas le plus fréquent, un phlegmon palmaire sous-cutané, ou sous-aponévrotique, l'œdème se répand sur le dos de la main, et l'infiltrat prend possession de la première phalange de l'un des doigts ou de plusieurs. Nous anesthésions chaque doigt à part, en introduisant de la novocaïne identiquement comme pour le panaris.

Ainsi, quand deux doigts contigus sont déjà anesthésiés on pique l'aiguille dans la place interdigitale, en suivant rigoureusement la ligne médiane. L'aiguille avance dans la direction proximale, environ sur 3 centimètres, allant de la sorte parallèlement à l'espace interosseux des os métacarpiens.

Ce même procédé se répète successivement entre les autres doigts, à leurs premières phalanges. Généralement, quand on retire le piston de la seringue, on parvient à aspirer dans cette dernière la solution anesthésique mêlée de pus et de sang. En somme, ce genre d'anesthésie prend près de 25 centimètres cubes de solution.

En introduisant la solution anesthésique graduellement et lentement, ce n'est que la première piqûre qui est douloureuse. Les piqûres dans la partie moyenne de la paume de la main n'ont pas de raison d'être, vu que tout le processus inflammatoire se localise généralement dans la partie distale de la main. Au surplus, il est possible que cette infiltration gagne la gaine tendineuse palmaire, qui atteint habituellement dans la direction distale le niveau du milieu des os métacarpiens (Chevkounenko, Brouskine).

Ayant devant nous un phlegmon de la paume de la main, avec une profonde lésion des gaines tendineuses, on applique une anesthésie mixte conductrice infiltrée. En premier lieu on procède à une anesthésie superficielle de la surface palmaire de l'avant-bras, à la limite de son quart distal.

Au même endroit est anesthésié par des piqûres plus profondes (5 centimètres cubes) le tronc du nerf médian, près du bord du tendon du petit palmaire, qui est disposé entre ce tendon et le tendon du grand palmaire. Le nerf cubital est trouvé près du bord radial du muscle cubital antérieur.

Il est aussi bien d'introduire environ 5 centimètres cubes de solution anesthésique dans la région de l'artère radiale pour anesthésier le vaisseau même, ainsi que le rameau superficiel du nerf radial, qui passe dans une direction plus dorsale.

Il est bon de faire à ce même niveau encore 2-3 profondes piqûres jusqu'au ligament interosseux pour anesthésier le nerf interosseux palmaire.

Dans le tiers distal de la main on produit une anesthésie typique d'après le mode ci-dessus indiqué. Toute cette anesthésie mixte conductrice-infiltrée prend près de 60 centimètres cubes de solution anesthésique. Il est obligatoire d'attendre 15 minutes minimum pour obtenir une insensibilité complète, qui donne la possibilité de travailler librement à la surface palmaire de la main et de l'avant-bras. Dans de pareils cas, l'hémostase d'après Esmarch est à recommander pour faciliter le travail pendant l'opération.

Dans les cas de furoncle, l'anesthésie est appliquée fort rarement, car nous préférons attendre que le procès se résolve de lui-même.

Dans les cas d'anthrax, nous employons l'anesthésie, et injectons la solution anesthésique de quatre côtés, dans la base de l'anthrax. La solution anesthésique, sous l'action de la pression, doit chercher à se frayer un passage dans la région de l'anthrax pour en sortir par une multitude de petites voies.

Ces dernières sont disposées la plupart du temps dans la partie moyenne de l'anthrax, où habituellement la fonte des tissus a déjà eu lieu.

L'insensibilité complète est longue à venir et exige une quantité considérable d'anesthésique (200-300 centimètres cubes), car beaucoup de solution s'écoule à l'extérieur.

Tout de suite après les incisions, on introduit dans les lèvres de la plaie des tampons de marli, imbibées d'une solution hypertonique (10 % de chlorure de calcium). Comme règle, le premier pansement se fait le jour suivant. Généralement le pansement est imprégné de sang. L'application des tampons à la solution hypertonique immédiatement après les incisions présente toute une série d'avantages ; elle provoque un fort épanchement du liquide de la plaie (Trinkler, Gavrilow, Stark). Durant les 3 heures qui suivent l'opération les malades ne ressentent aucune douleur; plus tard ils accusent une sensation de brûlure qui dure jusqu'au lendemain. Quant aux sensations d'une certaine pression, qui accompagnent toujours les processus purulents de la main, elles disparaissent après l'opération.

Au premier pansement, la région que l'on avait anesthésiée est quelque peu œdémateuse. Dans le phlegmon de la main, l'œdème s'empare de la surface dorsale de la main et dure pendant deux jours.

Les 4-6 premiers jours, on panse la plaie à la solution hypertonique ; plus tard, on emploie seulement les pansements secs.

D'après nos statistiques recueillies à la Polyclinique de Kramachstroy, la durée de la cure en moyenne, après le panaris, se résume à 15 jours ; après un phlegmon sans complications à 18 jours.

Nous ne notons pas une grande différence entre les données de traitement que nous venons de citer avec celles que nous donnent Iselin, Maximow et Orlow et nous pouvons conclure que le cours de la maladie dans la période postopératoire ne se modifie point sous l'influence de l'anesthésie.

Actuellement nous nous servons de l'anesthésie infiltrée locale pour tous les processus purulents où nous n'avons pas de spéciales indications contraires, telles que : l'âge du malade ou sa demande personnelle. Dans les conditions du travail chirurgical dans une consultation, l'anesthésie locale pour les processus purulents est devenue pour nous une aide irremplaçable, qui facilite considérablement l'organisation d'un travail chirurgical régulier.

BIBLIOGRAPHIE

W. Usadel. Die örtliche Betäubung in entzündeten Geweben. Therapie der Gegenwart, 1934, n° 1. Archiv. f. klin. Chir. B. 167, 1931 (Kongressbericht). Archiv f. klin. Chir. 180, 1934 (Kongressbericht).

E. Lexer. Die Behandlung der pyrogenen Infektionen und ihre Folgen. Arch. f. klin. Chir. B. 180. S. 110. S. 191.

Gorbounow. *Travaux du 5e Congrès chirurgical de toute l'Ukraine.*

Tcharougine. *Travaux du 5e Congrès chirurgical de toute l'Ukraine.*

Osten-Saken. *Cours abrégé de la chirurgie militaire*, 1930, p. 85 (Russe).

A. Wichnewsky. Anesthésie locale, comme méthode d'étude et de thérapie des processus inflammatoires. *Recueil de trophique nerveuse en théorie et en pratique médicale*, 1934, p. 15 et 23 (Russe.) Bloc de la novocaïne du système nerveux, etc. *Médecine clinique*, vol. 12, 1934, p. 514 (Russe). *Œuvre médicale*, 1935, n° 1.

W. Rosenthal u. H. Unger. Zur Frage d. örtlichen Schmerzbetäubung. Deutsche Zahn-Mund-und Kieferheilkunde. Bd. I, H. 6. 1934.

Zschan. Arch. f. klin. Chir. 180. 1934.

D. Rubinstein. *Introduction dans la biologie physico-chimique*, p. 196 (Russe).

A. Opokine. *Manuel de Chirurgie générale*, p. 324 (Russe).

W. Chevkounenko, *Cours topografique sur l'anatomie.*

Maisonnet, *Petite Chirurgie*, 1134, p. 160.

Stark B. *Journal de la Chirurgie contemporaine*, 1928, n° 2, p. 463 (Russe).

Selene. Lésions et injections de la main, 1930.

Woyno-Jassinetsky. *Recueil de la Chirurgie purulente*, 1934, p. 7.

Rosoumosky. *Lettre à la rédaction de la nouvelle archive chirurgicale*, 1934, p. 594 (Russe).

Spiess. Münch. med. Wochenschr., 1906.

Metchaninov. *Travaux du 5e Congrès Chirurgical de toute l'Ukraine* (Russe).

Pchenitchnikov et Charitonov. Bloc de novocaïne dans les processus purulents aigus inflammatoires. *Journal Médical de Kasan*, 1934, n° 6, p. 564 (Russe).

V. Kofmann. Anesthésie locale infiltrée dans les processus purulents. *Journal Médical Soviétique*, 1933, n° 20 (Russe).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 JUIN 1936)

Etude anatomo-pathologique d'un cas de « néphrose lipoïdique » suivi pendant quatre ans. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Mauric, Laudat et Mlle Gauthier-Villars. Malade s'étant comportée pendant deux ans comme une néphrose lipoïdique pure : la constatation dans le culot urinaire de globules rouges avait permis de porter le diagnostic de « néphrite avec syndrome humoral de néphrose lipoïdique surajouté ». L'évolution confirme le diagnostic ; le syndrome de néphrose lipoïdique ayant régressé et la néphrite ayant évolué vers l'azotémie avec hypertension. Il s'est agi d'une néphrite avec syndrome humoral de néphrose lipoïdique transitoire.

Néphropathie tardive post-chimiothérapique. — MM. Tzanck, Klotz et Negreanu. Cette observation emprunte son intérêt du fait de son apparition tardive trois mois après la cessation d'un traitement bismuthique. Cette néphropathie rappelle les ictères de la chimiothérapie, pour lesquels les mêmes circonstances d'apparition sont plus communes.

Trois cas de kala-azar observés à plusieurs années d'intervalle dans la même famille. — MM. Giraud et Caillol (Marseille). Histoire de trois enfants de la même famille ayant commencé leur affection en 1929-1932-1936. Ces enfants habitent la banlieue dans une région broussailleuse infestée de tiques.

La contamination paraît s'être faite au printemps pour l'un d'eux en août ou septembre pour les deux autres, dates qui répondent au maximum d'activité des tiques.

Néphrite subaiguë d'origine saturnine. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Mauric, Seringe et Pedroso. Malade ayant présenté les symptômes d'une intoxication saturnine aiguë à la suite de l'absorption d'extrait de Saturne. Apparition d'une néphrite après des vomissements. Du point de vue urinaire, cette néphrite fut caractérisée par l'oligurie, l'albuminurie et la présence de globules rouges dans le culot. Du point de vue humoral, élévation du taux de l'urée, oscillations de l'azotémie, baisse du taux de la réserve alcaline. Adjonction à la néphrite des signes d'une atteinte hépatique légère.

Intoxication par l'aniline avec cyanose intense. — MM. Loeper, Soulié et Marchon. Intoxication par un vernis de chaussures à base d'aniline. Apparition rapide des signes toxiques et de la cyanose, laquelle devint rapidement intense avec un minimum de troubles fonctionnels, quelques algies et de la céphalée. A l'examen des urines : méthémo-globinurie et présence du paramidophénol. Rétrocession rapide après inhalation d'oxygène.

Ces accidents dus à l'intoxication par l'aniline ont été couramment observés par Milian, Flandrin, Brûlé.

Diagnostic de la maladie de Hodgkin par ponction des ganglions. — MM. P. Emile-Weil, Isch-Wall et Mme Suzanne Perlès. Résultats satisfaisants de la ponction ganglionnaire dans la lymphogranulomatose maligne. Cette ponction apporte avec les éléments nécessaires au diagnostic de Hodgkin, la possibilité d'une étude suivie de la maladie ainsi qu'un contrôle rapide et continu du traitement

institué. Pour le Dr Weill, la ponction permet d'étudier plusieurs ganglions à des stades différents. Elle donne de meilleurs résultats que la biopsie.

Tuberculose multiganglionnaire au cours d'une phtisie cavitaire stationnaire. — M. BENDA. Observation permettant de retenir la double notion d'un processus cavitaire ancien et d'une atteinte multiganglionnaire surajoutée récente. L'auteur admet que cette atteinte ganglionnaire s'est constituée sous l'influence d'une décharge de quelques produits pathogènes, contenus dans la caverne. Cette hypothèse cadre avec la clinique et les recherches de laboratoire.

Coma diabétique et cure salicylée. — MM. RATHERY, PAUTRAT et BARGETON. Une malade diabétique atteinte de rhumatisme articulaire aigu, fit un coma acidosique typique sous l'influence d'une dose minime de salophène associé au bicarbonate de soude. La même malade traitée par l'insuline supporta fort bien le salicylate de soude. Les auteurs estiment qu'en cas de diabète consomptif, il ne faut donner le salicylate de soude, même associé au bicarbonate, qu'avec un traitement insulinien suffisant.

Angiospasme cérébral. — MM. GERMAIN et MORVAN. Un cas d'hémiparésie droite transitoire, avec dysarthrie et troubles intellectuels, par spasme des artérioles corticales de la région sylvienne gauche, au cours d'une pleuro-congestion chez un adulte, jeune, fumeur, hypotendu habituel, sujet à de fréquentes crises angineuses.

Paralysies faciales au cours d'une néphrite chronique. — MM. MERKLEN et ISRAËL. Femme 35 ans atteinte de néphrite chronique avec azotémie et hypertension. Troubles digestifs marqués ; épistaxis, suintements gingivaux, pertes utérines, survenue de 2 paralysies faciales à type périphérique. La paralysie gauche dura 20 jours et guérit. La paralysie droite donna lieu à trois poussées. Cette évolution s'accorde avec l'idée d'hémorragies intra-fibreuses qui lèsent le facial.

Botulisme d'origine alimentaire. — M. M. MAY rapporte une épidémie de trois cas de botulisme.

Réticulo-endothéliome du poumon. — MM. DALOUS et FAVRE. Un cas diagnostiqué par la biopsie.

(SÉANCE DU 19 JUIN 1936)

Ictères médiats de la chimiothérapie. — MM. TZANCK, LAGANI et BACHMAN séparent du groupe des ictères de la chimiothérapie une variété particulière qu'ils désignent sous le nom d'*ictère médiat*.

Ce dernier se caractérise par les complications sanguines (purpura); cutanées (rash, urticaire); rénales, articulaires, nerveuses, qui font de lui un simple élément dans un syndrome plus complet.

Intolérance rénale familiale. — MM. TZANCK, SIDI et NEGREANU. Deux cas d'intolérance familiale à une même substance (le mercure) et localisés à un même organe : le rein.

1er cas. — Homme pour une syphilis reconnue, reçoit des injections d'oxycyanure. Apparition d'accidents à l'occasion de ce traitement (phénomènes méningés, albuminurie). La suppression de tout traitement amène la guérison.

2e cas. — Enfant du malade précédent. A l'âge de 5 mois, cet enfant fait des hématuries à la suite de frictions mercurielles, et à l'âge de 4 ans, nouvelle hématurie à la suite de l'application d'une pommade à l'oxyde jaune de mercure. Donc, néphropathies familiales dues au mercure.

Anémie grave avec neutropénie et syndrome hémorragique après chrysothérapie. — MM. WEISSENBACH, MARTINEAU, BROCARD et MALINSKY. M. Weissenbach signale la difficulté de prévoir les accidents graves dans ce cas. Au cours du traitement des rhumatismes, les dits accidents sont fréquemment cachés au début par le malade lui-même pour éviter l'arrêt du traitement.

M. TZANCK a observé un cas de purpura hémorragique secondaire à un traitement par les sels d'or mal surveillés. Même observation faite par M. Justin Bezançon.

Kystes aériens multiples et volumineux du poumon chez un vieillard. — MM. LECHELLE, THEVENARD et MIGNOT. Pièce provenant d'un homme de 70 ans, dont l'histoire clinique fut celle d'un athéromateux avec gangrène des membres inférieurs et crises douloureuses thoraciques. A l'examen radiologique, clarté anormale des deux bases pulmonaires, lesquelles étaient transformées en kystes aériens volumineux.

Tuberculose multiganglionnaire de l'adulte. — M. E. BERNARD. Femme de 21 ans présentant une tuberculose mixte multiganglionnaire et pulmonaire. Il ne s'agissait pas de primo-infection.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 JUIN 1936)

Sur le pouvoir hémolytique des extraits de divers organes. — MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, N. KOSSOVITCH et S. ISHII. 1° Le pancréas, l'estomac et le duodénum possèdent une substance hémolysante pour les globules rouges de Mouton, de Lapin et de Cobaye ; 2° c'est l'extrait de pancréas qui a le pouvoir hémolytique le plus constant et le plus élevé ; 3° pour l'estomac, la substance hémolysante se trouve surtout dans la région du cardia ; 4° l'alcool détruit la substance hémolytique contenue dans le pancréas.

Aptitude négrigène du virus fixe de Sassari. — M. P. LÉPINE et Mlle V. SAUTER ont procédé à l'étude histopathologique des lésions causées par le virus rabique de Sassari. Ce virus fixe, entretenu depuis 36 ans, présente l'aptitude à former des corps de Negri d'un virus des rues, et se comporte, bien qu'il ait subi plus de 1.700 passages, comme un virus non mutable, constatation encore plus frappante si l'on se rappelle que le virus de Sassari ne serait autre que le virus fixe de Paris, introduit à Sassari en 1900, et dont la virulence a augmenté en 25 passages pour se maintenir depuis. Il y aurait donc eu retour en arrière de la souche de Paris, qui, isolée en 1882 et fixée en 1884, avait vraisemblablement déjà perdu en 1900 la presque totalité de son pouvoir négrigène.

Sur la répartition des nouveaux groupes de pneumocoques (G. Cooper), chez des malades de la région parisienne. — M. J. POCHON. Cinquante-trois souches ont été isolées de novembre 1933 à avril 1936, et ont été étudiées au point de vue de leur type et de leur virulence. Il a été trouvé 30 p. 100 de germes du groupe I, 5 p. 100 du II, 13 p. 100 du III et 52 p. 100 de germes des groupes IV à XXXII. Certains de ces germes de l'ancien groupe sont franchement virulents pour la souris et le lapin et sont, chez l'homme, à l'origine des pneumococcies graves. Leur fréquence actuelle est une nouvelle difficulté dans l'application de la sérothérapie antipneumococcique.

Recherches sur l'existence d'une action toxique à distance produite par des bacilles tuberculeux enfermés dans des sacs de collodion dans le péritoine du lapin. — M. E. LOUKIDIS. Aucune substance toxique ne passe à travers les parois de sacs de collodion enfermés dans le péritoine de lapins et contenant 5 mgr. de bacille tuberculeux vivants du type humain ou aviaire, ou atypiques, suspendus dans 2 cc. d'eau physiologique. Le seul signe révélateur du passage d'une substance spécifique quelconque à travers les parois des sacs est constitué par une lymphocytose légère et passagère.

Influence du régime alimentaire sur la sensibilité du lapin à la séro-anaphylaxie. — MM. P. et A. GIROUD, après avoir montré le pouvoir de l'acide ascorbique dans la prévention des accidents de la séro-anaphylaxie du lapin, démontrent l'importance des régimes dans cette expérimentation. 37 lapins ont été soumis soit à des régimes privés de verdure, soit à des régimes riches en cet élément : 15 animaux sur 23 au régime sans verdure meurent de choc au moment de l'épreuve ; un animal seulement sur 14 au régime riche en verdure meurt 20 heures après l'injection déchaînante. La sensibilité du lapin apparaît ainsi nettement fonction de son alimentation.

Sur la teneur en cuivre et en fer du sang des enfants anémiques. — MM. E. LESNÉ, P. ZIZINE et BRISKAS ont dosé dans le sang des enfants anémiques, le cuivre par la méthode au diéthyldithiocarbamate de sodium, et le fer par la méthode à l'alloxantine, et ont trouvé une élévation du cuivre sanguin au cours des anémies et une diminution du fer et de l'hémoglobine ainsi que du nombre des hématies. Ceci est d'autant plus marqué que l'anémie est plus sévère.

Au fur et à mesure que l'état du malade s'amende, on voit augmenter le nombre des hématies, ainsi que le taux du fer et de l'hémoglobine, tandis que la teneur en cuivre diminue.

(SÉANCE DU 13 JUIN 1936)

Ultrafiltration et dimensions des virus de la fièvre aphteuse et de la stomatite vésiculeuse. — MM. LEVADITI, PAIC, Mlles KRASSNOFF et VOET. Les points terminaux de l'ultrafiltration pour le virus de la fièvre aphteuse et pour l'ultragerme de la stomatite vésiculeuse sont, respectivement, de 0,01 et de 0,12. Les dimensions sont de 0,003 et de 0,005 pour la fièvre aphteuse et de 0,06 à 0,09 pour la stomatite vésiculeuse. Les différences de taille relevées par la méthode d'Elford entre les deux germes sont très vraisemblables, attendu que les conditions expérimentales ont été choisies de manière à éliminer les facteurs qui peuvent fausser les calculs.

Nouvelles recherches sur l'immunité antistaphylococcique naturellement acquise chez le cobaye. — MM. G. RAMON, R. RICHOU et M. DJOURICHITCH. Chez les cobayes qui, jusque-là, n'avaient pu acquérir l'immunité antistaphylococcique naturelle, celle-ci se développe très rapidement, lorsque ces animaux sont placés dans des conditions favorables. Ces expériences soulignent l'influence des conditions de vie des cobayes et font prévoir dès maintenant le rôle de la contagion dans l'acquisition de l'immunité antistaphylococcique naturelle.

Sur la présence de staphylocoques toxigènes et d'antitoxine staphylococcique chez le cobaye neuf. — M. MILOUTINE-DJOURICHITCH. On peut mettre en évidence, chez certains cobayes neufs, à la fois des staphylocoques toxigènes (dans la gorge) et de l'antitoxine spécifique dans le sang, ce qui éveille l'idée d'une relation entre la présence du staphylocoque et l'apparition de l'immunité spécifique chez ces animaux.

Du rôle de l'infection staphylococcique et de la contagion dans l'acquisition de l'immunité antitoxique spécifique. Démonstration expérimentale. — MM. G. RAMON, M. DJOURICHITCH et R. RICHOU. Le cobaye est capable de répondre par la production d'antitoxine spécifique à l'infection staphylococcique à laquelle il est soumis artificiellement, mais dans des conditions se rapprochant de l'infection naturelle. Ainsi se trouve démontré le rôle primordial de l'infection occulte dans le développement de l'immunité antitoxique naturelle.

Action du para-aminophénylsulfamide sur les moisissures. — MM. E. FOURNEAU, J. et Mme J. TRÉFOUËL, F. NITTI et D. BOVET. Le p-aminophénylsulfamide, 1162 F., exerce *in vitro* une action empêchante sur le développement des moisissures. L'action empêchante est en rapport étroit avec la constitution de la molécule et varie parallèlement avec l'action dans l'infection streptococcique. Cette toxicité très particulière pour la cellule végétale, contraste singulièrement avec son innocuité pour la cellule animale.

Absence d'immunité antidiphtérique d'origine naturelle dans un effectif chez le cheval. — MM. E. LEMÉTAYER et de DIETRICH. Alors qu'il est de notion courante que le cheval présente fréquemment une immunité antidiphtérique d'origine naturelle, MM. E. Lemétayer et de Diétrich n'ont enregistré aucune trace de cette immunité sur les chevaux d'un effectif. Ce manque d'immunité trouve son explication, non dans l'absence du bacille de Loeffler, mais dans les conditions particulières d'existence de ces animaux qui vivent au grand air et très isolés des autres chevaux ; cette constatation souligne une fois de plus l'importance des conditions de vie comme facteur épidémiologique en général.

Négrigénèse cornéenne et régénérescence épithéliale. — MM. C. LEVADITI et R. SCHOEN. Les épithéliums cornéens régénérés à la suite de leur destruction préalable, sont parfaitement aptes à la négrigénèse, quelle que soit la voie d'introduction du virus rabique. Ils se comportent donc comme lorsqu'ils se régénèrent après l'inoculation cornéenne du virus vaccinal. Les auteurs ont vu des corps de Negri dans les épithéliums cornéens en voie de mitose, ce qui prouve que la contamination rabique de certaines cellules réceptives n'entrave pas la caryocinèse. Ils insistent encore sur le fait que la négrigénèse ne déclenche pas, dans les épithéliums cornéens et dans les éléments néoplasiques, d'altérations dégénératives, et qu'il en est de même, à peu de choses près, de certains neurones encéphaliques, tels ceux de la corne d'Ammon et de l'hippocampe. L'évolution du virus rabique vers sa phase visible, représentée par les corps de Negri, exige donc une certaine intégrité des cellules lui servant de milieu de culture.

Etude piézographique du tonus musculaire de l'homme. — M. Fernand LÉVY. L'étude des tracés montre : 1° pendant le relâchement musculaire, une ligne horizontale uniforme ; 2° dans le cours de la contraction, une courbe ascendante, puis descendante, accidentée de-ci de-là par des sinuosités irrégulières (tonus cinétique); 3° pendant la contraction statique, une ligne horizontale entrecoupée par les mêmes sinuosités (tonus statique). Ces soulèvements qui déforment les courbes ou les lignes du tracé, représentent le tonus. D'où les conclusions suivantes :

a) Le tonus n'existe pas en dehors de la contraction musculaire ; b) le tonus réalise le tremblement physiologi-

que et est l'image en miniature du tremblement pathologique ; c) le tremblement comme le tonus n'existe pas en dehors de la contraction musculaire ; d) le tonus comme la contraction musculaire, relève du système nerveux de la vie de relation, mais est réglé par le système végétatif; e) il est la force d'association contractile, en variation constante, qui détermine et maintient un ensemble de contractions musculaires.

M. L. LAPICQUE. Il n'y a pas lieu de distinguer le tonus de la contraction : ce que nous montre M. F. Lévy n'est que de la contraction.

M. F. LÉVY demande ce que l'on appelle le tonus.

M. L. LAPICQUE. Personne ne peut actuellement donner du tonus une définition satisfaisante.

De la production de sérums cyto-toxiques au moyen de cellules enrobées dans la lanoline. — M. Ph. PAGNIEZ a tenté d'appliquer à l'étude des cyto-toxines la méthode (G. Ramon) par laquelle on renforce l'action immunisante des antigènes en les injectant mélangés à une certaine quantité de lanoline.

Il a choisi le sérum anti-plaquette comme test d'étude et préparé des cobayes en leur injectant des plaquettes de lapins enrobées dans des mélanges d'huile et de lanoline. Les animaux ainsi préparés fournissent un sérum anti-plaquette infiniment plus actif que celui que donnent les cobayes témoins injectés avec les plaquettes pures. Une seule injection peut même, dans ces conditions, suffire pour obtenir un sérum anti-plaquette assez actif pour faire disparaître totalement les plaquettes du sang du lapin et supprimer la rétractilité du caillot et pour provoquer l'apparition de purpura.

L'influence de la thyroxine sur la traversée du galactose en expérimentation et en clinique. — MM. Noël FIESSINGER et Marcel NAVILLE montrent, en s'appuyant sur des données expérimentales, d'une part chez le chien, d'autre part chez l'homme, que la thyroxine dans l'intoxication courte provoque un affaissement de la courbe galactosémique et une diminution de l'élimination urinaire, sauf chez les sujets qui présentent une altération hépatique grave où l'on observe une augmentation de la galactosurie. Dans l'intoxication prolongée, on constate un obstacle à la fixation du galactose et une élévation de la galactosurie.

Ces constatations montrent la part que peuvent jouer les tissus dans le métabolisme du galactose, sans permettre d'exclure une participation hépatique. Elles font comprendre les anomalies de la traversée du glucose chez les basedowiens, puisque la traversée de la moins métabolisable des hexoses, le galactose, peut être influencée par la thyroxine.

Le champ d'action de l'hypophyse par neurocrinie. — MM. G. ROUSSY et MOSINGER précisent les formations nerveuses dans lesquelles est déversée la colloïde hypophysaire. Dans les conditions habituelles d'observation, celle-ci se voit presque exclusivement dans certains noyaux végétatifs de l'hypothalamus antérieur : noyau de l'infundibulum, noyau tangentiel, noyau paraventriculaire ; substance grise fondamentale. Mais au cours de l'hyperneurocrinie expérimentale, la colloïde hypophysaire se rencontre dans des territoires beaucoup plus étendus : hypothalamus postérieur, zones latérales de l'hypothalamus, pédoncule inféro-interne du thalamus, subthalamus, pilier antérieur du trigone.

Ainsi, par neurocrinie (mécanisme hormono-neural des auteurs), l'hypophyse peut influencer : *a*) ses propres centres excito-sécrétoires ; *b*) les centres neuro-végétatifs de l'hypothalamus antérieur et de l'hypothalamus postérieur ; *c*) les centres neuro-végétatifs du thalamus ; *d*) les formations motrices extrapyramidales du subthalamus ; *e*) les formations végétatives de la zone parolfactive. Ces données mettent, de plus, en évidence, la tendance de la colloïde hypophysaire à cheminer le long des faisceaux nerveux. Il s'agit là, d'après les auteurs, d'un phénomène appartenant au cadre général de neuroprobasie de Levaditi.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1936)

Trois cas de sacrum horizontal. — M. André TRÈVES fait un rapport sur un travail de M. G. Vidal-Naquet (de Paris). Celui-ci communique trois observations de sacrum horizontal, dont deux sont primitives et la troisième probablement secondaire à une arthrite chronique bilatérale des hanches. Il s'agit d'une affection nettement distincte du spondylolisthésis, car les rapports entre les apophyses articulaires de la 5e lombaire et du sacrum sont conservés. La lésion siège au niveau des articulations sacro-iliaques, dont l'aspect anormal est visible sur les radiographies. Le meilleur traitement pour supprimer les douleurs consiste dans l'arthrodèse sacro-iliaque bilatérale. Dans l'observation où les hanches sont atteintes primitivement, l'auteur se propose d'effectuer au préalable le forage des cols fémoraux, qui peut améliorer la statique du bassin.

Un cas de faux kyste du pancréas. — M. René BONAMY communique l'observation d'une femme qui fut soignée et opérée pour des symptômes abdominaux graves que l'on mit sous la dépendance successivement d'une appendicite aiguë, puis d'un fibrome compliqué de salpingo-ovarite pour lesquels on fit une hystérectomie. Cependant, elle continua à souffrir de l'estomac. Au bout d'un mois les symptômes s'aggravèrent et on constata une volumineuse voussure sus-ombilicale kystique. L'opération montra la présence d'un énorme kyste dont le liquide contenait de la lipase et de la trypsine. Ce pseudo-kyste était la conséquence d'une chute grave, faite dans un escalier, trois ans auparavant, et ayant produit un hématome de l'arrière-cavité des épiploons. La fistule consécutive à l'opération mit cinq mois à se fermer.

Deux cas de faux kystes du pancréas. — M. G. LUQUET communique les observations de deux malades atteints de faux kystes du pancréas. Chez l'un on trouvait, comme antécédent, un traumatisme de l'épigastre ayant nécessité une intervention d'urgence pour lésions du pancréas. Chez l'autre, aucun antécédent n'a pu être décelé. Les deux malades ont été traités par résection partielle et marsupialisation. Le premier a cicatrisé en un mois environ, tandis que le second a mis un an à fermer sa fistule. Comme les liquides examinés ne présentaient aucune trace de présence de sucs pancréatiques, l'auteur regrette que les kystes n'aient pas été enlevés, en ne laissant que la zone d'adhérence intime à la face antérieure du pancréas.

Quatre observations d'abcès du poumon. — M. Jean LANOS communique quatre observations qui, pense-t-il, peuvent servir à caractériser quatre formes anatomo-cliniques différentes de cette maladie. Après avoir précisé la définition de l'abcès pulmonaire (en dehors de la tuberculose), en éliminant les dilatations bronchiques compliquées de suppuration, les abcès « éponge » qui abcèdent tout un lobe, les suppurations de l'interlobe dont le diagnostic avec l'abcès du parenchyme pulmonaire est parfois impossible cliniquement et même sur des radiographies, il étudie ces quatre cas personnels.

Le premier cas a guéri très simplement par la compression extra-pleurale faite comme premier temps et qui fut suffisante. Le second cas a guéri aussi assez rapidement par incision et drainage ; mais ce cas soulève le problème du diagnostic entre abcès pulmonaire et pleurésie interlobaire. Dans le troisième cas, deux abcès se produisirent successivement : un dans le lobe inférieur, l'autre dans le lobe supérieur du poumon droit. Ces deux abcès furent ouverts et drainés ; mais les suites furent compliquées par l'apparition de tuberculose pulmonaire avec bacilles de Koch dans les crachats. Le quatrième cas, abcès bien collecté du lobe inférieur droit, a guéri par pneumotomie et drainage.

L'auteur insiste sur la nécessité du repérage exact de l'abcès à la radioscopie, en présence du chirurgien, dans la position opératoire.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel pratique d'anesthésie chirurgicale (1), par J. Maisonnet, ancien professeur au Val-de-Grâce.

Au moment où le grave problème de l'anesthésie est à nouveau à l'étude, à l'époque où, à juste titre, les chirurgiens réclament l'existence d'anesthésistes avertis, le prof. Maisonnet publie un excellent *Manuel pratique d'anesthésie chirurgicale*, qui rendra les plus grands services, non seulement à ceux qui ont la lourde mission de pratiquer une anesthésie, mais encore à ceux qui la subissent.

Sans rien négliger des progrès réalisés dans le domaine de la physiologie ou dans le mode d'administration des anesthésiques, tels que l'anesthésie de base, le carbogène, etc., le prof. Maisonnet envisage successivement : les anesthésies générales avec leurs différentes variétés, les anesthésies locales et régionales, les anesthésies rachidienne et épidurale, l'anesthésie en spécialités (obstétrique, urologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie).

Après avoir signalé les méthodes et les procédés encore à l'étude, il décrit avec minutie, pour chacun des procédés d'anesthésie, les indications, les produits utilisés, leurs effets, leur mode d'administration, en faisant une large part aux accidents qu'ils peuvent provoquer et aux moyens de les éviter ou de les traiter.

De très nombreuses figures facilitent la description des appareils utilisables, en précisant la technique des différentes anesthésies.

Le lecteur appréciera la clarté et la méthode de ce livre, très documenté. Tous ceux qui sont appelés à donner une anesthésie, médecins, étudiants, infirmières, trouveront dans ce manuel, non seulement les indications et la technique détaillée de chacun des procédés d'anesthésie, mais encore les notions qui, grâce aux progrès réalisés, permettent, pour le plus grand bien des malades, de diminuer les risques de la narcose.

A ce titre, le livre du prof. Maisonnet est appelé à un légitime succès.

L. G.

Les Spécialités Pharmaceutiques Médicales (2)

Ce Dictionnaire est édité par la Chambre Syndicale des Fabricants de Produits Pharmaceutiques Médicaux, 27, rue du Cherche-Midi, Paris.

Groupant la documentation relative à environ 600 spécialités pharmaceutiques préparées par des Laboratoires à publicité essentiellement médicale et scientifique, il présente pour le Corps médical un intérêt particulier.

L'ouvrage est divisé en deux parties : la première donne en tableaux la liste des affections pour lesquelles sont indiquées les principales spécialités françaises.

La seconde partie, la plus importante, est un formulaire dans lequel les spécialités, par ordre alphabétique, sont énumérées avec leurs indications et leur posologie.

Le médecin praticien est assuré de trouver dans ce volume tous les renseignements concernant des produits lui donnant une sécurité d'emploi absolue.

Les Tachycardies et leur traitement (1), par le Dr Antonin Clerc, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Bien que le terme de « tachycardie » soit, actuellement, l'un des plus usuellement adoptés par le langage médical, son introduction est relativement récente ; car ce fut seulement en 1882, que Prœsbing, élève de Gerhardt, le proposa, selon une étymologie parfaitement justifiée. Il s'agit, en effet, de l'accélération des battements du cœur, mais accélération *régulière*, ce qui nous permettra d'éliminer, d'emblée, les *tachyarythmies*, où l'irrégularité se joint à l'accroissement de fréquence.

Si simple qu'apparaisse la dénomination de tachycardie, elle s'applique, en réalité, à un monceau de faits, dont il faut, nécessairement, faire le triage préliminaire, destiné à séparer, parmi les conditions où le phénomène se produit, celles où il ne prend qu'une importance physiologique, et celles, au contraire, où il mérite d'être traité comme trouble morbide véritable.

L'auteur admet schématiquement, deux grandes catégories de tachycardies, selon que la tachycardie représente un symptôme associé à d'autres, ou bien qu'elle est intense et prédominante, au point de constituer par elle-même une véritable maladie.

Après un bref résumé clinique et après avoir considéré l'état véritablement pathologique des tachycardies, l'auteur termine son exposé par les traitements thérapeutiques.

NOTES POUR L'INTERNAT

DOME PLEURAL [2]

B. Contenu de la loge intervertébro-scalénique

Ce sont les rapports vasculo-nerveux du dôme pleural, que l'on doit envisager successivement pour le versant antérieur et pour le versant postérieur de ce dôme pleural.

I. Versant antérieur. — D'arrière en avant 3 plans :

1° Plan artériel ;
2° Plan nerveux ;
3° Plan veineux.

1° *Plan artériel.* — Celui de la sous-clavière et de ses branches. Les carotides primitives sont plus internes, seule la gauche présente quelque rapport avec le dôme, par son segment thoracique.

Artère sous-clavière. — *Origine :* à gauche, vient du thorax ; à droite : née de la bifurcation du tronc brachio-céphalique. Elle est plus antérieure.

---

(1) In-8 de 220 pages avec 93 figures dans le texte. — Prix : 28 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) Un volume in-16, 436 pages, reliure souple

(1) Un volume grand in-8° de 88 pages avec figures : 12 fr. — (*Collection Les Thérapeutiques nouvelles*, J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 65, p. 1150.

Direction : de dedans en dehors :

Dessine une courbe dont la concavité embrasse la convexité du dôme pleural, en arrière du scalène antérieur.

Les 3 portions sont en rapport avec le dôme pleural. Les portions pré et post-scalénique directement, l'intra-scalénique par l'intermédiaire de la première côte (sulcus subclaviae).

Terminaison : sous la clavicule.

Branches : sont en rapport avec versant antérieur du dôme pleural :

1° *Le tronc thyro-bi-cervico sus-scapulaire*, qui s'en éloigne en montant le long du bord interne du muscle scalène antérieur.

2° *Artère mammaire interne*, surtout qui descend sur le versant antérieur du dôme pour gagner le plastron sterno-costal.

2° *En avant le plan veineux*, constitué par le confluent veineux de Pirogoff.

— Réunion de la jugulaire interne et de la veine sous-clavière (préscalénique).

Auquel participe :

— La veine jugulaire externe ;
— La veine vertébrale ;
— La veine jugulaire postérieure;
— La veine jugulaire antérieure;

Complété :

A gauche : par le *canal thoracique ;*
A droite : par la *grande veine lymphatique.*

3° Entre le plan artériel, en arrière et le plan veineux, en avant, *un plan nerveux.*

C'est de dehors en dedans :

a) *Le phrénique :*

— Venant de la face antérieure du scalène antérieur ;
— Passant dans l'angle que fait le bord interne de ce muscle avec la première côte ;
— S'insinue entre artère et veine ;
— Donne son anastomose avec le Sympathique cervical, anastomose qui passe sous l'artère sous-clavière ;
— Reçoit, plus ou moins haut, l'anastomose du nerf sous-clavier (qui est pré-veineux). Il la reçoit en général à son entrée dans le thorax ;
— Passe dans la bouche de l'artère mammaire interne (Expression de Farabeuf : le parapluie sous le bras).

b) *L'anse sympathique de Vieussens* autour de l'artère sous-clavière.

c) *Enfin le Pneumogastrique :* qui à droite abandonne le Récurrent sous l'artère sous-clavière.

II. **Versant postérieur du D.P.** — Le versant postérieur du D.P. forme le plancher de la *fossette sus-rétro-pleurale de Sébileau.* Limitée :

— *En dehors :* par le ligament ou muscle transverso-pleural.
— *En dedans :* par le ligament vertébro-pleural.
— *En arrière :* par les extrémités postérieures des deux premières côtes.

Contenu. — 1° *Le ganglion cervical* inférieur du sympathique cervical, souvent fusionné avec le premier ganglion thoracique pour former *le ganglion étoilé ou stellaire de Newbaüer* (3/4 des cas Hovelacque).

3 types principaux :

1. Le ganglion cervical existe seul ;
2. Le ganglion cervical est fusionné avec le premier ganglion thoracique ;
3. Les 2 ganglions forment 2 masses presque réunies, mais encore distinctes.

Branches du ganglion stellaire. — En dehors de branches vasculaires (artère sous-clavière), de branches pour le dôme pleural, et de branches musculaires, donne :

— Les Rami communicantes pour les branches antérieures de C7, C8, DI.;
— Le nerf cardiaque inférieur ;
— L'anastomose avec le phrénique ;
— L'anse de Vieussens ;
— Le nerf vertébral qui naît par 3 racines :
— L'une antérieure, sur la face de l'artère vertébrale ;
— 2 postérieures, vite fusionnées, en arrière de l'artère vertébrale, donnera les anastomoses profondes aux racines du plexus brachial (Hovelacque).

2° *Les branches postérieures de l'artère sous-clavière.*

a) *La scapulaire postérieure* se dirige en dehors et en arrière et quitte la région en passant entre la 6e et la 7e racine nerveuse (plus rarement entre la 7e et la 8e).

b) *La cervico-intercostale*, se porte en arrière, passe sur le bord externe du ganglion étoilé et se divise en 2 branches devant le premier nerf dorsal ;

— La *cervicale profonde*, qui plonge entre la 8e rac. cerv. et la 1re rac. dorsale, sur le col de la première côte ;
— *L'intercostale supérieure* qui descend vers le col de la 2e côte.

c) *L'artère vertébrale :* l'artère vertébrale monte en dedans du ganglion étoilé, masquant sa partie interne.

S'il existe 2 masses, l'artère passe entre les deux, entourée de tractus nerveux qui unissent l'une et l'autre masses.

La veine vertébrale est en dehors de l'artère et masque la partie du ganglion laissée libre par l'artère.

3° *Racines inférieures du plexus brachial.* — C8 et DI.

C8, glisse à la face postérieure du ganglion, chemine sur le col de la première côte, et quitte la région en passant en arrière du ligament transverso-pleural.

DI, apparaît sous le col de la première côte, passe sous le ligament costo-pleural, et quitte la région en passant sur la partie postero-externe de la première côte, qui apparaît ainsi prise dans la fourche C8-DI.

Remarquer les rapports dangereux du col de la première côte, qui sont le danger des thoracoplasties partielles du sommet (Mallet-Guy et Desjacques ; Proust et Maurer).

VOIES D'ACCES

Pour le dôme pleural apicolyse ; thoracoplastie partielle du sommet.

Apicolyse. — Autrefois par voie antérieure.

Actuellement par voie postérieure.

Incision intervertébro-scapulaire, verticale ayant son milieu sur la 3e côte.

Incision du trapèze.

— Horizontale dans le sens des fibres (Picot).
— Coudée (Fruchaud).

On décolle ensuite, à la main, le dôme pleural, en utilisant le plan de clivage du fascia endothoracique. L'appareil suspenseur de la plèvre cède facilement, il n'est pas nécessaire de le sectionner.

Thoracoplastie partielle du sommet. — *Voie sous-scapulaire* (Bernou et Fruchaud).

Incision coudée, sous-scapulaire, remontant dans l'espace intervertébro-scapulaire, dont le sommet répond à la pointe de l'omoplate.

— *Voie sous-scapulaire-axillaire.*
— *Voie sus-épineuse de Roux et Picot.*
— *Voie antérieure para-sternale.*

ANDRÉ GOUMAIN,
Interne des hôpitaux de Bordeaux.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


LES NEIGES

N° 67. — SAMEDI 22 AOUT 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Etudiants : **25** francs par an.	Tous les autres pays : **75** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Gaud, directeur de l'Institut d'hygiène à Rabat.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Vivant, de Monaco.

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Emile Zola, médecin de l'administration des Journaux officiels à Paris; Toulotte, à St-Hilaire-lez-Cambrai (Nord).

FINANCES. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Presle, médecin assermenté de l'administration centrale des finances.

SANTÉ PUBLIQUE. — On annonce la vacance du poste de médecin directeur à l'asile public d'aliénés de St-Alban (Lozère) et la vacance du poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Lorgvin (Moselle).

— Mlle le docteur Fournier a été nommée médecin-adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais).

MARINE. — *Liste des officiers du corps de santé autorisés à se présenter au concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé dans les écoles de médecine navale.* — Les officiers du corps de santé dont les noms suivent sont autorisés à se présenter au concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé dans les écoles de médecine navale, à Toulon, aux dates indiquées ci-après :

LIGNE MÉDICALE. — A. *Agrégation d'anatomie, chirurgie* (section de chirurgie générale). — Le 11 septembre 1936 :

M. le médecin principal Dupas, chirurgien des hôpitaux maritimes, médecin-major de l'*Armorique*, à Brest.

Les médecins de 1re classe : Barge, en service à Brest; Badelon (Paul), en service à Toulon; Simeon, en service à Rochefort.

B. *Agrégation de physiologie, médecine.* — Le 14 septembre 1936 :

Les médecins principaux, médecins des hôpitaux maritimes, Mondon, en service à Toulon; Germain, en service à Lorient.

Ces officiers devront être rendus à Toulon la veille du jour fixé pour ces concours.

CRÉATION D'UN HOPITAL-HOSPICE. — Par décret, en date du 30 juillet 1936, a été autorisée la création d'un hôpital-hospice dans la commune d'Egletons (Corrèze).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS, professeur : M. NOBÉCOURT; CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE, professeur : M. BEZANÇON. — *Enseignement complémentaire, cours de vacances sur les tuberculoses ganglio-pulmonaires de l'enfance.* — Le docteur P.-F. Armand-Delille, médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades, avec le concours du docteur Ch. Lestocquoy, médecin-assistant, fera du jeudi 17 septembre au mercredi 30 septembre 1936, à l'Hôpital des Enfants-Malades, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire de l'enfant, le pneumothorax thérapeutique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Chaque matin à 10 heures : visite dans les salles Gilette et Damaschino, avec examens cliniques, examens radiologiques et recherches de laboratoire.

Leçons à 11 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale des enfants, Hôpital des Enfants-Malades.

Prix de l'inscription : 150 francs. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Des visites au préventorium d'Yerres, à l'école en plein air de Suresnes, aux foyers de placement et aux centres d'élevage de l'œuvre Grancher seront organisées pour les élèves.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort survenue à Masseille du Médecin colonel en retraite Bassompierre, commandeur de la Légion d'honneur, décoré de la Médaille militaire, médaillé de 1870 et 1914.

Notre regretté confrère était agé de 85 ans.

XIVe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord (Montréal). Canada, 7, 8, 9, 10 sept. 1936). — Questions àl'ordre du jour :

1° *Abcès du poumon ;*

2° *Ulcère gastro-pyloro-duodénal;*

3° *Tuberculose de la hanche.*

Des voyages à forfait ont été étudiés par les grandes compagnies de navigation et les réseaux américains et canadiens, trois itinéraires différents ont été établis : deux courts et un long.

Les voyages courts permettent la visite de New-York et de la province de Québec. Les prix sont de : en classe cabine, 9.775 fr.; en classe touriste, 7.400 fr.

Un troisième itinéraire, beaucoup plus long, permet la visite complète des sites les plus pittoresques des Etats-Unis et du Canada, également une petite pointe sur le Mexique. Le prix minimum de ce voyage serait de : en classe cabine, 16.875 fr.; en classe touriste, 14.110 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Agence Lubin, 36, boulevard Haussmann, Paris (9e).

Congrès international de l'insuffisance hépatique. — En même temps que l'Exposition universelle aura lieu, à Paris, le Congrès international de l'insuffisance hépatique tiendra ses assises à Vichy, les 16, 17 et 18 septembre 1937, sous la présidence de M. le professeur Maurice Lœper, de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Il comprendra deux sections :

1° Une section de Médecine et Biologie ;

2° Une section de Thérapeutique médicale, chirurgicale, hydrologique.

Nous rappelons que ce Congrès sera précédé par le deuxième Congrès international de gastro-entérologie, qui se tiendra à Paris, les 13, 14 et 15 septembre 1937, sous la présidence de M. le professeur Pierre Duval, et au cours duquel deux questions seront étudiées :

1° Le diagnostic précoce du cancer gastrique, sous la présidence des professeurs P. Duval et Gosset, de Paris, et du professeur Konjetzny, de Berlin.

2° L'occlusion aiguë et chronique du grêle; les rapporteurs ont été choisis en Angleterre, en Belgique, en Espagne, aux Etats-Unis, en Italie et en Pologne, pour traiter cette dernière question.

Secrétaire général : docteur Alban Girault, 29 *bis*, rue Pierre-Demours, Paris.

RENSEIGNEMENTS

ORTHOPÉDIE : Prothèse à céder dans importante ville de la Hte-Garonne, sit. plein centre sur gr. boul. et form. angle, tr. belle aff. très ancienne avec exclusivité de brevets et spécialités tr. appréc. Bail 7 ans. Loyer 6.000, magasin et dépend. (salle d'att. cabinet et sal. d'essay.), atel. de fabric. (rez-de-ch. et s.-sol). Appart. 1er étage, 5 p. et cab. de toil., eau gaz élect. (force et éclair.) Cette aff. à céd. p. cause de santé conv. pour per. ou méd. jeunes. On pourr. devel. mal. des os de l'abdomen; appar. dig. écr. au journal (n° 910) qui transmettra.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DES MÉDECINS ÉTRANGERS

Nous avons récemment publié une partie du rapport sur les médecins étrangers, présenté par le Dr QUERRIOUX au Syndicat des médecins de la banlieue Ouest et Nord de Paris.

Ce rapport vient d'être approuvé à l'unanimité par la Commission de défense professionnelle du Syndicat des Médecins de la Seine.

Nous rappelons les grandes lignes de ce rapport qui a une importance exceptionnelle.

M. QUERRIOUX signale qu'en 1911, il y avait déjà 2,6 % de médecins étrangers installés en France, dont 8,2 % dans la Seine; en 1931, 10 % dans la Seine; en 1936, plus de 15 % dans la France, plus de 25 % dans la Seine, et dans certains coins de banlieue, comme à Saint-Ouen, par exemple, 8 étrangers contre 16 Français. Durant l'année scolaire 1934-1935, la faculté de médecine de Paris a vu, pour 3.332 étudiants français, 1.530 étrangers; sur ces 1.530, 841 postulaient pour le diplôme d'université et 689 pour celui d'Etat, mais comme la loi du 26 juillet 1935 accorde, et fixe, les possibilités de transformer le diplôme d'université en celui d'Etat, le rapporteur craint que ces 1.530, presque tous ou à peu près, ne s'installent en France: avec ceux des universités départementales, le chiffre de 2.000 serait largement dépassé. Dans les six premiers mois de 1935, 163 médecins étrangers se sont fait inscrire à la préfecture de police contre 124 Français.

On a appris enfin, dernièrement, « de la bouche du plus autorisé des médecins syndiqués de France », que le président du conseil songerait fortement à faire admettre les médecins réfugiés allemands, au nombre de plus d'un millier, comme concurrents des Français.

Pour parer à ce danger, les médecins français souhaitent une loi rendant le stage de dix ans après la naturalisation nécessaire à l'exercice de la profession de médecin, comme il l'est pour celle d'avocat; interdisant aux étrangers excepté les Belges, naturalisés de moins de dix ans ou non naturalisés, déjà installés, la médecine sociale, telle que asurances sociales, assistance médicale gratuite, mutilés de guerre avec leur carnet de soins, accidents du travail; ne permettant plus enfin, sous aucun prétexte, la transformation en diplôme d'Etat du diplôme médical d'université, qui devrait rester accessible aux étrangers.

REVUE GENERALE

LE BIOTROPISME[1]

Par M. MONNEROT-DUMAINE (d'Ismaïlia),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

G. *Médicaments divers.* — La liste des produits chimiques « biotropigènes » n'est que provisoire. Nul doute qu'elle sera considérablement augmentée dans l'avenir. Actuellement on peut encore citer les médicaments suivants :

a) *Les sels d'acridine* ont pu causer des accidents d'allure infectieuse avec fièvre, stomatite, éruption morbilliforme ; l'incubation fut de 13 jours dans l'observation de Marceron, de 15 jours dans celle de Rimé et Bureau.

Pour Jausion il existe des *ictères* biotropiques de la gonacrine.

b) *L'iode* et les iodures peuvent réveiller une *furonculose*, faire éclore de l'*acné*, ou exacerber un *kérion de Celse*. On a signalé aussi des *érythèmes du 9e jour* (surtout rubelliformes), des *érythèmes polymorphes*. Les *iodides bulleuses* seraient aussi des accidents infectieux.

c) *Sels de quinine.* Thiers et Dargent ont observé un cas de *tétanos* suraigu mortel déclenché par des injections de quinine et qui leur a bien semblé du domaine du biotropisme (84).

Si les éruptions précoces dues à l'idiosyncrasie sont bien connues, il n'en est pas de même des éruptions quiniques tardives, qui sont biotropiques. Les deux observations que nous avons tout récemment publiées (21) sont, à notre connaissance, les seuls cas de la littérature. Les voici résumées :

Obs. VII. — *Zona apparu 9 jours après le début d'un traitement quinique.* — Une diabétique de 68 ans contracte le paludisme et prend du sulfate de quinine pendant quelques jours. Neuf jours après la première dose (qui était de 1 gr.), la malade commence à ressentir une violente névralgie intercostale. Cette névralgie était zonateuse, car dans son territoire apparut, 9 jours après, un zona tout à fait typique, accompagné d'une adénopathie axillaire.

Obs. VIII. — *Erythème du 9e jour à la suite d'un traitement quinique péroral.* — Pierre L..., 8 ans, fait une cure pérorale de quinine du 16 au 20 octobre 1934. Le 24 octobre : érythème morbilliforme atténué, sans catarrhe oculo-nasal ; fièvre à 38°5. Dès le lendemain, la fièvre et l'éruption déclinent déjà.

d) *L'acide picrique* aurait un pouvoir biotropique très net vis-à-vis du streptocoque. En particulier il peut faire éclore ce *trisyndrome* dont nous avons résumé plus haut les caractéristiques.

e) *La nitrophénine* pourrait donner une éruption vers le 12e ou le 15e jour ; mais nous n'avons pas eu entre les mains les publications originales et nous ne pouvons affirmer la nature biotropique de ces érythèmes.

2° Biotropisme des substances organiques et des microbes. — A. *Vaccins.* — Les vaccins peuvent déclencher des accidents infectieux. Nous laissons évidemment de côté les troubles dus à des vaccins insuffisamment atténués ; ils résultent d'une véritable inoculation ou bien ils sont d'ordre toxique. Nous n'avons pas non plus à nous occuper des accidents allergiques dus au fait que l'organisme est sensibilisé au germe même du vaccin.

En 1918, de Massary a relaté la curieuse observation d'une *récidive de méningite* (à méningocoque « A ») *après une vaccination antitypho-paratyphique.*

Bezançon, Braun et André Meyer ont rapporté récemment l'histoire d'un homme de 28 ans, un peu fatigué depuis quelque temps, qui à la suite d'une injection d'1/4 cc. de vaccin T.A.B., présenta une fièvre éphémère, et une *élimination de B. de Koch dans les crachats* pendant quelques jours ; il n'y eut pas de signes d'auscultation et pas d'autre image radiologique qu'un nodule insignifiant dans le poumon droit (115).

Sezary et Gallerand ont publié un cas d'*érythème polymorphe apparu à la suite d'une vaccination antidiphtérique* (98).

Le *vaccin antichancrelleux*, dont on connaît l'action pyrétogène si énergique, est responsable de poussées d'*herpès, de réveils de paludisme.*

Un *vaccin antigonococcique* était en cause dans le cas de Marinesco, State-Draganesco et St-Chyser : il survint une *myélite suraiguë du cône terminal* chez leur malade qui était un ancien poliomyélitique ; comme il apparut aussi une éruption zostérienne les auteurs pensent qu'il y avait eu réactivation du virus zonateux plutôt que du virus poliomyélitique. Ils font également remarquer ce fait curieux que le malade avait eu au cours de sa vie une autre infection neurotrope : une encéphalite léthargique (100).

C'est encore la réactivation d'un virus neurotrope latent qu'invoque Stephan Lesniowski pour expliquer une *polio-encéphalite* qui survint chez un jeune homme qui avait été soumis à la *vaccination antirabique* (99).

B. *Les accidents sériques sont-ils parfois des accidents biotropiques ?* — Les accidents sériques ont un mécanisme différent suivant qu'ils apparaissent précocement ou tardivement ; les accidents précoces sont toxiques ou anaphylactiques mais les accidents tardifs n'ont pas la même pathogénie. Pour Milian, qu'il faut souvent citer quand on étudie ces intéressantes questions, les accidents secondaires sont biotropiques, c'est-à-dire infectieux. Mais c'est là une opinion qu'il est impossible de donner sans réserves. Elle s'appuie toutefois sur des arguments non négligeables : allure infectieuse, existence d'une véritable incubation, pas de rapport net entre la quantité injectée et l'importance des accidents. Il y aurait d'ailleurs un type scarlatiniforme superposable à l'érythème novarsénobenzolique du 9e jour. L'urticaire est très fréquente dans la maladie du sérum, or, pour cet auteur, les urticaires seraient le plus souvent infectieuses (dans 80 % des cas : staphylococciques). Même le phénomène d'Arthus qui précède souvent les accidents sériques ne serait pas un bon argument en faveur de la nature toxique ; car on pourrait soutenir sa nature infectieuse. Quant aux paralysies sériques, leur nature

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 64, p. 1025.

toxique n'est nullement prouvée, et leur évolution évoque plutôt une polynévrite infectieuse.

C. *Protéines, Insuline.* — Bezançon et M.-P. Weil ont bien décrit les arthropathies protéiniques. Comme elles ont souvent une allure infectieuse, Milian pense que les protéines ingérées ont une action biotropique vis-à-vis des microbes qui habitent l'organisme.

Il n'est pas impossible que l'insuline (ou une impureté de l'insuline) donne lieu à des accidents biotropiques. A la lecture des observations de sensibilisation à l'insuline publiées par Cade, Barral et J. Roux, on est frappé de ce que dans deux cas il y eut *un intervalle de 8 ou 9 jours* entre la première piqûre et les accidents. Dans un cas il s'agissait d'une éruption urticarienne ; l'autre concernait une éruption morbilliforme accompagnée d'un vif prurit. Toutefois ces observations ne mentionnant ni angine, ni fièvre, ni fluxion ganglionnaire, il n'est pas possible d'affirmer la nature infectieuse de ces accidents et par conséquent de conclure au biotropisme plutôt qu'à la sensibilisation.

D. *Biotropisme microbien.* — Les infections elles-mêmes peuvent être à l'origine de phénomènes biotropiques, c'est-à-dire qu'une infection par un nouveau germe peut réveiller une infection latente préexistante (*maladies secondes* de Jausion).

Eliminons de ce cadre les infections contractées concurremment : chancre mixte à tréponème et à bacille de Durey, l'association du bacille du Nicolaier ou des anaérobies ; de la gangrène gazeuse avec les pyogènes banaux ; l'association de deux maladies éruptives, ou de la coqueluche avec la rougeole. Toutefois remarquons en passant un fait qui éclaire dans une certaine mesure la pathogénie du biotropisme, c'est que certaines de ces associations sont nettement aggravantes. Ainsi dans l'association des bacilles du tétanos ou de la gangrène avec les pyogènes, il y a une véritable symbiose ; les premiers ne sont pas nettement pathogènes s'ils ne sont pas associés avec les seconds. Rappelons les expériences classiques obtenues avec le B. prodigiosus. Isolé, ce germe n'est pas nocif pour le lapin. Il en est de même du bacille du charbon symptomatique. Mais l'inoculation associée de ces deux microbes provoque une gangrène gazeuse mortelle. Il est intéressant de remarquer que le B. prodigiosus agit par une substance qu'on sait isoler et dont il suffit « d'injecter une goutte dans les veines d'un lapin de 2.000 gr. pour abolir son immunité naturelle » (Roger). Fait plus curieux l'association bactéridie charbonneuse-B. prodigiosus est beaucoup moins nocive pour le lapin que l'inoculation isolée de la seule bactéridie charbonneuse. Mais chez le cobaye cette association est nettement plus nocive.

Les associations microbiennes rentrent dans le cadre du biotropisme lorsqu'une infection DÉJA EXISTANTE, *latente ou atténuée, est réveillée par une infection intercurrente.*

Ainsi l'*érysipèle*, maladie à streptocoque, se complique parfois d'une *pneumonie* due à des pneumocoques, hôtes jusque-là silencieux de l'organisme.

« Les furoncles, les suppurations, les parotidites, les gangrènes qu'on observe si souvent au cours et surtout à la convalescence des infections graves, sont dus à des bactéries banales qui ont envahi l'organisme grâce à l'affaiblissement produit par la maladie principale » (Roger).

Des streptocoques hébergés par l'organisme peuvent s'exalter au cours d'une diphtérie ou d'une typhoïde, d'où une strepto-diphtérie ou une strepto-typhoïde, particulièrement graves. On a publié aussi des observations de typho-diphtérie.

Nous avons rapporté dans notre thèse sur les bacilles paratyphiques aberrants trois observations *d'infections à bacilles paratyphiques C apparues dans le décours d'une autre maladie infectieuse* : dans deux cas un *érysipèle*, dans le troisième une *scarlatine* (97).

Obs. IX. — Mme B..., 47 ans, à la suite d'un érysipèle ayant évolué normalement, présente des phénomènes infectieux graves et des accidents cardiaques conditionnés par une endocardite qui évolue en une semaine vers la mort. A deux reprises l'hémoculture avait décelé un bacille paratyphique C.

Obs. X. — Un jeune homme est au décours d'une scarlatine, lorsqu'il présente un épisode infectieux brutal sans aucune localisation, qui dure cinq jours et ne laisse aucune séquelle. Une hémoculture faite au 2e jour de cette pyrexie décèle un bacille paratyphique C.

Obs. XI. — Comme dans l'observation IX, il s'agit d'une femme atteinte d'érysipèle. Elle fit une bronchopneumonie, des accidents de défaillance cardiaque, et succomba. Un bacille paratyphique aberrant, voisin du para C, fut isolé par hémoculture et retrouvé à l'autopsie dans les lésions pulmonaires.

La syphilis peut être réveillée par une maladie intercurrente ainsi que nous le rappelions plus haut. Inversement la *syphilis* semble avoir dans quelques cas déclenché un *zona*, un *érythème noueux*. L'érythème noueux qui apparaît au cours de l'évolution d'une syphilis secondaire ne semble pas syphilique car Pautrier, Laugier et Mercenier, qui ont pu en faire une étude histologique, n'ont trouvé aucune lésion syphilitique. Il serait donc bien biotropique. Dans un des deux cas rapportés par ces auteurs l'érythème noueux était accompagné par un érythème polymorphe.

L'érythème noueux « post-syphilitique » est peut-être tuberculeux. En effet *l'infection syphilitique est fort capable de faire éclore des accidents tuberculeux.* C'est ainsi que tout récemment Gate et ses collaborateurs ont vu au cours d'une syphilis secondaire apparaître un syndrome de Fernet et Boulland. Les épanchements fournirent un Wassermann très positif et disparurent bientôt avec le traitement spécifique. Mais ils n'étaient pas exclusivement syphilitiques, car ils tuberculisaient le cobaye. On peut admettre dans ce cas que l'infection syphilitique exerça une action biotropique sur l'infection tuberculeuse (119).

La syphilis peut réveiller aussi l'infection herpétique. Laignel-Lavastine et Boquien ont en effet rapporté le cas d'une femme tabétique qui eut quatre crises gastriques régulièrement accompagnées d'herpès péri-buccal. Il semble que la crise tabétique déclenche la sortie du virus herpétique (101).

Un autre fait bien établi de « maladie seconde »,

c'est la possibilité de voir apparaître au cours d'une *fièvre typhoïde un ulcère aigu de la vulve* (maladie de Lipschutz), qui est une infection à *B. crassus*. Notre maître J. Troisier a pu faire une étude approfondie d'un tel cas (106).

La fièvre typhoïde peut faire éclore également une chorée (R. Sorel) (107).

On sait que la *rougeole*, la *grippe* et la *coqueluche* peuvent réveiller la *tuberculose*. Tous les médecins praticiens ont vu des faits de cet ordre. On a même observé l'apparition d'ulcérations tuberculeuses cutanées après la grippe (Fischl). On a la preuve que la rougeole et la grippe sont *anergisantes* dans le fait qu'elles rendent les réactions tuberculiniques momentanément négatives. De même le pouvoir agglutinant conféré par la vaccination vis-à-vis des bacilles typho-paratyphiques disparaît au cours de ces maladies.

Le biotropisme microbien peut ne pas avoir de traduction clinique, autrement dit les microbes mobilisés et exaltés ne sont pas forcément pathogènes. Leur multiplication et leur « sortie » peuvent ne s'accompagner d'aucun phénomène particulier.

Cela peut tenir à ce que les germes sont rapidement éliminés ou que l'organisme était antérieurement immunisé à leur égard, ou bien à ce qu'ils sont restés peu nombreux. C'est ce qu'on appelle les *infections de sortie* (Nicolle). Citons-en quelques exemples :

— La fièvre jaune fait parfois sortir le B. ictéroïdes qui est un « paratyphique aberrant », selon la définition donnée dans notre thèse. Sanarelli l'a isolé dans des hémocultures et l'a retrouvé dans les viscères des cadavres.

— Le B. paratyphique B est un des germes de sortie les plus fréquents. Il peut être un microbe de sortie au cours de certains ictères infectieux. Widal et Weissenbach, Ledoux et Retel (de Besançon) et tout récemment Hamburger, Quellien et Baruk (109) ont observé des cas de spirochétose ictéro-hémorragique au cours desquels se produisit une bacillémie à paratyphique B. La bacillémie à para B. au cours de l'infection spirochétosique peut rester latente comme dans les observations que nous venons de citer ; ou bien donner des manifestations cliniques, soit discrètes, « mineures » (cas de J. Troisier, Bariéty, Mlle Erber et Monet-Sifferlen), soit bien caractérisées, et constituant alors une paratyphoïde évoluant pour son propre compte (Pagniez et Escalier). On a trouvé aussi du para B. dans le sang des malades atteints de streptococcie, de paludisme (Job), de pneumonie (Lemière et Lévesque).

Nous-même avons récemment isolé un bacille paratyphique aberrant du sang d'un enfant atteint de pneumonie.

Obs. XII. — *Bactériémie à bacille paratyphique au cours d'une pneumonie.* — Un garçon de 4 ans fit une pneumonie consécutive à une forte amygdalite pultacée. Cette pneumonie donna une courbe thermique anormale par ses fortes oscillations et un souffle tubaire très tardif. Il n'y eut aucune complication. Au cours de la maladie, une hémoculture permit d'isoler non un pneumocoque, mais un bacille paratyphique, dont l'identification ne put être poussée, mais qui rentrait dans le cadre des para aberrants. Nous n'avons pas pu savoir si la pneumonie avait été due à ce germe ou plutôt au pneumocoque, hypothèse plus possible.

Halbron, Henri Bénard et F.-P. Merklen ont trouvé un paratyphique B dans le sang d'un malade atteint de maladie de Bouillaud ; ce malade fit une cystite purulente due à ce germe (102). Une hémoculture et un sérodiagnostic au B. d'Eberth ont été trouvés positifs chez une malade atteinte d'une fièvre double tierce (D. et J. Olmer, Buisson et Paillas).

— Le typhus exanthématique exalte sans doute le Proteus X 19, ce qui donne lieu à la réaction de Weil-Félix.

— *La tuberculose elle-même se comporte parfois comme une infection de sortie :* nous y reviendrons plus loin.

— Récemment Lemierre, Laporte et Albert Netter ont vu un cas de sodaku déterminer une streptococcémie passagère (108).

3° Biotropisme physique. — *Froid et autres influences météoriques.* — Si l'on voulait étendre le cadre du biotropisme, on pourrait y faire rentrer toutes les maladies « *a frigore* », car si un sujet qui a pris froid contracte une bronchite ou une pneumonie il y a eu des phénomènes indirects : exaltation du pneumocoque, ou fléchissement des moyens de défense de l'organisme. Mais la pathogénie des maladies *a frigore* est bien obscure. Il peut s'agir aussi dans les affections pulmonaires de contamination auprès d'un porteur de germes virulents. Est-on bien sûr qu'il n'y a dans ces maladies que l'exaltation d'un germe latent plutôt que contamination ? Par conséquent laissons de côté actuellement le froid comme agent biotropique. Certaines thèses en partie fondées et solides, n'ont-elles pas été critiquées et abandonnées trop tôt parce que leurs partisans en avaient trop élargi le cadre ? De même, nous ne considérons pas comme agents biotropiques les diverses influences météorologiques : pression barométrique, humidité, vents, etc... Nous ne retiendrons que les radiations : lumineuses, ultraviolettes, etc...

Radiations lumineuses, R. X et Ultraviolets. — En effet que dire des cas de varicelle apparus à la suite d'irradiations ultraviolettes, des poussées de paludisme après exposition au soleil, et des accidents infectieux, causés par les R. X : érysipèle, abcès à distance, réveils de syphilis ? Ce sont bien là des faits qui rentrent dans le cadre du biotropisme.

Les rayons U.V., ainsi que l'héliothérapie, peuvent réactiver le Bordet-Wassermann ainsi que l'ont constaté Rajha et Radnai, puis Fernet, Roberti et Odinet.

Signalons aussi les cas de paludisme réveillés par les rayons U.V. On a même proposé les R.U.V. comme méthode de réactivation du paludisme. C'est ainsi que nous avons observé chez un enfant hospitalisé pour hémiathétose des accès paludéens réveillés par une séance de R.U.V.

Nous avons eu l'occasion de publier récemment un fait non encore signalé qui montre que la *radiothérapie des racines médullaires peut réactiver un herpès* contre lequel justement on l'utilisait. Voici cette observation :

Obs. XIII. — *Réactivation radiothérapique d'un herpès génito-crural.* — M. V..., atteint de poussées récidivantes d'herpès, tantôt crural, tantôt pénien, se soumet à la radiothérapie des racines médullaires.

En 1931 : 5 séances de rayons X ; 8 jours après la dernière séance survient une petite poussée d'herpès crural. Les crises deviennent rares, mais ne disparaissent pas complètement. Aussi le malade se soumet-il à nouveau à la roentgenthérapie en 1933. Après celle-ci, nouvelle poussée d'herpès génital.

Nouvelle radiothérapie en 1934 : les 18, 20, 22 et 24 octobre ; le 5 novembre, léger herpès (avorté) à la verge ; quelques jours après, quelques éléments discrets à un doigt.

Traumatismes. — Le traumatisme peut avoir une action biotropique. Nous écartons évidemment l'infection des plaies par des germes d'origine exogène. Nous rappellerons seulement les cas où le traumatisme réveille une infection chronique latente.

C'est ainsi que le traumatisme peut être un point d'appel pour l'éclosion ou le réveil d'un foyer de tuberculose externe. Certes on doit se méfier des assertions des malades qui rapportent à un traumatisme souvent insignifiant le début d'une tumeur blanche. Mais il y a des cas indéniables comme celui-ci que nous venons d'observer avec notre collègue Plessier (d'Ismaïlia).

Obs. XIV. — *Foyer tuberculeux latent depuis 30 ans réveillé par un traumatisme.* — Mlle E. P..., 38 ans, a eu une tumeur blanche du genou gauche qui a été plâtrée il y a 30 ans et qui avait guéri par ankylose presque complète en extension avec valgus. Elle n'en souffrait jamais. Elle se heurte un jour le genou, qui gonfle bientôt, devient douloureux et chaud. Une grosse tumeur blanche se constitue rapidement. Elle a nécessité une résection très large du genou.

Rappelons le rôle des traumatismes et particulièrement des interventions chirurgicales sur les réveils de *paludisme* latent.

Des *zonas* apparus à la suite de traumatismes ont été signalés en particulier par Thibierge, par André-Thomas et récemment par Fribourg-Blanc et Marquise. Ces zonas sont-ils infectieux ou purement traumatiques et dus à la commotion des ganglions spinaux répondant à la zone intéressée ?

Le traumatisme peut être une cause d'appel de la syphilis sur la moelle. On admet l'existence d'un tabès traumatique ; il a été étudié par Verger et Lande au Congrès de Médecine légale de 1924. Urechia vient d'en publier un nouvel exemple fort démonstratif. Son malade avait été grièvement blessé dans la région pariétale droite et avait subi une trépanation (96).

De même certains auteurs pensent qu'un traumatisme cranien peut faire éclore chez un syphilitique une paralysie générale, ou aggraver une P.G. existante.

Mentionnons, par ailleurs, l'observation de Stanka: des *brûlures par caustique* chimique ont fait apparaître un *lichen plan* sur les régions cicatricielles, puis sur tout le corps (95). Mais le lichen plan est-il infectieux ?

Nous ne nous arrêterons pas aux traumatismes psychiques car les considérant comme des perturbations endogènes, nous les avons éliminés du cadre du biotropisme.

III. Récapitulation des aspects cliniques du biotropisme

Nous avons passé en revue les diverses formes du biotropisme en suivant une classification étiologique. *Toutefois, il ne faudrait pas en conclure que les manifestations biotropiques sont essentiellement différentes selon la cause qui leur donne naissance. Des « agents biotropigènes » différents peuvent avoir exactement la même résultante. Rien ne ressemble davantage à un érythème arsenical du 9e jour qu'un érythème barbiturique du 9e jour.* Le mercure comme le bismuth peuvent faire apparaître une stomatite fuso-spirillaire.

C'est pourquoi il est possible de faire une étude d'ensemble des aspects du biotropisme. Mais pour éviter de perpétuelles redites, cette étude clinique sera plutôt une récapitulation de ce que l'étude étiologique nous a déjà appris. La *clinique du biotropisme* apparaîtra ainsi au lecteur avec beaucoup plus de clarté.

Voici donc la liste des principaux syndromes qui peuvent être biotropiques :

1° *Erythèmes.* — Le plus souvent *rubéoliformes* ou *scarlatiniformes*, plus rarement *morbilliformes*, ils surviennent environ 8 jours après l'injection ou l'absorption du produit en cause. Ces éruptions ressemblent beaucoup, comme nous l'avons déjà dit, à des rubéoles, des scarlatines ou des rougeoles authentiques, mais en diffèrent généralement par des nuances cliniques, l'atténuation des symptômes et une évolution abrégée.

Nous les avons décrits plus haut à propos des érythèmes arsenicaux et nous n'y reviendrons pas. Rappelons aussi :

— Les érythèmes ortiés : à ne pas confondre avec l'urticaire qui survient très peu de temps après l'absorption de la substance incriminée et qui n'est pas infectieux mais idiosyncrasique.

— Les érythèmes polymorphes.

2° *Autres éruptions.* — Le *zona* peut éclore à la suite d'injections arsenicales bismuthiques, mercurielles, auriques. Ces zonas apparaissent comme des maladies infectieuses donc biotropiques et Netter va jusqu'à soutenir la nature varicelleuse du zona arsenical (31). Rappelons le cas curieux d'Ensbruner concernant un zona généralisé avec méningite zonateuse survenu chez un tuberculeux atteint d'une syphilis nerveuse discrète (104).

Le zona peut survenir aussi à la suite de traitements iodés, de traumatismes, d'intoxication oxycarbonée.

L'*herpès* est par excellence une maladie biotropique. « On peut le constater :

« 1° Au cours de grandes maladies fébriles, ou bien « à leur suite : pneumonie, méningite cérébro-spi- « nale, grippe, angine » (et même à la suite d'un érythème du 9e jour : voir notre Obs. VI) ; « 2° à « la suite de certaines réactions fébriles sans localisa- « tions viscérales, de certains malaises même apyré- « tiques : ce sont des faits de ce genre qui ont été

« décrits sous le nom de fièvre herpétique et qu'il « nous paraît rationnel de considérer comme des in« fections de nature très variée se compliquant d'her« pès ; 3° sous l'influence d'un phénomène physiolo« gique normal comme les règles, le coït, à la suite « d'excès alimentaires ou sous l'influence de l'inges« tion de certaines substances alimentaires ou médi« camenteuses ; 4° sous l'influence de maladies et « d'irritations locales, comme la blennorragie pour « l'herpès génital, ou des caries dentaires, des sinu« sites, des lésions rhino-pharyngées pour l'herpès « de la face. » (Ravaut *in* « Nouveau Traité de Médecine » de Widal, tome II.) Nous venons d'observer une jeune fille qui n'avait jamais eu d'herpès et chez laquelle la pyrétothérapie soufrée a fait éclore un herpès facial.

Nous avons eu l'occasion de citer comme manifestations possibles du biotropisme certains cas :

— De *trisyndrome* de Milian ;

— De *pityriasis rosé de Gibert ;*

— De *molluscun contagiosum ;*

— De *varicelle ;*

— De *lichen plan ;* toutefois sa nature microbienne n'est pas prouvée ; elle est fortement contestée par certains dermatologistes. Mais de même que la stomatite ulcéreuse fréquemment créée par le mercure, peut guérir par le mercure, il est intéressant de remarquer que le *lichen plan, dermatose qui peut être d'origine aurique, peut guérir par un traitement aurique.* Sur 12 cas de lichen plan traités par l'or, Milian a obtenu 5 guérisons et 7 améliorations. C'est un argument en faveur de la nature infectieuse de cette affection.

Infections cutanées diverses : acné, furonculose, érysipèle.

3° *Infections diverses.* — *Fièvre typhoïde*, par novarsénobenzol.

— *Stomatite ulcéreuse*, par mercure, bismuth, or.

— Nous ne pouvons ranger délibérément l'*agranulocytose* parmi les maladies biotropiques, car il n'est pas prouvé que les syndromes agranulocytaires parathérapeutiques soient de nature infectieuse. Rappelons toutefois les principaux traitements qui ont pu déclencher cette grave affection : arsénobenzènes, stovarsol, composés bismuthiques, sels d'or, pyramidon, vaccin antityphique à doses répétées. L'agranulocytose chimiothérapique n'est pas un phénomène toxique car elle peut être déclenchée par des doses très variables, et parfois très faibles. Elle est une manifestation soit biotropique, soit d'intolérance. Jean Braillon a osé reprendre l'aurothérapie après la guérison d'une agranulocytose aurique : son malade n'a pas présenté de nouveaux accidents (63).

Il y a d'autres accidents de la chimiothérapie qu'on ne peut rapporter certainement au biotropisme, et qui semblent plutôt du domaine des intolérances localisées ; ce sont par exemple les *méningites* et les *rhumatismes chimiothérapiques.* Ces derniers viennent de faire l'objet de la thèse de Mme Le Roy des Barres, inspirée par Tzanck.

4° *Réactivation de maladies infectieuses chroniques.* — A) *Biotropisme prosyphilitique.* — Comme nous l'avons vu, la syphilis peut être réveillée par de nombreuses causes : début de traitement spécifique, refroidissement (cryo-biotropisme prosyphilitique), maladie intercurrente, rayons U.V., héliotéhrapie.

Le réveil de la syphilis peut être marqué par :

— L'aggravation des symptômes existants : *réaction de Jarisch-Herxheimer* (étudiée par Jarisch en 1895, puis par Herxheimer et Krause en 1902) ;

— L'apparition de manifestations inopinées chez un malade qui n'avait plus de symptômes cliniques : c'est le *réveil de syphilis ;*

— La simple réapparition de réactions sérologiques, c'est la *réactivation* proprement dite ou « provocative test ».

Ces faits sont actuellement bien connus et il est superflu d'énumérer les principaux types de réactions d'Herxheimer et de réveils de syphilis que l'on peut observer (accidents hépatiques, cutanés, nerveux, rénaux, oculaires, etc...). Nous nous contenterons, à titre d'exemple, de rapporter l'observation d'une hérédo-syphilis silencieuse réveillée par un traitement.

OBS. XV. — Le petit Henri, âgé de 8 ans, est hypotrophique et présente des stigmates dentaires d'hérédo-syphilis : dents d'Hutchinson et diverses anomalies de forme et d'implantation. Son père est un ancien spécifique qui s'était soigné assez sérieusement avant son mariage. Un frère âgé de 12 ans vient d'être atteint d'une hémiplégie qui régresse avec un traitement arséno-mercuriel. Nous jugeons prudent de faire à ce garçon un traitement de sécurité. Il reçut en 1933 : 8 injections d'acétylarsan infantile alternées avec 6 demi-ampoules de néo-cardyl, puis à nouveau du bismuth ; puis des pilules de Ludin (30 ou 40 pilules en 15 jours). En juin 1934, apparaît une *kératite interstitielle à l'œil droit*, puis une atteinte plus légère et plus fugace à l'œil gauche. (Nous n'avons pas suivi l'enfant à ce moment.) Une série de sulfarsénol est entreprise, au cours de laquelle la kératite guérit complètement.

Voici donc un enfant hérédo-syphilitique qui ne présentait que des stigmates dystrophiques mais pas d'accidents évolutifs, et chez lequel un traitement, probablement insuffisant, a fait apparaître une kératite interstitielle. La continuation du traitement spécifique a amené la guérison.

De même, nous n'avons pas à décrire toutes les modalités de la réactivation du Bordet-Wassermann. On les trouvera exposées dans la monographie que Milian a consacrée à celle-ci dans la Revue française de Dermatologie et Syphiligraphie (mai 1934). Indiquons seulement que la réactivation peut être déterminée par n'importe quel médicament antisyphilitique, et aussi par quelques infections : grippe, typhoïde, paludisme, voire l'herpès, ainsi que par l'actinothérapie.

B) *Biotropisme propaludéen.* — La *réactivation du paludisme* n'est pas toujours le fait de phénomènes biotropiques. Ainsi l'adrénaline semble agir en faisant contracter la rate qui lancerait des hématozoaires dans la circulation. Le même mécanisme explique peut-être les réactivations dues à la berbérine (di Pace, Loscaroto), à la strychnine (di Pace, Quarelli, Silvestri, Vecchia, Segre, Arazzo), à l'ergotine (Neuschloss), à la radiothérapie splénique (Biedl, Deutsch, Tempini), à l'irradiation U.V. locale (Renhard et Mul-

ler, Sasen, May, Morawitz), au refroidissement de la région (Neuschloss) ou à sa faradisation (Hoffmann).

Par contre on peut se demander si la réactivation du paludisme n'est pas de nature biotropique dans les cas suivants qui sont tantôt fortuits, tantôt provoqués par les cliniciens dans un but diagnostique.

— Réactivation par l'*arsenic :* cacodylate de soude, novarsénobenzol, hectine, etc...

— Réactivation par le *fer :* à la clinique Médicale de Rome on utilise les pilules de carbonate de fer (6 par jour) et quelquefois on obtient des accès fébriles avec constatation d'hématozoaires dans le sang.

— Traitements mercuriels.

— Injections de *sérum de cheval* (Brauer).

— Injections de lait ; résultats discordants selon les auteurs : favorables selon Sicher, Von Draga, Neuschloss, négatifs avec Brauer, Bohme, Schittenhelm.

— Injections de *tuberculine* ou de *vaccins divers* (Grundemann et Muller). D'après Quarelli, le Vaccin T.A.B. permettrait de réactiver 40 à 45 % des paludismes latents.

— Un fait bien connu est la réapparition d'accès paludéens sous l'influence de *variations climatiques* et particulièrement de brusques variations de température : coups de soleil, refroidissement. Ces faits ont poussé Hoffmann à préconiser comme méthode de réactivation de la maladie le bain chaud suivi d'un bain froid.

— Citons aussi l'irradiation U.V. générale (Reinhard), les traumatismes y compris les interventions chirurgicales, les chocs psychiques.

— Enfin un paludéen peut voir réapparaître ses accès au cours d'une maladie aiguë intercurrente. En Egypte, nous observons ce fait couramment.

C) *Biotropisme protuberculeux.* — L'infection tuberculeuse peut subir un coup de fouet du fait de certains agents « biotropigènes » : traitement mercuriel et dans certains cas traitement aurique. (On ne peut faire rentrer dans le cadre du biotropisme l'aggravation de la tuberculose pulmonaire par la tuberculinothérapie, car il s'agit là d'une réaction focale rigoureusement spécifique.) Parmi les substances susceptibles de réactiver la tuberculose, signalons aussi le sérum de cheval. Courmont, Gardère et Ngong ont confirmé cette notion clinique par l'expérimentation : le cobaye soumis à la sérothérapie devient nettement plus sensible à la tuberculose (116).

La réactivation de l'infection tuberculeuse peut être très discrète, passagère, aboutir à l'ouverture d'un foyer minime qui redevient ensuite latent. Tel est le cas que Bezançon, P. Braun et A. Meyer ont relaté récemment (115) et que nous avons mentionné plus haut.

Par conséquent, l'infection tuberculeuse peut se comporter parfois comme une infection de sortie. Parfois même la mobilisation de bacilles est absolument muette ; et par des hémocultures en série, on a pu déceler des bacillémies tuberculeuses au cours de diverses maladies aiguës non tuberculeuses. Certes, nous n'attacherons pas une grande valeur aux travaux de Lœwenstein, en particulier dans la maladie de Bouillaud et la chorée, car la réalité de ses résultats a été contestée. Mais on doit ajouter foi aux affirmations d'auteurs comme J. Troisier qui, avec de Sanctis Monaldi, a trouvé des bacilles tuberculeux humains virulents au moyen d'une technique dérivée de celles de Lœwenstein et de Petragnani, chez trois malades atteints de pneumonie franche, endocardite streptococcique, méningite à méningocoque A. (110).

Il faut interpréter de la même façon les hémocultures trouvées positivement par Saenz et ses collaborateurs chez des malades atteints de maladie de Nicolas et Favre (120). Ces auteurs font remarquer que dans la maladie de Hodgkin, le rôle du bacille de Koch doit être également secondaire.

On a proposé pour ces faits l'appellation de *bacillémies tuberculeuses muettes secondes.*

En ce qui concerne la maladie de Bouillaud, l'hémoculture a donné parfois des bacilles de Kock à Hans Popper, à R. et E. Mach, à Kahlmeter, à Paisseau et Valtis, à d'autres encore. Mais le pourcentage de résultats positifs reste très faible. Certains auteurs n'ont eu que des échecs. Sur 91 cas de rhumatisme articulaire aigu, Meerseman et Dumaret n'ont eu aucune hémoculture positive, tandis que deux rhumatismes cliniquement tuberculeux ont fourni deux résultats positifs. Par conséquent, les bacilles de Koch isolés péniblement dans quelques cas de maladie de Bouillaud doivent être considérés comme des germes de sortie.

Que deviennent ces bacilles ainsi mobilisés ?

Ils peuvent être éliminés par les émonctoires sans déterminer aucune manifestation. C'est ainsi que Nègre et Troisier ont observé des bacilluries tuberculeuses au cours d'infections aiguës comme la fièvre typhoïde (118). Dans d'autres cas, ils vont coloniser sur un nouveau point de l'organisme où il apparaîtra précocement ou tardivement un foyer tuberculeux (Em. Sergent).

Expérimentalement, on a pu vérifier l'action des infections aiguës sur la « sortie » des bacilles de Koch. Ainsi de Sanctis-Monaldi faisant des hémocultures en série à des cobayes tuberculeux auxquels il avait inoculé le B. de Bang, a constaté que cette nouvelle infection favorisait beaucoup le passage du bacille de Koch dans la circulation ; il a constaté également que « d'une manière générale, lorsqu'on produit deux infections successives et différentes, la deuxième, si elle est assez virulente, détermine fréquemment une mobilisation des germes de la première » (112).

D. *Réactivation de la trypanosomiase.* — On peut observer une véritable réaction d'Herxheimer chez les sommeilleux traités en particulier par la tryparsamide. D'après F. P. Mackie, cette réaction peut entraîner la mort (46). Déjà en 1925, Dukelsky avait observé que des souris très infestées par des trypanosomes pouvaient succomber en quelques heures si on leur administrait du 205 Bayer.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 JUIN)

Erythème rhumatismal (érythème marginé en plaques de Besnier. Erythème annulaire de Lehndorff et Leiner). — M. GRENET estime qu'il y a des érythèmes qui appartiennent en propre à la maladie rhumatismale.

A noter le type observé par Royer et Besnier et décrit sous le nom d'érythème marginé en plaques discoïdes (placards non prurigineux arrondis ou polycycliques, à centre rosé, cernés d'une bordure nette); érythème fugace, récidivant, se montrant dans les formes sévères, à pronostic sérieux faisant craindre la complication cardiaque.

L'érythème annulaire de Lehndorff et Leiner (de Vienne) semble identique à celui de Besnier. Il ne se voit que chez les rhumatisants atteints d'endocardite.

On doit donc retenir la possibilité d'un érythème d'un type spécial chez les rhumatisants, intéressant du point de vue pronostic.

Maladie de Hodgkin avec éosinophilie et évolution rapide. — MM. AUBERTIN et PERGOLA. Homme atteint de lymphogranulomatose avec forte éosinophilie. Pas de myélocytes éosinophiles. Formule d'Arneth non déviée vers la droite. Tissu ganglionnaire étant le siège d'une éosinophilie importante. Evolution rapide peu influencée par la radiothérapie. Diminution progressive des éosinophiles au point de disparaître avant la mort.

Genou douloureux. Forage de l'extrémité supérieure du tibia. Guérison. — MM. DUFOUR et BRÉCHOT. Homme de 23 ans. Début des douleurs en mars 1934 au niveau du genou droit après un effort. Gonalgie très intense dans la station debout, au-dessous du plateau interne du tibia. Après divers traitements, M. Bréchot pratiqua une trépanation transversale de l'épiphyse tibiale en se dirigeant vers la surface articulaire. Disparition des douleurs et guérison. C'est l'application de la trépanation à l'épiphyse d'un os dont les altérations vont engendrer une lésion articulaire déformante.

Epreuve à la secrétine purifiée dans un cas de cancer du pancréas. — MM. BOLGERT et AUZEPY. Homme de 33 ans porteur d'une tumeur épigastrique douloureuse. A l'examen radiologique, élargissement considérable de l'anneau duodénal faisant suspecter une affection pancréatique. Celle-ci fut affirmée par l'épreuve à la secrétine qui révéla un abaissement des coefficients lipasique et trypsique, ensuite par l'intervention et l'autopsie. Il s'agissait d'un volumineux épithélioma occupant la glande dans presque toute son étendue.

Syphilose aiguë broncho-pneumonique. — MM. CATHALA, AUZEPY et GRENET. Malade atteint brusquement de pneumopathie aiguë, type pneumonique. Défervescence incomplète. Etat infectieux permanent. Paralysie diaphragmatique. Bordet-Wassermann +++. Action rapide du traitement spécifique sur la pneumopathie, sur l'état général et sur la paralysie du diaphragme.

Syndrome pluriglandulaire et maladie de Rothmund. — MM. FLANDIN, POUMEAU-DELILLE et PERREAU. Malade porteur d'une maladie de Rothmund complète avec sclérodermie des membres inférieurs, calvitie, cataracte endocrinienne, laryngite avec infantilisme. Dans ce cas, importance des troubles vaso-moteurs avec palpitations et modifications variables des complexes électriques.

Maladie de Rothmund à forme familiale. — MM. FLANDIN, POUMEAU-DELILLE et OLIVIER. Malade âgée de 45 ans, atteinte de sclérodermie des membres inférieurs avec canitie et cataracte endocrinienne. Fonctionnement endocrine peu troublé. Une artériographie des membres inférieurs a mis en évidence un aspect grêle du réseau artériel, allant de pair avec l'état sclérodermique.

Maladie de Nicolas-Favre et érythème noueux. — MM. CARNOT, CACHERA et MALLARMÉ. Homme de 36 ans atteint d'une maladie de Nicolas-Favre inguinale typique, présente un érythème noueux des membres inférieurs. La réaction de Frei fut très positive lors de l'apparition des nouures avec des variations topographiques dans son intensité. Cette réaction provoquait au voisinage de l'érythème noueux un placard étendu avec phlyctère hémorragique rappelant l'aspect de l'éruption spontanée. Cuti et intradermoréaction à la tuberculine également intenses.

Maladie rhumatismale abarticulaire d'allure typhoïde avec Iritis bilatérale. — MM. DEBRAY et CHEVALIER. Affection s'étant manifestée par une céphalée intense, une fièvre élevée d'allure typhoïde, des douleurs oculaires et une perte transitoire de la vision. Début par une angine rouge. Guérison rapide par salicylate de soude permettant de conclure à affection rhumatismale de forme abarticulaire.

Appréciation de l'Exophtalmie basedowienne. — M. J. BESANÇON. L'auteur déclare que pour apprécier l'Exorbitis avec exactitude, il est indispensable de mesurer la saillie du globe oculaire par rapport au plan osseux à l'aide de l'exophtalmomètre. Car, la rétraction de la paupière supérieure, qui peut être le premier stade de l'exophtalmie, peut en imposer pour une protrusion du globe oculaire. Par ailleurs une hernie graisseuse dans la paupière supérieure peut masquer l'exophtalmie.

Néphrose lipoïdique paraissant consécutive à une intoxication alimentaire. — MM. BRODIN et GRIGAUT. Cas typique de néphrose lipoïdique terminée par guérison complète avec retour à la normale du chimisme sanguin, sans cylindres, sans azotémie, démontrant que la néphrose lipoïdique peut rester individualisée, sans évoluer vers la néphrite.

Septicémie curable à streptococcus viridans chez un sujet porteur d'une cardiopathie rhumatismale. — M. G. MAY. Malade atteinte d'une poussée rhumatismale aiguë avec insuffisance mitrale, chez laquelle l'hémoculture mit en évidence un *Streptococcus viridans*. Cette observation démontre que même chez un sujet atteint d'une cardiopathie rhumatismale il peut exister des septicémies à *str. viridans* sans fixation du germe sur l'endocarde.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 JUIN 1936)

Sur les rapports entre les péricaryones et les capillaires dans la région sous-thalamique. — MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER. Dans l'hypothalamus, ces rapports sont intimes et les auteurs y distinguent quatre types de dispositifs anatomiques :

1° L'anse périneuronale simple, où l'endothélium du capillaire entre en contact immédiat avec le protoplasme cellulaire ; 2° le réseau interneuronal conférant à la formation végétative considérée un véritable aspect endocrinien ; 3° l'anse creusante réalisant une gouttière protoplasmique ; 4° le capillaire intraneuronal placé en plein protoplasme cellulaire, ce dispositif s'observant dans des éléments uninucléés aussi bien que binucléés.

Pour le subthalamus et pour les noyaux extrapyramidaux, les rapports entre capillaires et neurones sont également intimes, le réseau interneuronal seul faisant défaut.

Les anses périneuronales s'observent couramment dans la substance innominée de Reichert.

L'abondance de la vascularisation et l'intimité des rapports neurono-capillaires sont la règle pour toutes les formations neuro-végétatives. Ces faits montrent que le système neuro-végétatif est le siège d'échanges extrêmement actifs, qui résident non seulement dans l'absorption, par les péricaryones, de substances nutritives ou actives (hormonopexie, mais également dans l'excrétion de produits actifs (neuricrinie).

Les auteurs insistent à nouveau sur les analogies qui existent entre le système neuro-végétatif et le système moteur extrapyramidal.

Enfin, l'intimité des rapports neurono-capillaires montre qu'en ce qui concerne ces formations, il ne saurait être question d'une barrière hémato-encéphalique.

Effets comparés de l'anesthésie par le chloroforme et par l'éther sur les animaux thyroxinés (Etude expérimentale sur le rat. — MM. R. Sainton et A. Delauney communiquent les résultats obtenus en injectant pendant une dizaine de jours une solution de thyroxine à des rats métissés, puis en soumettant ces animaux, en même temps que des témoins, à l'anesthésie générale par le chloroforme ou par l'éther.

Les rats thyroxinés présentent une susceptibilité particulière au chloroforme et succombent le plus souvent pour des doses voisines de la dose efficace, alors que les témoins ne présentent que très peu d'accidents. Avec l'éther, les rats traités et les témoins se comportent d'une façon semblable ; les accidents sont rares et n'arrivent que pour des doses très élevées et des actions prolongées.

Ces faits montrent les dangers que présente l'emploi du chloroforme dans l'anesthésie opératoire des sujets hyperthyroïdiens.

Technique de la culture des selles pour la recherche des bacilles de Koch. — MM. F. Bezançon et P. Braun. Dans un mortier, on délaye 8 à 10 grammes de selles dans 25 à 30 cc. de lessive de soude à 4 pour cent. On ajoute 2 à 3 cc. de solution d'oxyquinoléate de soude au 500e. On met le tout à l'étuve à 37° pendant 24 heures. On ajoute 300 à 400 cc. d'eau suivant l'importance du dépôt formé et on agite. On filtre sur 2 ou 3 épaisseurs de gaze. On répartit le filtrat dans des tubes à centrifuger ; on centrifuge pendant une heure. On décante et on réunit les culots dans un seul tube de façon à avoir une quantité totale d'environ 5 à 6 cc. On rectifie l'acidité avec quelques gouttes d'acide chlorhydrique à 4 pour cent. On répartit la masse entière sur une quinzaine de tubes contenant les milieux de Pétragnani-Lowenstein.

Sur 190 examens de selles, la culture a été positive dans 31 cas (23 adultes, 6 enfants, 2 nourrissons).

Le culot obtenu après centrifugation peut servir pour l'examen microscopique et peut être inoculé au cobaye.

Pathogénie de la neurosyphilis. — MM. C. Levaditi, A. Vaisman et R. Schoen. L'anallergie névraxique qui paraît déclencher la genèse de la parasyphilis humaine, n'apparaît pas chez le lapin inoculé par voie intracérébrale, malgré la longue durée du temps de l'observation, sinon sous l'aspect de lésions réactionnelles banales et circonscrites. Ceci peut être dû, soit à la vie relativement brève du lapin, soit à des particularités inhérentes au système nerveux de cette espèce animale. Par contre, une infection première ectodermique crée chez lui un état d'allergie névraxique incontestable. Cependant, le système nerveux central, tout en s'opposant au développement local du *Treponema pallidum*, tolère sa dispersion dans les ganglions lymphatiques périphériques.

Etude expérimentale de la neurosyphilis. Influence des souches tréponémiques. — MM. C. Levaditi, R. Schoen et A. Vaisman. 1° L'adaptation de *Treponema pallidum* à l'espèce lapin ne semble pas changer radicalement le comportement du système nerveux central à l'égard de la pullulation *in situ* du spirochète. On constate, en effet, que la résistance que lui oppose le névraxe ne fléchit pas d'une manière considérable du fait de cette adaptation ; 2° toutefois, une certaine différence apparaît entre une souche adaptée Gand et des souches fraîchement isolées de l'homme. Dans le premier cas, la dispersion des tréponèmes est plus accusée et plus persistante, de même que l'intensité des réactions périgreffales, lesquelles ont montré quelque tendance à évoluer vers la structure syphilomateuse. Rien de tout cela avec les deux souches récemment isolées de l'homme et peu adaptées à l'espèce lapin ; 3° les conclusions antérieures concernant le virus syphilitique adapté Truffi, ont donc une portée générale, attendu qu'elles sont confirmées, dans ce qu'elles ont d'essentiel, quelle que soit la souche à laquelle on s'adresse.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 19 MAI 1936)

Présentations :

M. Hamon (Orléans) présente un cas de **fracture horizontale de l'hémi-maxillaire supérieur gauche** et un **appareil de réduction à coussin pneumatique original et ingénieux.**

MM. Thibault et Lacaisse rapportent **4 cas de lichen-plan buccal** dans une même famille. Le père et une fille sont présentés. Quelques considérations pathogéniques sont évoquées.

M. Dechaume : en addition au procès-verbal de la séance précédente signale des incidents après les injections d'alcool. A la suite d'une **injection d'alcool par voie zygomatique,** il a observé une parésie des muscles de l'œil et une paralysie de l'accommodation.

Communications :

M. Mahé a observé un cas curieux de **« pseudo-rhyzome alvéolaire »** donnant à la radio l'image d'une racine dégénérée et hyperplasiée. L'examen histologique montra qu'il s'agissait seulement de tissu osseux éburné analogue aux ostéomes.

MM. Dechaume, Giraudeau et Mme Rabinowitch publient six observations d'**ostéites rebelles des maxillaires traitées avec succès par l'ozone.**

MM. Thibault et Marie présentent deux cas de **stomatites graves dues à l'huile grise,** dont l'une a entraîné la mort de la malade.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 6 MARS 1936)

Modifications apportées à l'évolution d'un abcès polymicrobien du poumon par une injection intraveineuse de bactériophage. Acte chirurgical réduit. Guérison. — M. André Raiga communique une observation d'abcès du poumon à pneumocoque, streptocoque, staphylocoque doré et pneumobacille de Freidlander, dans laquelle la stérilisation de l'infection secondaire surajoutée à la pneumococcie a été obtenue par une injection intraveineuse de bactériophage polyvalent. A la suite de cette transformation d'une infection polymicrobienne en une infection uniquement pneumococcique, transformation ralentie par les propriétés antiphages du sérum sanguin qui ont cédé à l'auto-hémothérapie, l'abcès s'est extériorisé sous la peau du thorax et a guéri complètement en quelques jours par une simple incision. L'auteur fait suivre sa communication de considérations sur le phénomène de bactériophagie.

Les angiomes cirsoïdes cranio-faciaux. — M. DUFOURMENTEL a observé et traité une soixantaine de cas d'angiomes cranio-faciaux ; il attire l'attention sur quelques points: 1° la topographie des angiomes au niveau des fissures faciales montre que ce sont toujours des anomalies embryonnaires. A vrai dire, on en trouve dans tous les points, mais avec une fréquence particulière sur la ligne médiane du crâne et sur la ligne de coalescence des bourgeons faciaux. 2° Au point de vue histologique, il semble qu'on puisse en reconnaître deux types d'angiomes : les uns sont incompressibles et souvent encapsulés, reproduisant la structure du corps caverneux ; les autres sont compressibles, souvent animés de battements et reproduisent la structure du corps spongieux. 3° L'évolution des angiomes montre que très souvent, à la naissance, ils ne sont plus qu'une tache de très petite étendue et qu'ils s'accroissent dans les premiers mois, pour atteindre leur développement définitif au bout de quelques années, d'où l'intérêt qu'il y a à les traiter de très bonne heure. 4° Les deux traitements actuellement en faveur : radium et chirurgie, ont leurs indications respectives que l'auteur précise en tenant compte de l'efficacité du radium au début, mais aussi des dangers ultérieurs qu'il présente. Au point de vue chirurgical, il s'attache surtout à régler la technique des angiomes en « bouton de chemise », c'est-à-dire avec communications transosseuses multiples et souvent importantes.

Angiome de l'articulation du genou. — M. MASMONTEIL communique l'observation d'un cas d'angiome de l'articulation du genou qui, pendant huit ans, a donné lieu à des hémarthroses à répétition, à des diagnostics divers et qu'il a opéré avec succès. L'auteur n'a retrouvé que six cas semblables dans la littérature, et il se demande si bien des observations d'arthrite hémophilique ne sont pas des tumeurs vasculaires méconnues de la capsule articulaire.

Observation de radiumthérapie de cancer de l'œsophage avec toutes les apparences de la guérison. — M. Jean GUISEZ rappelle qu'il a déjà présenté à la Société des Chirurgiens de Paris, en mars 1934, le malade qui fait l'objet de cette communication, — c'est-à-dire un an après la fin de son traitement radiumthérapique. Revu récemment (février 1936), ce malade a repris 25 kgs, vit de façon absolument normale, mangeant absolument de tout avec un appétit très vif. Comme il y a trois ans que le traitement a été effectué et que les lésions ont disparu complètement à l'endoscope, on peut prononcer aujourd'hui le mot de guérison. Deux œsophagoscopies avec biopsie faites par deux spécialistes différents ont montré qu'il s'agissait d'un épithélioma d'origine glandulaire ; le diagnostic de cancer est donc incontestable. Dans plusieurs communications antérieures, l'auteur a rapporté une série de cas où le radium s'était montré particulièrement efficace, et il précise les indications et les contre-indications de ce traitement qui est surtout efficace, lorsque les lésions n'ont pas encore dépassé les limites de l'œsophage ; d'où l'utilité d'un diagnostic précoce, que permet seul l'endoscope.

LIVRES NOUVEAUX

Physiopathologie du système nerveux. Du mécanisme au diagnostic (1), par Paul COSSA, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, neurologiste des hôpitaux de Nice. Préface de CLOVIS-VINCENT.

Ce livre, dont l'auteur a été l'élève de Babinski, de Claude et de Clovis-Vincent qui en a signé la préface, doit devenir rapidement classique, aussi bien pour l'étudiant que pour le clinicien. Il expose ce qui doit être retenu de la physiologie pour la compréhension de la pathologie nerveuse et pour l'établissement du diagnostic neurologique.

Nos conceptions actuelles sur le mécanisme du système nerveux y sont exposées au point de vue physiologique et pathologique par un esprit convaincu de leur nécessité pour la réalisation de tout progrès dans cette branche de la médecine.

Après un aperçu de physiologie générale normale et pathologique, l'auteur envisage les fonctions de la vie de relation, puis celles de la vie végétative, importantes soit en elles-mêmes, soit par les possibilités sémiologiques qu'elles offrent en neurologie.

Il expose enfin les rapports du système nerveux avec la vie psychique.

« Je pense, écrit le docteur Clovis-Vincent dans sa préface, que ceux qui liront ce livre auront l'essentiel et qu'ils l'auront bien...

« Sans doute, l'étude de l'anatomie a donné à la France des chirurgiens d'une dextérité opératoire inégalée ; sans doute l'éducation mutuelle au lit du malade a donné à la France la pléiade de ses grands cliniciens ; mais la connaissance de la physiologie édifiée par de grands physiologistes éviterait aux médecins de dire tant de bêtises et elle serait la source de tant de progrès.

« Car si l'anatomie et la clinique sont à la base de la pratique, la physiologie est à la base du progrès... »

L. G.

(1) Un volume de 690 pages avec 193 figures. — Prix : broché, 65 fr. ; cartonné toile, 75 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les encéphalites aiguës post-infectieuses de l'enfance (1), par le docteur Mlle M.-Thérèse COMBY. Préface du docteur Jules COMBY.

Il n'y a guère plus de trente ans que les encéphalites aiguës, non suppurées, de l'enfance, sont connues des médecins. Les méningites avaient accaparé leur attention. Il n'était question, dans les ouvrages classiques, que de l'encéphalite suppurée, de l'abcès du cerveau, dont la description anatomo-clinique figurait partout. La confusion des encéphalites aiguës avec les méningites s'expliquait par une communauté de symptômes (céphalées, convulsions, coma) impossibles à dissocier. Cependant la ponction lombaire, en permettant d'analyser, *in vivo*, le liquide céphalo-rachidien, avait permis au docteur J. Comby, en 1905, de présenter une observation complète d'*encéphalite vaccinale* chez un nourrisson de quelques mois. Au lieu d'une lymphocytose avec hyperalbuminose qu'aurait donnée la méningite, on se trouvait en présence d'un liquide céphalo-rachidien normal. Puis est venue l'épidémie d'encéphalite léthargique qui a ému le corps médical et popularisé le terme d'*encéphalite* à côté de celui de *méningite*. Dès lors les cas d'encéphalites aiguës se sont multipliés et le moment était venu d'établir le bilan de nos connaissances sur ce nouveau chapitre de pathologie infantile. C'est à cette tâche que Mlle M.-Th. Comby s'est consacrée. Elle a laissé de côté la maladie de von Economo, espèce distincte, entité morbide décrite partout, se bornant à l'étude des encéphalites aiguës consécutives aux diverses maladies infectieuses de l'enfance. Son travail est basé sur plus de quarante observations inédites et sur une bibliographie très étendue.

L. G.

(1) In-8 de 172 pages avec 6 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 68. — MERCREDI 26 AOUT 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — Paris. — *Année scolaire 1936-1937.* — **Immatriculation. Inscriptions.** — I. Immatriculation. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers.

Les cartes et les livrets individuels délivrés aux étudiants sont strictement personnels. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires; 2° les docteurs, les étudiants français ou étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 210 fr.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichets nos 2 et 3), pour les étudiants réguliers, les jeudis et samedis de midi à 15 h., et au guichet n° 4 pour les docteurs et étudiants libres, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

II. Inscriptions. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er au 31 octobre, dernier délai, de 9 h. à midi.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. B.;

II. Acte de naissance sur timbre;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 4 fr.) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur);

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté);

V. Extrait du casier judiciaire.

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1936-1937, les inscriptions trimestrielles seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de 9 h. à 11 h. et de midi à 15 h., au secrétariat (guichets nos 2 et 3). Les deux premières inscriptions de l'année seront prises cumulativement.

Premier et deuxième trimestres : du 8 au 24 octobre 1936.
Troisième trimestre : du 5 au 21 avril 1937.
Quatrième trimestre : du 5 au 21 juillet 1937.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Il est institué, auprès du ministre du travail, une commission chargée de préparer le barème prévu à l'article 10 (§ 2) du décret-loi susvisé, qui doit être soumis, pour avis, à la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales.

Sont nommés membres de cette commission :

MM. les professeurs Terrien, Lemaître, Carnot, Gougerot, Mocquot, Brindeau, Mathieu, Bezançon, Lœper, Clerc, de la faculté de médecine de Paris;

MM. les docteurs Alajouanine, Fey, agrégés;

MM. les docteurs Cibrie, Hilaire, Perret, O'Followel.

Le secrétariat de la commission sera assuré par M. le docteur Sibut, assisté de M. Frezouls, sous-chef de bureau au ministère du travail.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. — *Cours de Chirurgie oculaire* (octobre 1936). — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur Lacassagne ; MM. les professeurs agrégés Velter et Renard ; MM. Veil et Dollfus, ophtalmologistes des hôpitaux ; les docteurs J. Blum, Hudelo et Mme Braun-Vallon et M. Joseph, chefs de clinique et de laboratoire, fera un cours de Chirurgie oculaire à l'Hôtel-Dieu.

Le cours commencera le vendredi 16 octobre, à 10 heures, à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu) et continuera les jours suivants. Il comprendra douze leçons. Les cours théoriques seront complétés par une série d'exercices pratiques : séances opératoires, exercices pratiques à l'Ecole de Médecine, démonstrations, visite à l'Institut du Radium, etc.

Des séances opératoires spéciales seront organisées pendant la durée du cours.

Programme des leçons. — 1re leçon : Opération de la cataracte : extraction simple et combinée. Complications opératoires et post-opératoires.

2e leçon : Améliorations de l'opération de la cataracte : lambeau et pont conjonctival. Suture de la cornée.

Extraction totale. Extraction à la pique. Cataractes secondaires. Indications opératoires.

3e leçon : Opérations dirigées contre l'hypertonie. Hypertension dans les iritis et les irido-cyclites. Paracentèse de la chambre antérieure. Hypertension primitive. Iridectomie antiglaucomateuse. Opérations fistulisantes. Opération de Lagrange et d'Elliott dans le glaucome chronique.

Ciliairotomie et sclérotomie postérieures.

4e leçon : Décollement de la rétine : notions pathogéniques. Diagnostic clinique ; recherche de la déchirure. Technique de son repérage. Diagnostic de l'intervention (formes favorables et formes défavorables).

5e leçon : Décollement rétinien : indications opératoires. Procédés récents d'intervention ; leurs résultats.

6e leçon : Les opérations sur les muscles de l'œil : ténotomie, avancement ou plissement musculaire ; avancement après résection du tendon ; raccourcissement musculo-tendineux.

7e leçon : Les opérations sur les voies lacrymales. Exploration. Stricturotomie. Ablation du sac. Dacryocystorhinostomie. Technique et indications des différents procédés.

Les opérations sur les glandes.

8e leçon : Les autoplasties palpébro-conjonctivales. Principes généraux. Obtention des plaies chirurgicales aseptiques. Traitement préalable des cicatrices. Autoplasties par glissement et lambeaux pédiculés. Greffes cutanées sans pédicule. Greffes épidermiques. Autoplasties conjonctivales par glissement et lambeaux. Greffes de la muqueuse buccale. Réfections conjonctivales totales.

9e leçon : Radiumthérapie des tumeurs de la conjonctive et des paupières, par M. le professeur Lacassagne.

Cette leçon sera suivie de la visite de l'Institut du Radium.

10e leçon : Les opérations sur l'orbite. Orbitotomie. Opération de Knapp-Lagrange pour les tumeurs du nerf optique. Opération de Kroënlein. Exentération de l'orbite.

11e leçon : Traitement chirurgical de l'entropion et de l'ectropion : entropion spasmodique. Sutures de Snellen et de Gaillard. Résection de l'orbiculaire. Entropion cicatriciel ; marginoplasties. Entropion type paralytique. Etude critique des différents procédés.

12e leçon : Traitement du ptosis. Procédés de suppléance. Méthode de Panas et ses dérivés. Opérations d'Angelucci et de de Lapersonne. Procédés de Motais et de Parinaud.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Se faire inscrire les lundis, mercredis, vendredis, à partir du 1er septembre, au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), ou à l'A.D.R.M., salle Béclard (Faculté de Médecine), qui facilitera les formalités d'inscription.

NÉCROLOGIE. — Dr Pierre Corret bien connu pour ses travaux en T.S.F. et sa collaboration avec le général Ferrié.

Dr Faugère, sénateur de la Dordogne, décédé à St-Omer.

Dr Lucien Bernard (de Paris).

Société française de Gynécologie en Italie. — Répondant à l'invitation de la Société italienne de Gynécologie, la Société française de Gynécologie se rendra en octobre prochain à Milan pour assister au « Congrès italien de Gynécologie ». A cette occasion, un voyage est organisé au cours duquel Turin, Milan et Venise seront visitées. Concentration à Modane le 10 octobre, retour le 15. Le prix de ce voyage est très réduit.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de Gynécologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).


Dial
DIALLYMALONYLURÉE
INSOMNIE
NERVEUSE
DES SURMENÉS
AGITÉS
ET NÉVROPATHES
COMPRIMÉS
1 A 2
CIBA
Didial
DIAL ET ETHYLMORPHINE
INSOMNIE-DOULEUR
DES NÉVRALGIQUES, TRAUMATISÉS
TABÉTIQUES, NÉOPLASIQUES, ETC,
ET CHEZ LES ANGOISSÉS
COMPRIMÉS = 1 A 3 PAR JOUR
LABORATOIRES CIBA. O ROLLAND. 103-117, Boulᵈ de la Part Dieu. LYON

276

A PROPOS DES PYÉLONÉPHRITES GRAVIDIQUES

Faits cliniques et constatations bactériologiques.

Par M. Pierre LABIGNETTE,

Chef du laboratoire de la Maternité de l'hôpital Boucicaut.

La confrontation des observations cliniques et des constatations bactériologiques permet de faire sur la pyélonéphrite gravidique un certain nombre de remarques dont la conduite d'un traitement pourra être influencée. De toutes les infections qui surviennent au cours de la grossesse, la pyélonéphrite paraît être de beaucoup celle qui a été l'objet d'études étiologiques et pathologiques aussi nombreuses que différentes. La divergence dans l'opinion des auteurs vient en grande partie de ce fait que la question n'a été habituellement considérée qu'à la seule lumière des faits cliniques sans tenir suffisamment compte des renseignements fournis par les examens bactériologiques des urines.

D'abord un fait frappe tout de suite : l'absence fréquente de rapports existant entre l'importance des signes cliniques et le résultat de l'examen de laboratoire. On voit parfois des malades présentant des signes cliniques importants : état saburral marqué, douleurs lombaires spontanées violentes, fièvre élevée dépassant 39°, céphalée, asthénie. A la palpation, l'examen réveille une douleur caractéristique d'un ou des deux reins, plus souvent du rein droit. On sonde la malade et l'urine ramenée, tout en étant trouble, n'est pas d'une purulence exagérée. Le microscope ne montre qu'une quantité modérée de polynucléaires et de colibacilles même après une centrifugation prolongée. Cela contraste d'ailleurs avec d'autres cas dans lesquels les malades accusent bien une certaine pesanteur lombaire, une élévation légère de température, un état général peu atteint mais dont les urines sont très purulentes et dans lesquelles on trouve une abondante quantité de pus et une véritable fourmilière de colibacilles. On serait tenté en voyant cela de penser qu'il existe des pyélonéphrites plus bactériologiques que cliniques. A quoi peut-on attribuer cette dissociation apparente ? Vraisemblablement à deux causes. Une qui semble facilement admissible est la différence de virulence existant entre les différentes races de colibacilles. Tous les colibacilles ne paraissent pas toxiques au même degré. Comme pour les autres microbes, il existe des colibacilles plus virulents les uns que les autres et il est possible que les formes cliniques peu marquées dans lesquelles la colibacillose est bactériologiquement plus grande soient provoquées par des microbes moins toxiques. Peut-être le terrain des malades joue-t-il également un rôle ? Il n'est pas extraordinaire de supposer que dans une infection le rôle de la toxicité microbienne peut être modifié par la résistance du terrain. Pratiquement cela amène à dire que, dans le traitement d'une pyélonéphrite, on fera bien de tenir compte de l'état général, notamment d'une anémie possible, et d'y attacher autant d'importance qu'à la thérapeutique anticolibacillaire proprement dite.

Un autre point qui attire l'attention est le retard observé parfois entre l'apparition des signes cliniques et celle du pus microbien dans l'urine. Certaines feuilles d'observations de malades sont particulièrement instructives à cet égard. On y voit un état clinique important persistant vingt-quatre et même quarante-huit heures avant l'apparition de la purulence des urines. A l'examen de ces malades, tout est en faveur de la pyélonéphrite et cependant on douterait du diagnostic posé à la lecture de l'examen bactériologique négatif. Et cependant, l'examen de laboratoire refait le lendemain confirme le diagnostic clinique de la veille en indiquant la présence de polynucléaires et de colibacilles. Ce décalage, qui n'est évidemment pas la règle générale, est pourtant intéressant à connaître. Il indique au praticien que, dans certains cas de colibacillose, les arguments cliniques doivent l'emporter sur le laboratoire, mais qu'il faut savoir aussi redemander l'avis du laboratoire avant de conclure définitivement. Dans des cas semblables, il est mieux de ne pas différer le commencement du traitement de la pyélonéphrite.

La ténacité désespérante de certaines colibacilloses gravidiques peut être, dans une certaine mesure, expliquée par l'examen bactériologique des urines. Elle peut tenir en effet de la variété des colibacilles en présence de laquelle on se trouve. On sait que le colibacille est un microbe très polymorphe. Décrit classiquement comme un bâtonnet ne gardant pas la coloration de Gram, il se présente parfois sous des formes tellement petites que l'on croirait voir de gros coccis plutôt que de courts bâtonnets trapus et, dans ces cas, la connaissance de la nature du liquide examiné aide au diagnostic bactériologique. D'autres fois, au lieu d'être séparés les uns des autres, les colibacilles se mettent les uns à la suite des autres comme d'authentiques chaînettes de streptocoques. Enfin, il existe une variété de colibacilles présentant une aérole : ce sont les colibacilles mucoïdes. Bien souvent, ce sont ceux-là que l'on trouve à l'examen bactériologique des formes tenaces de la pyélonéphrite gravidique. Rien n'indique d'ailleurs que les pyélonéphrites à colibacilles mucoïdes doivent être traitées différemment des autres formes de la colibacillose de la puerpéralité.

Si on examine maintenant en les comparant un registre d'observations cliniques de femmes enceintes suivies régulièrement à une consultation prénatale et le livre correspondant des examens bactériologiques des urines de ces femmes, on n'est pas sans remarquer la fréquence des examens indiquant la présence d'un certain nombre de colibacilles sans pus et ne correspondant à aucun signe clinique. Aussi peut-on en conclure qu'il convient d'être modéré dans l'usage du terme de pyélonéphrite pour indiquer qu'une femme enceinte a des colibacilles dans les urines. Il est excessif, comme certains l'ont dit et écrit, d'admettre que toutes les femmes enceintes aient des colibacilles, mais il est tout aussi exagéré de donner l'étiquette de pyélonéphrite à une femme enceinte ne présentant aucun signe clinique, ayant les urines claires, mais dont l'examen bactériologique après centrifugation montre qu'elles contiennent quelques bâtonnets à Gram négatif. Le traitement désinfectant classique de l'appareil urinaire paraît ici devoir être préférable aux méthodes biologiques et un régime alimentaire ne saurait être sagement conseillé.

L'étude comparative clinique et bactériologique de

la pyélonéphrite gravidique permet aussi de voir combien l'importance des saisons est grande dans l'apparition de cette complication. Les statistiques indiquent que c'est surtout par les grands froids et les grandes chaleurs que la pyélonéphrite survient chez les femmes enceintes. On en voit évidemment pendant les saisons intermédiaires, mais les poussées massives de colibacillose se notent surtout dans le gros de l'hiver et de l'été. Elles paraissent alors survenir à ces moments-là comme de véritables épidémies. La conduite pratique qui découle de cette constatation est le redoublement de précautions vestimentaires en hiver et alimentaires en été dont les femmes enceintes feront bien de s'entourer et que leurs médecins feront bien de leur rappeler. Eviter de passer d'intérieurs trop surchauffés à la rue lorsque la température extérieure est de plusieurs degrés au-dessous de 0°, porter des sous-vêtements de laine pendant les mois d'hiver, ne pas boire des boissons glacées trop abondantes l'été seront autant de notions élémentaires d'hygiène dont il sera bon de se souvenir pour éviter l'apparition de la pyélonéphrite.

Dans le traitement diététique de la colibacillose gravidique, la question du régime alimentaire sur lequel on a tant insisté mérite quelques réflexions que les examens cliniques et bactériologiques semblent corroborer. Pour ce qui est des pyélonéphrites graves avec gros signes cliniques et grande quantité de pus et de colibacilles dans les urines, le régime alimentaire classique s'impose. On sait qu'il comporte habituellement la permission de potages épais préparés avec une purée de légumes associée à du tapioca, de la semoule, du vermicelle ou des pâtes. On autorise tous les légumes, sauf l'oseille, mais de préférence les pommes de terre en purée ou en robe de chambre, le riz, les fruits cuits de préférence, le miel, les confitures, les compotes, le fromage demi-sel bien frais, quelques gâteaux secs, une quantité modérée de gruyère. On interdit par contre le lait, les œufs, les poissons et la viande. Si ce régime est suivi trop longtemps, on ne tarde pas à constater chez les malades un mauvais état général avec anémie. La fatigue apparaît avec une faiblesse dont les malades se plaignent rapidement. La pâleur des muqueuses et des téguments est confirmée par une baisse du taux de l'hémoglobine ou du nombre des hématies, parfois même des deux à la fois. La fréquence de cette constatation amène à penser que le régime alimentaire classique doit être réservé de préférence aux poussées aiguës de pyélonéphrites dans lesquelles la fièvre est élevée et la présence du pus et des colibacilles abondante. Par contre, il ne faut pas maintenir longtemps à une telle restriction alimentaire des malades sans température ou d'autres qui sans aucune atteinte de l'état général continuent de garder pendant le cours de leur grossesse des polynucléaires et des colibacilles dans les urines en dépit du traitement médicamenteux et biologique : urotropine, benzoate de soude, vaccins, bactériophages. A vouloir maintenir trop longtemps des femmes enceintes à un tel régime, alors que du fait de leur grossesse elles auraient droit normalement à un apport alimentaire plus important, on les sous-alimente et on les débilite sans résultat plus appréciable pour cela sur l'évolution de la colibacillose. Cela se remarque plus particulièrement chez les femmes appartenant aux classes laborieuses qui continuent souvent le travail pendant la grossesse. Aussi dès que la poussée aiguë de pyélonéphrite est terminée, est-il bon de reprendre une alimentation plus substantielle même si l'examen bactériologique des urines n'est pas tout à fait négatif. Bien entendu, les viandes en sauce, ce que l'on appelle les ragoûts, les aliments épicés, les poissons gras, la charcuterie à l'exception du maigre de jambon, les condiments, les crustacés demeureront interdits, mais croit-on vraiment que l'usage des poissons maigres comme la sole et le merlan, de grillades ne puisse être toléré dans ces cas-là ? Il faut reconnaître qu'il y a un peu d'abus dans les prescriptions diététiques de la colibacillose.

De ce qui précède, un certain nombre de conclusions peuvent être tirées :

1° C'est d'abord l'intérêt qu'il y a à s'occuper plus de la valeur des symptômes cliniques que du résultat des examens bactériologiques qu'il faut savoir interpréter en fonction de la clinique ;

2° Savoir que le pus et les colibacilles peuvent très bien n'apparaître que le lendemain du début clinique d'une poussée aiguë de pyélonéphrite : donc, ne pas éliminer le diagnostic devant un premier examen de laboratoire négatif ;

3° S'en tenir au régime alimentaire restrictif classique le temps pendant lequel évolue la poussée aiguë, mais ne pas le prolonger indéfiniment même si, tous les signes cliniques ayant disparu, il reste encore à l'examen bactériologique quelques polynucléaires et colibacilles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1936)

Caractère spécial des troubles gastriques au cours de la polynévrite éthylique. — MM. VILLARET, MOUTIER, J. BESANÇON et KLOTZ. Au cas de polynévrite alcoolique ce sont des gastrites ana ou hypochlorhydriques. Du point de vue gastroscopique ce sont des gastrites atrophiques. Ces manifestations sont constantes et précoces ; guérissant avant la guérison de la névrite.

Le foie dans la polynévrite éthylique. — MM. VILLARET, J. BESANÇON et KLOTZ. Le foie au cas de polynévrite alcoolique n'est jamais intact. Les altérations sont une atteinte dégénérative. Le parallélisme entre l'importance des lésions de gastrite atrophique et d'hépatite dégénérative est tel qu'on peut se demander si les secondes ne sont pas sous la dépendance des premières.

Problème pathogénique de la polynévrite alcoolique. — MM. VILLARET, J. BESANÇON et KLOTZ. Les faits relevés par les auteurs plaident en faveur de l'origine dysmétabolique des névrites alcooliques. Leurs conclusions sont les suivantes :

1° La gastrite atrophique avec hypo ou anachlorhydrie précède la polynévrite ;

2° Il y a toujours un déséquilibre dans le régime alimentaire, avant la névrite ;

3° Lésions du foie intenses ainsi que celles des glandes endocrines ;

4° Syndrome anémique dans 75 % des cas.

Il en résulte que le rôle de l'alcool dans la polynévrite est double :

1er stade : l'alcool est à l'origine des lésions gastro-hépato-endocriniennes responsables des troubles nutritifs favorisant le déséquilibre par rapport à la vitamine B ;

2e stade : alcool s'associe à un processus infectieux pour déclencher la paralysie et lui imprimer son cachet clinique.

Paralysie cubitale bilatérale au cours d'une pleurésie séro-fibrineuse. — MM. Couvelle, Ferrabane et Henrion. Sujet de 21 ans qui, au cours d'une pleurésie lymphocytaire, vit s'installer une paralysie cubitale double, d'évolution bénigne. Les auteurs tendent à admettre l'origine tuberculeuse de la névrite.

Dédoublement du bruit expiratoire obtenu par expiration forcée et bruit de galop respiratoire. — M. Skladal (Prague). L'auteur signale par la manœuvre de l'expiration forcée le dédoublement du bruit respiratoire au cours des lésions cortico-pleurales à prédominance capitale. Ce dédoublement peut réaliser un véritable galop respiratoire. L'auteur démontre que ce dédoublement vient par expression acoustique d'un phénomène de physiologie pulmonaire normal.

Syndrome hypophyso-thyro-génital. — MM. Labbé, Boulin et Goldberg. Malade semblant être atteint de myxœdème : il existait en outre chez lui une atrophie des organes génitaux avec suppression des fonctions sexuelles et, en outre, un syndrome hypophysaire caractérisé par l'aspect acromégalique de la face et des extrémités. Maladie ayant débuté à l'âge de 25 ans. Métabolisme basal à 19, formule sanguine normale. Rétrécissement du champ visuel au niveau du segment temporal droit portant sur le vert et le rouge. A la radio : allongement de la face, élargissement des sinus maxillaires, élargissement de la selle turcique avec destruction de la lame postérieure et des apophyses clinoïdes.

Image radiologique arrondie intrathoracique dans un cas de neurofibromatose. — MM. Hugonot, Willemin et Ratie. Au cours d'un examen radiologique systématique, apparut fortuitement une opacité arrondie, dense, homogène, des dimensions d'une orange, occupant le sommet pulmonaire. Les auteurs purent rattacher cette tumeur à une localisation viscérale de la fibromatose.

Tuberculose multiganglionnaire. — MM. Clerc, Sée et Macrez. Homme de 29 ans chez lequel apparut une polyadénite sus-claviculaire avec mononucléose à 77 %. On crut à une adéno-lymphoïdite simple à monocytes, mais les masses ganglionnaires persistant, on fit une biopsie qui révéla l'existence de lésions bacillaires typiques.

Aleucie hémorragique avec anémie grave après chrysothérapie. — MM. Gautier, Seidmann et Baudoin. Jeune femme ayant présenté au cours d'un traitement par le thiosulfate double d'or et de sodium quelques épistaxis. Le syndrome hémorragique persista malgré la cessation du traitement et 4 mois plus tard elle présenta une aleucie hémorragique avec glossite, angine ulcéro-nécrotique, anémie grave et mort rapide.

Hémothorax spontané avec signes de grande hémorragie interne chez un malade probablement porteur de bronchiectasies. — M. Jacob. Jeune homme bien portant présente à l'occasion d'un effort, un hémopneumothorax. L'accident survint chez un jeune homme ayant présenté quelques épisodes hémoptoïques à étapes éloignées, dont l'origine semble être bronchiectasique.

Néphrite aurique et néphrose lipoïdique. — MM. Rathery et Hurez. Fin de l'observation d'un malade présenté par M. Weissenbach, mort à la suite d'une septicémie pneumococcique. Existence certaine d'une néphrite aurique avec œdème et syndrome lipido-protidique secondaire.

Mécanisme de certains œdèmes. — MM. Loeper, Riom, Perreau et Roy. Les auteurs pensent que dans certains cas d'hépatites aiguës ou subaiguës, il existe un syndrome ictéro-œdémateux, l'œdème n'étant conditionné ni par l'ascite, ni par l'hypotension artérielle, ni par les troubles cardiaques, mais bien par les lésions de la cellule hépatique. Les auteurs incriminent les substances du groupe des imidazols abondantes chez les malades chez qui la cuti-réaction à l'histamine et à l'histidine sont intenses.

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1936)

Réactions de la vésicule biliaire dans l'appendicite chronique et les inflammations du côlon droit. — MM. Brodin et Mme Tedesco. L'étude de la traversée digestive peut permettre de mettre en évidence dans l'appendicite chronique et les inflammations du côlon droit, l'existence d'un 2e spasme siégeant au niveau du *genu superius* et empêchant l'évacuation du bulbe intestinal. Ce spasme s'accompagne du syndrome clinique caractéristique de la stase vésiculaire et la radiographie de la vésicule après absorption de *radio-tetrane* montre une vésicule ne s'évacuant pas après repas gras. Ce spasme démontre que l'absence d'évacuation de la vésicule tient à une cholécystite.

Complexe néphrose-néphrite ayant évolué sans rémissions pendant 30 mois chez un poradénique. — MM. Dore, Lasserre et Breuil. Homme de 30 ans atteint de poradénie inguinale chez qui apparut un complexe rénal ayant les caractères d'une néphrose lipoïdique avec syndrome humoral classique à laquelle s'ajoutèrent des signes de néphrite et d'azotémie. Evolution pendant 3 mois. Terminaison fatale.

Contagion entre érythème polymorphe et érythème noueux. — M. Faure-Beaulieu. Contagion hospitalière : jeune fille rentre à l'Hôpital avec un érythème polymorphe comportant quelques éléments noueux. Deux jours plus tard une femme convalescente de rhumatisme articulaire aigu, voisine de salle de la précédente, fait un érythème exclusivement noueux. Pour la première cuti-réaction et hémoculture négatives. Pour la deuxième, cuti-réaction positive et virus tuberculeux aboutissant à une forme bacillaire acido-résistante à l'hémoculture. On peut conclure en disant que ce n'est pas la tuberculose qui crée l'érythème noueux, mais que c'est elle qui le rend noueux.

Septicémie à « bacillus fragilis » avec hémorragie intestinale et abcès du foie. — MM. Picard (Nantes), Perrin et Franck. Rareté des cas de septicémie à *B. fragilis* et aspect clinique spécial. Dans l'observation dont s'agit, il s'est agi essentiellement d'un état fébrile avec état typhique grave qu'on prit pour une dothienenterie. Plus tard, à rai-

son d'une tuméfaction sous-hépatique douloureuse, on crut à une cholécystite ; or il s'est agi d'un gros abcès du foie. On reconnut par une hémoculture un bacille anaérobie ayant les caractères du *Bacillus fragilis*.

Diabète insipide apparu après application d'un appareil à friser les cheveux. — MM. PAGNIEZ, PLICHET et PANNET. Femme de 36 ans qui, au cours d'une indéfrisable, dans une journée très chaude, se sent très incommodée ; on cherche à lui refroidir le crâne par un courant d'air froid. 2 jours plus tard, apparition d'une soif ardente avec polyurie. Très rapidement le taux des urines monte à 12 et 15 litres et le diabète insipide est constitué. Quelques mois plus tard la polyurie quotidienne est de 13 litres, sans albumine ni sucre. Aucune autre étiologie. Le diabète demeure depuis 2 ans. L'administration de l'extrait hypophysaire abaisse le taux de l'urine à 5 à 6 litres.

Bradycardie par dissociation complète avec déformations alternantes des complexes ventriculaires. — MM. MARCHAL, ROUTIER et SOULIÉ. Cas de syndrome de Stokes-Adam avec dissociation auriculo-ventriculaire avec syncopes. La cause paraît résider dans des lésions coronariennes importantes sur le rameau irrigant le faisceau de His, parcellaires et spasmogènes sur les rameaux nourriciers de ses 2 branches. Il y aurait bloc périodique de chacune des 2 branches, et possibilité de « bloc à bascule ».

Syndrome hyperfolliculaire, son traitement par les injections d'hormone lutéinique. — MM. GILBERT-DREYFUS, MATHIVAT et WINPHEN. Il ne faut pas mettre systématiquement sur le compte de l'insuffisance ovarienne et traiter par la folliculine les troubles circulatoires survenant chez les femmes mal réglées. Il faut laisser une place au syndrome hyperfolliculinique, souvent dépisté par le seul interrogatoire, mais auquel les dosages de folliculine confèrent son cachet d'authenticité et dont la guérison peut être obtenue par opothérapie lutéinique. A l'appui de ce syndrome, les auteurs rapportent des cas d'asthme, d'urticaire, de troubles neuro-circulatoires.

Néphrolyphes. Glomérulo-néphrite hémorragique avec néphrite hydropigène. — MM. LANDAU et HELD. Fièvre typhoïde compliquée de néphrite aiguë, caractérisée par des douleurs lombaires, des œdèmes étendus, de l'ascite, une élévation de l'urée sanguine, de l'albuminurie et présence dans le sédiment urinaire de nombreux globules rouges, leucocytes et cylindres. Bacille d'Eberth dans les urines ; l'aspect clinique fut donc assez anormal.

Pathogénie de l'épilepsie cardiaque. — MM. RISER, PLANQUES et PETEL. Deux cas de crises comitiales généralisées, apparues pour la première fois chez des adultes hypertendus et commandées par une hypotension artérielle soudaine, sans bradycardie, sans trouble paralytique surajouté, et disparaissant avec le retour de la pression vasculaire à son taux habituel. Dans ces deux cas on peut invoquer un brutal déséquilibre circulatoire central.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 JUIN 1936)

Accroissement de l'état allergique conféré au cobaye par l'inoculation de bacilles paratuberculeux, morveux, de Malassez et Vignal, et de Brucella morts enrobés dans de l'huile de vaseline. — M. A. SAËNZ. L'inoculation au cobaye de bacilles paratuberculeux et d'autres germes sensibilisants, morts et enrobés dans de l'huile de vaseline, se traduit, comme pour les bacilles tuberculeux, par un accroissement des réactions allergiques. Mais, comme on devait s'y attendre, étant donné le pouvoir sensiblement médiocre de ces germes, la période anté-allergique est plus longue et l'intensité de la réaction est plus faible qu'avec des bacilles de Koch morts enrobés dans de l'huile de vaseline.

Les corps microbiens morts des espèces étudiées contiennent donc, une substance commune, qui interviendrait, sous l'influence de l'huile de vaseline, pour renforcer les réactions allergiques.

Sur la morphologie de la bactéridie charbonneuse. — Selon M. SCHAEFER, la bactéridie charbonneuse, non capsulée et à colonies rugueuses sur gélose, est encapsulée et à colonies du type lisse muqueux si elle est cultivée sur sérum coagulé. Les souches atténuées se distinguent des souches virulentes par le fait qu'elles s'encapsulent et donnent des colonies lisses même sur les milieux de culture ordinaires.

Hydrocéphalie expérimentale provoquée par l'ultravirus de la maladie de Nicolas et Favre chez la souris. — MM. C. LEVADITI et R. SCHOEN. L'inoculation transcranienne du virus lymphogranulomateux provoque, chez la souris, une dilatation considérable des ventricules, rappelant l'hydrocéphalie humaine. Ces ventricules contiennent, d'ailleurs, une quantité inaccoutumée de liquide. De telles formations cavitaires encéphaliques peuvent évoluer sans signes cliniques appréciables. L'inapparence n'est, peut-être, d'ailleurs qu'une illusion due à l'imperfection de nos moyens d'investigation.

Voies de pénétration de la peste aviaire adaptée à la souris. — M. P. HABER. Le virus de la peste aviaire, adapté à la souris, est pathogène pour cette espèce animale lorsqu'il est introduit dans les fosses nasales, le conduit auditif externe, l'estomac et le testicule, alors qu'il paraît dépourvu de toute action s'il est inoculé sur la surface cornéenne et dans la chambre antérieure de l'œil. Il paraît devoir être classé parmi les ultragermes qui provoquent les épithélioses et les réticulo-endothélioses.

Sur la dissociation en variantes R et S du coccobacille de la pseudo-tuberculose des rongeurs. — M. P. BOQUET étudie les caractères morphologiques et les propriétés biochimiques et biologiques des variantes R et S qu'il a dissociées de plusieurs souches de coccobacilles de la pseudo-tuberculose des rongeurs.

Nouvelles recherches sur le sort de la toxine tétanique injectée au cobaye après incorporation dans la lanoline. — MM. G. RAMON, E. LEMETAYER et A. GUHATHAKURTA. Sur des cobayes qui ont reçu de fortes quantités de toxine tétanique enrobée dans la lanoline, aucune trace de poison tétanique n'a été retrouvée dans les ganglions voisins du lieu d'injection. Comme ce poison n'a pu être mis en évidence dans le sang des mêmes cobayes, il faut admettre que la toxine injectée dans ces conditions est bien modifiée, transformée *in situ* à mesure qu'elle sort de sa gangue.

La réaction de Shwartzmann obtenue avec le Bac. dysentérique des nouveau-nés. — Mlles M. AITOFF, M. DION et H. DOBKEVITCH, en partant du nouveau microbe isolé des selles de nouveau-nés, ont obtenu une réaction hémorragique intense d'hypersensibilité chez le lapin. On emploie comme substance préparante et déchaînante l'endotoxine du microbe. La réaction est spécifique ou paraspécifique. En effet, on observe aussi le phénomène hémorragique en injectant la toxine de coli dans le derme du lapin, et en

déclenchant le Shwartzmann avec l'endotoxine du dysentérique des nouveau-nés.

Des substances indifférentes, injectées dans les mêmes conditions, ne donnent jamais ce phénomène.

Effets du vieillissement sur les cultures de bacilles tuberculeux du type bovin. — MM. J. Valtis et F. Van Deinse. La colonie S dysgonique du bacille bovin se comporte comme une forme de résistance sous laquelle ce bacille maintient sa virulence intacte, quand il se trouve dans des conditions défavorables.

Tente à oxygène. — M. L. Binet et Mlle M. Bochet présentent un modèle de tente à oxygène pouvant s'adapter très rapidement au chevet du malade, peu encombrante, légère, démontable, pliante, dont la mise en œuvre ne présente aucune difficulté et d'un prix de revient modique.

Les auteurs ont très soigneusement étudié et fixé l'importante question du « conditionnement » de l'atmosphère de la tente et ont pu assurer l'abaissement de la température et le degré hygrométrique nécessaire au bien-être du patient ; des dispositifs spéciaux laissent d'ailleurs à celui-ci toute liberté de mouvement et lui assurent une large visibilité, ce qui influe heureusement sur son psychisme.

Variations de l'acide ascorbique dans l'ovaire et spécialement dans le tissu lutéinique. — MM. A. Giroud, I. Cesa, R. Ratsimamanga et M. Rabinowicz. L'ovaire, au moins par un de ses éléments, est un des organes riches en acide ascorbique.

Le tissu folliculaire qui se transforme en tissu lutéinique présente, du fait de cette évolution, d'importantes variations de sa teneur en acide ascorbique. Elles sont corrélatives de ses modifications fonctionnelles.

Il ne serait pas impossible qu'une insuffisance du taux de l'acide ascorbique dans ces tissus chez l'organisme carençable ait des répercussions physiologiques.

Nouveaux exemples d'anisergie circulatoire due à certaines interactions pharmacodynamiques. — M. Bariéty et Mlle D. Kohler rapportent de nouveaux résultats dus à l'interaction de deux agents pharmacodynamiques employés l'un après l'autre.

Le 407, après ergotamine, donne une anisergie réno-tensionnelle et spléno-tensionnelle. L'ergotamine, après diéthylaminoéthyléther du 2 méthoxy-6-allyl-phénol, donne une anisergie réno-tensionnelle et spléno-tensionnelle ; après 407 J.L., il subsiste une anisergie réno-tensionnelle, mais une anisergie spléno-rénale se substitue à l'anisergie spléno-tensionnelle. La caféine, après 407 J.L., a son action sur la rate inversée, d'où apparition d'anisergies réno-splénique et spléno-tensionnelle. Le diéthylaminoéthyléther du 2-méthoxy-6-allyl-phénol a également son action sur la rate inversée par l'ergotamine : il apparaît une anisergie réno-splénique et spléno-tensionnelle.

Propriétés du sérum des animaux traités par un mélange d'haptènes et de sérum syphilitique. — MM. Dujarric de la Rivière, N. Kossovitch et S. Ishii. Des inoculations successives au lapin d'un complexe constitué par un haptène (extrait alcoolique de cœur de bœuf préparé d'après la méthode de Bordet et Ruelens) et par un sérum humain syphilitique provoquent l'apparition, dans le sérum de cet animal, non seulement de précipitines antisérum humain, mais de précipitines *spécifiques*.

Variations comparées du cholestérol et du sucre sanguin sous l'influence d'une eau bicarbonatée sodique, chlorurée et arsenicale administrée par voie mésentérique en injection lente et continue. — MM. E. Chabrol, J. Cottet et J. Sallet n'ont pas obtenu avec l'eau de La Bourboule, administrée chez le chien par voie veineuse mésentérique, les variations importantes de la glycémie qu'ont signalées divers observateurs opérant sur le lapin par voie sous-cutanée, mais ils ont noté une baisse appréciable du cholestérol et des protides. Dans les mêmes conditions expérimentales, l'eau chlorurée à 7 p. 1.000 n'a déterminé aucune modification comparable. Il ne semble pas que les résultats obtenus soient subordonnés à la masse du liquide introduit.

Election. — M. Chemin est nommé membre titulaire.

— Société de biologie de Lyon (séance du 15 juin 1936) :

Sur le pouvoir infertilisant du sulfate neutre de 8 — hydroxyquinoléine (sunoxol) pour le bacille de Koch en différents milieux et, notamment, en cultures homogènes. — MM. Paul Courmont, A. Morel, L. Perrot et F. Dénard. Pour les bacilles des cultures homogènes S.A.P.C., sur milieu solide de Lœwenstein, la dose d'antiseptique suffisante pour arrêter le développement microbien dans le milieu de culture est 1/80.000 ; pour le bacille bovin Vallée, en voile sur eau peptonée glycérinée, 1/66.000 à 1/76.000 ; et pour le bacille S.A.P.C. en cultures liquides homogènes, 1/100.000 à 1/125.000.

C'est dans les conditions les plus précises de la méthode des cultures liquides homogènes, ensemencées avec un nombre mesuré et fixe de bacilles, que nous avons observé le taux le plus élevé du pouvoir infertilisant du produit employé 1/125.000.

En somme, le sulfate neutre de 8-hydroxyquinoléine est un antiseptique puissant vis-à-vis du bacille de Koch.

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1936)

Immunisation contre le typhus à l'aide de cultures desséchées et enrobées du virus typhique murin. — M. P. Giroud. Les cultures du virus typhique murin desséchées et enrobées à la température du laboratoire conservent un pouvoir immunisant certain. Inoculées, une seule fois, en des points séparés dans la peau, elles provoquent, dans quelques cas, l'immunité ; faites deux et trois fois à 8 jours d'intervalle chez le cobaye et le singe, les mêmes inoculations tout en ne provoquant que très peu de réactions, donnent une immunité solide contre l'épreuve péritonéale faite avec le virus historique de Ch. Nicolle.

La réaction de fixation appliquée au diagnostic de l'échinococcose de certaines espèces animales domestiques ou sauvages. — M. Ach. Urbain. Chez les animaux, la réaction de fixation permet de poser le diagnostic d'échinococcose dans un nombre assez élevé de cas, à condition d'employer comme antigène un liquide hydatique préalablement titré.

L'intradermoréaction (réaction de *Casoni*), qui donne de bons résultats chez l'homme, ne paraît pas être utilisable chez les animaux.

Sur la production du sérum antistaphylococcique. — MM. G. Ramon, H. Bonnet, P. Nelis et R. Richou. La technique suivie est calquée sur celle employée depuis longtemps pour la production de l'antitoxine diphtérique. Les animaux sont immunisés au moyen d'injections de doses croissantes d'anatoxine, puis de toxines staphylococciques. On obtient ainsi un sérum relativement riche en antitoxine spécifique qui a déjà été employé dans certaines ostéomyélites et septicémies à staphylocoques, soit seul, soit associé à l'anatoxithérapie.

Ultrafiltration et dimensions approximatives du virus de la peste aviaire. — MM. C. LEVADITI, M. PAIC, P. HABER et D. KRASSNOFF ont soumis à l'ultrafiltration à travers des membranes en collodion à perméabilité calculée, deux souches de virus de peste aviaire, dont l'une est pathogène à la fois pour la poule et la souris. Cette ultrafiltration indique, comme diamètre approximatif moyen de l'unité virulente, plus que 100 à 150 μ, quels que soient l'activité pathogène de l'ultravirus, le milieu qui l'enrobe, ou l'espèce animale sur laquelle le titrage est effectué.

La réaction de Takata dans les affections hépatiques et rénales. — MM. F. RATHERY et J. FERROIR. La réaction est positive dans les atteintes profondes et massives du parenchyme hépatique, négative dans les affections biliaires, les altérations parcellaires ou légères du foie.

Chez les rénaux, la réaction est en règle négative. Une réaction positive a cependant été trouvée dans une néphrose lipoïdique. Elle indique habituellement une atteinte massive et profonde du foie avec inversion du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$.

Elle marche de pair avec les modifications de l'azote non protidique du sang et l'épreuve de la galactosurie provoquée. Il est cependant des cas de non concordance.

M. Noël FIESSINGER, avec ses collaborateurs, est arrivé, en ce qui concerne le foie, aux mêmes conclusions.

Absence de dispersion du « Treponema pallidum » dans le revêtement cutané, au cours de la syphilis cliniquement apparente. Mécanisme pathogénique de la dispersion du tréponème. — MM. C. LEVADITI, G. STROESCO et A. VAISMAN. Nulle dispersion du *Treponema pallidum* ne paraît s'effectuer dans le revêtement cutané éloigné des accidents spécifiques, chez les sujets susceptibles de réagir par des manifestations syphilitiques apparentes. La présence du spirochète n'a été constatée, en effet, chez eux, que dans la peau de la région scrotale inoculée et dans les ramifications nerveuses tributaires de cette région. Cette absence de dispersion semble liée à l'aptitude particulière de certaines espèces animales à réagir envers le tréponème, par des lésions qui fixent le parasite et en empêchent la dissémination.

Appareil pour la culture des microbes anaérobies. — MM. M. WEINBERG et P. SCHNEITER. On a imaginé plusieurs procédés qui permettent l'emploi successif des moyens propres à priver d'oxygène un milieu donné. Le plus ingénieux est celui de Hauduroy qui, grâce à un robinet ménagé dans la paroi de la cloche à vide, permet l'arrivée de potasse caustique dans un récipient renfermant déjà du pyrogallol. Mais pour adapter ce robinet à la cloche, on est amené à épaissir la paroi de celle-ci. C'est un inconvénient, car le moindre changement de température ou de pression provoque la rupture de la cloche.

Pour obvier à cet inconvénient, Weinberg et Schneiter ont imaginé un appareil dans lequel pyrogallol et potasse sont placés à l'état solide, au fond de la cloche, dans un récipient en porcelaine où un dispositif spécial, adapté au robinet de la cloche, permet l'arrivée de l'eau au contact de ces substances chimiques.

Sur la floculation spontanée des protéides contenues dans les vieilles cultures acidifiées des bacilles tuberculeux du type humain en milieu synthétique de Sauton et l'activation de cette floculation par chauffage. — M. F. van DEINSE. Dans les cultures de bacilles tuberculeux du type humain sur milieu synthétique de Sauton, il se forme un trouble à partir du quarantième jour et à condition que le pH soit descendu à 6,6 ; par chauffage, ce trouble devient de plus en plus dense pour former finalement un précipité floconneux qui se dissout quand on alcalinise le liquide. Le précipité entraîne une partie de la tuberculine présente dans la culture. Il s'agit de protéides formées dans le milieu par les bacilles.

Contribution à l'étude de l'assimilation des glycides (amidon et produits d'hydrolyse) chez le nourrisson âgé de moins de 6 mois à l'allaitement artificiel ou mixte. — MM. ARMAND-DELILLE, MENTZER et Mlle URBAIN ont employé la méthode mercurimétrique de Baudoin et Lewin, pour doser les matières réductrices dans les selles de nourrissons de moins de 6 mois recevant chaque jour 30 gr. d'amidon de blé bien cuit, ou la même dose de maltose ou de dextrine.

Ils ont constaté que ces matières réductrices étant en moyenne de 50 milligrammes par 24 heures, il n'y a pas proportionnalité entre la quantité de matières réductrices dosée et la quantité d'amidon ingérée.

Les affinités expérimentales de la toxine streptococcique scarlatineuse pour le système neuro-végétatif. — MM. GASTINEL et CONTE. Le filtrat streptococcique scarlatin, déposé chez le cobaye sur le tronc du sympathique ou y parvenant même indirectement, provoque de l'albuminurie, de l'hématurie, une azotémie marquée, un amaigrissement considérable et la mort de l'animal. A l'autopsie, on trouve, outre une infiltration sanguine des plans superficiels, une rougeur diffuse de la paroi, véritable énanthème. D'autre part, des lésions purpuriques et des infarcissements hématiques sont répandus sur l'estomac et le tractus intestinal, les plaques de Peyer sont hémorragiques ainsi que les ganglions mésentériques, inguinaux et axillaires. Intense congestion aussi de la surrénale, de la rate et du foie. A cette action si caractérisée, s'oppose la tolérance remarquable du cobaye aux mêmes injections pratiquées dans les nerfs moteurs périphériques.

Ainsi, est mise en lumière la curieuse affinité de la substance érythrogène pour l'appareil neuro-végétatif. L'expérimentation prouve donc que l'atteinte du système sympathique provoque symptômes et lésions rappelant de façon suggestive les formes malignes et hémorragiques de la scarlatine.

Combustion de l'alcool éthylique au cours de la perfusion du foie. — MM. Noël FIESSINGER, Henri BÉNARD, J. COURTIAL et L. DERMER. Le foie du chien consomme l'alcool à vitesse constante : 1 gr. 35 en moyenne par kg. de foie et par heure. En l'absence d'oxygène dans le sang perfusant la combustion de l'alcool ne se produit plus. Le cyanure de K. inhibe l'éthyloxydation, l'hyposulfite de soude la fait reprendre partiellement. Le 1-2-4 dinitrophénol se montre inactif sur l'éthyloxydation.

Influence du pH et de la réserve alcaline sur la production et la rétrocession de l'exophtalmie expérimentale. — Mlles Jeanne LÉVY, Denise KOHLER et M. L. JUSTIN-BESANÇON. 1° L'acidose diminue, chez le chien, la production de l'exophtalmie expérimentale obtenue par l'injection d'éphédrine, tandis qu'elle favorise la rétrocession de cette exophtalmie par les sympatholytiques naturels et de synthèse ; 2° l'alcalose favorise considérablement la production de l'exophtalmie éphédrinique tandis qu'elle empêche sa rétrocession par les sympatholytiques naturels et de synthèse.

Haptènes et inhibition du pouvoir hémolytique de certains sérums. — MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, N. KOSSOVITCH et S. ISHII. Si on injecte à un lapin un haptène seul (extrait alcoolique de rein de cobaye), le sérum de ce lapin ne donne aucune immunoréaction avec l'extrait injecté. Mais l'inoculation de cet haptène mélangé avec une protéine déclenche la formation d'anticorps correspondant.

Sur les formes évolutives du méningocoque. — MM. R. Dujarric de la Rivière, Et. Roux et Mlle Jeanne Ferey. En suivant l'évolution des colonies d'une souche isolée de méningocoque, on peut voir apparaître soit des colonies de forme régulière et lisse (forme S), soit des colonies qui, après avoir présenté un aspect gaufré (forme R), donnent naissance à des colonies filles dont les auteurs ont étudié la répartition sur la colonie mère (disposition en collerette ou en morula).

La nature du milieu et le temps depuis lequel la souche est sortie de l'organisme jouent un rôle important pour l'apparition des colonies filles. Les auteurs ont constaté : 1° que pour une même souche, c'est sur les milieux les plus pauvres que les colonies filles apparaissent le plus vite ; 2° que pour un même milieu, une souche, sortie récemment de l'organisme donne plus rapidement des colonies filles qu'une souche de collection.

Suivant que la souche est récemment sortie de l'organisme ou qu'elle est gardée depuis longtemps, on note des différences sensibles dans l'agglutinabilité des microbes de la colonie mère ou des colonies filles.

Taux d'adrénaline dans les capsules surrénales, chez les chiens soumis à la dépression barométrique. — M. Léon Binet et Mlle Jeanne Lanxade. Chez des chiens soumis à une dépression barométrique progressive, poussée jusqu'à un niveau correspondant à des altitudes de 10.000 à 12.500 mètres, le taux d'adrénaline des capsules surrénales, déterminé par la méthode de G. Weller, se trouve nettement augmenté par rapport au taux moyen de chiens témoins.

Sur la présence de la callicréine dans la salive et la possibilité de son intervention dans la transmission chimique de l'influx nerveux. — MM. G. Ungar et J.-L. Parrot ont identifié le principe hypotenseur de la salive avec la callicréine, hormone circulatoire existant dans le pancréas, l'urine et sous une forme inactive dans le sang. La callicréine possède également une action stimulante sur la sécrétion gastrique.

Ils soulèvent l'hypothèse de son intervention dans certains phénomènes de transmission chimique de l'influx nerveux.

Action du sérum antistaphylococcique dans l'infection expérimentale du lapin. — MM. Henri Bonnet, S. Thieffry et Mlle Montefiore ont cherché à déterminer expérimentalement l'action du sérum antistaphylococcique chez le lapin (sérum antitoxique).

Quand le sérum est injecté, préventivement, 24 heures avant l'injection virulente mortelle, les lapins ne sont pas protégés. Ils meurent, comme les témoins, mais dans des délais beaucoup plus longs. Par contre, quand le sérum est injecté en même temps que la dose virulente mortelle, les lapins sont protégés.

L'antitoxine staphylococcique injectée au lapin le protège donc dans une certaine mesure contre l'infection staphylococcique d'épreuve, et cela d'autant mieux que l'injection protectrice est plus rapprochée de l'injection virulente. Quand les deux injections sont simultanées, la protection est complète.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(Séance du 10 juin 1936)

Nématodes parasites. Essai d'une nouvelle thérapeutique. — MM. A. Challamel et P. Chantriot apportent les observations que depuis 3 ans ils ont recueillies, l'un en France, l'autre en Syrie, dans le traitement de *l'oxyurose* rebelle chronique, de l'*ascaridiose* et de la *trichocéphalose*, par l'emploi de l'æthone (éther Ray 35° Baumé). La faible toxicité du produit et sa grande maniabilité leur ont permis de prescrire la dose nécessaire et suffisante dans chaque cas et d'en prolonger l'emploi durant le temps voulu.

Ils ont obtenu ainsi des succès, là où tous les antihelmintiques classiques avaient échoué. Le plus souvent, il y a intérêt à *adjoindre un évacuant intestinal* doux, mais suffisamment efficace, pour pouvoir être renouvelé aussi souvent qu'il le faut.

Dans l'oxyurose rebelle chronique, après avoir donné l'æthone à la dose moyenne de 300 gouttes par jour chez l'adulte, de 100 gouttes chez le tout jeune enfant, pendant une semaine environ, avec prise du laxatif choisi, les auteurs recommandent, pour assurer l'expulsion des générations d'oxyures qui naissent de façon successive, de poursuivre l'administration de l'évacuant intestinal 2 fois par semaine, avec prise d'æthone la veille et le jour même, pendant un ou deux mois.

Dans l'ascaridiose, où l'auto-infestation ne joue pas, le traitement est beaucoup plus court.

Dans la *trichocéphalose*, l'æthone est donnée aux mêmes doses : 300 gouttes chez l'adulte, 100 gouttes chez le jeune enfant, pendant 5 jours de suite, avec traitement de consolidation de même durée 15 jours plus tard.

Enfin, dans le dépistage de l'helminthiase chez l'homme ou l'enfant, ils préconisent *l'épreuve par l'œthone*, épreuve efficace et sans danger.

Asthme et traitement par le corps thyroïde. — Mlle Madeleine Hirsch rapporte qu'un malade, âgé de 18 ans, souffre depuis l'âge de 11 ans de crises d'asthme qui deviennent de plus en plus fréquentes, et de plus en plus violentes.

Après échec de différentes thérapeutiques, un traitement par ingestion de corps thyroïde est tenté. Immédiatement les crises s'espacent et s'atténuent et ont disparu depuis 7 mois.

En un an, la taille du malade passe de 1 m. 60 à 1 m. 71, et son poids de 37 kg. à 57 kg. Les signes sexuels secondaires apparaissent. L'auteur attribue ce succès à l'influence du corps thyroïde sur les échanges et sur le développement pubertaire.

Il ne s'agirait pas de la guérison d'un asthme spécifiquement thyroïdien, mais d'une action spécifiquement endocrinienne, ayant modifié le terrain favorable à l'asthme.

Hypertension artérielle, maladie et hyperthyroïdie. — MM. H. Welti et M. Garnier signalent que l'association d'une hypertension artérielle maladie et d'une hyperthyroïdie s'observe après la cinquantaine. Il s'agit alors souvent de malades atteints d'adénomes toxiques et, dans ces circonstances, l'hyperthyroïdie — même un peu intense — favorise l'insuffisance cardiaque, toujours à craindre dans l'hypertension artérielle.

La thyroïdectomie subtotale est donc extrêmement utile. Les seules contre-indications sont : la présence de lésions rénales avec urémie menaçante ou encore une hypertension à évolution rapide se rapprochant de celles qui ont été décrites sous le nom d'hypertensions malignes.

Troubles auditifs (ou auriculaires) et paratyrone. — M. G. Parturier rappelle ses premières observations : un chien de 14 ans, 8 kg. 1/2 — sénile, aveugle et sourd recouvre en même temps que la vue, l'ouïe au point de répondre à la voix chuchotée. La Paratyrone lui a été administrée « per os ». Les premiers résultats sont nets au bout du premier mois (18 novembre 1934).

Un vieillard de plus de 91 ans s'améliore aussi de la vue (cataracte) et de l'audition, grâce à la Paratyrone ingérée le matin à jeûn, à la dose de 10 unités (Soc. de Thérapeutique, mai 1936).

Un grand nombre de malades « durs d'oreille » enten-

dent remarquablement mieux la voix parlée et chuchotée sous l'influence de la Paratyrone que l'auteur leur prescrit, comme traitement contre un état hépato-biliaire ou intestinal.

Partant de ces faits, l'auteur a cherché à les préciser, dans des affections très définies de l'oreille, par exemple, dans des cas de sclérose de l'oreille moyenne, ou dans des lésions osseuses de l'oreille interne susceptibles d'irriter, mais sans le détruire, le nerf acoustique.

Ces affections osseuses semblaient intéressantes, non seulement à cause de leur réputation d'incurabilité, mais aussi à cause de l'influence des Parathyroïdes sur le trophisme des squelettes. Aussi, l'auteur a-t-il demandé à M. le docteur Malherbe d'expérimenter sur ses malades la cure de Paratyrone, spécialement dans cette lésion de l'oreille, que le docteur Malherbe a défini dès 1900, sous le nom d'otospongiose.

Anatomiquement liée à une ostéite du labyrinthe, elle se localise d'abord aux deux points d'ossification de l'oreille interne qui se rejoignent en avant de la fenêtre ovale. Ainsi s'explique, au cours du processus pathologique, la soudure rapide de la platine de l'étrier...

En clinique, spéciale à la femme, influencée par les règles, grossesse, accouchements avec surtout des antécédents pulmonaires, parfois tuberculeux, elle se caractérise par le contraste entre l'intégrité de l'oreille moyenne (à cela près de l'ankylose de l'étrier, l'intégrité du nerf acoustique perception osseuse et la ténacité et la progression des troubles fonctionnels).

Dix cas d'otospongiose ont été améliorés de façon très sensible et trois cas d'otosclérose, à la suite d'injections sous-cutanées de Paratyrone. L'audition devenant plus fine dès les premières injections, pour s'accentuer progressivement.

Valeur régulatrice de l'exercice musculaire et d'une cure thermale sur les métabolismes chez les hépato-biliaires. — MM. Parturier, Fauqué et Nénon.

Cure de Vichy et opothérapie. — MM. G. Parturier, Fauqué et Nénon.

Production expérimentale d'œdèmes de nutrition, au moyen d'un régime exclusif de chocolat. — M. Raoul Lecoq et Mlle Madeleine Allinne signalent qu'il est possible de provoquer chez le jeune rat, au moyen d'un régime exclusif de chocolat, la production d'œdèmes de nutrition, comparables en certains points avec les œdèmes de guerre.

LIVRES NOUVEAUX

Face au péril aéro-chimique (1)

Nous ne pouvons penser sans effroi au danger que courraient les femmes, les enfants et les bonnes gens, qui peuplent nos bonnes villes de France, si la folie belliciste de nos voisins déclenchait brusquement une attaque aéro-chimique. Pour parer à ce danger, on pense généralement qu'il n'existe que des moyens insuffisamment sûrs ou trop onéreux pour songer sérieusement à les mettre en œuvre ; ou, pris d'une panique injustifiée, on considère un tel fléau comme une fatalité impossible à combattre et comparable à la fin du monde.

Les auteurs d'un livre qui vient de paraître : « Face au Péril aéro-chimique », considèrent une telle mentalité comme le principal obstacle à la réalisation de tout plan de protection efficace, lequel exige une collaboration de tous aux Pouvoirs publics. Après avoir montré le péril dans ses véritables proportions, ils ont voulu familiariser le lecteur avec le danger des gaz comme le piéton se familiarise avec les voitures qui sillonnent la rue. Le danger est dans les deux cas mortel, mais il devient supportable dès qu'on connaît les règles de prudence qui le régissent.

C'est ainsi que nous voyons le sympathique président-fondateur des écrivains combattants, José Germain, nous peindre avec un réalisme poignant, dans une anticipation très juste, les drames d'une attaque aérienne brusquée. Une telle description reste gravée dans la mémoire, bien mieux que les conseils si judicieux, mais si froids des consignes officielles : pas d'affolement, respirer doucement, ne pas courir, et à défaut de masque se protéger la bouche et le nez avec un tampon de fortune, etc... Nous devons donc approuver chaudement cette « anticipation », la connaissance du danger étant le premier élément de la protection.

Les auteurs montrent ensuite un sens pratique bien rare à notre époque, où l'on cache son indécision et sa faiblesse par des critiques et des plaintes contre les Pouvoirs publics. Ils ont posé à priori, que les moyens de la protection doivent être réalisables dès aujourd'hui, fonctionner en toute circonstance et à tout moment, sans nécessiter des dépenses inaccesibles aux bourses modestes.

Un masque constitue certainement une excellente protection, mais c'est une erreur de croire qu'il n'y a de sauvegarde qu'en lui. Ensuite, aurez-vous votre masque sous la main au moment du péril ? — Vos enfants auront-ils un masque à leur taille ? — Seront-ils entraînés à le supporter ? — Que faire des bébés ? — Parviendrez-vous à faire supporter cette gêne aux tout petits ? — Et les malades ? — Les vieillards dont le souffle est déjà court ? — Enfin, aurez-vous veillé à sa bonne conservation, et même s'il a gardé toute sa valeur, le masque semble devoir jouer, au moment d'une attaque, le rôle de la ceinture de sauvetage sur le navire ou du parachute sur l'avion. Enfin, tout le monde ne pourra s'offrir un masque tant que des modèles simplifiés, de prix réduit, tout en restant efficaces, n'auront pas été réalisés.

Le grand mérite des auteurs — le colonel pharmacien Bruère, conseiller technique sanitaire dans les Commissions de Défense Passive de la Seine (Prix Montyon en 1934 de l'Institut pour ses travaux sur cette question), et son collaborateur Georges Vouloir, ingénieur-chimiste — est de montrer comment vous pouvez assurer votre sécurité contre le péril aéro-chimique, dans votre appartement, dans votre maison, sans même abandonner les commodités de votre intérieur et sans frais, sous réserve, bien entendu, que l'immeuble que vous occupez donne les garanties suffisantes.

Lisez donc ce livre, il vous servira de guide pour mettre votre famille en sécurité ; n'attendez pas l'heure du danger pour prendre les précautions élémentaires, mais indispensables, qui vous sont précisées.

L. G.

(1) *Face au péril aéro-chimique.* In-8 illustré. — Prix : 15 fr. — Editions Médicis, 30, rue de Bellefond, Paris (IXe).

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

Outre sa fréquence bien moindre, mais qui reste cependant appréciable (15 à 20 cancers du corps pour 100 épithéliomas cervicaux), le cancer du corps de l'utérus s'oppose en tous points à celui du col et en reste absolument distinct ;

— Sa symptomatologie très spéciale *alarme rapidement* et assure un diagnostic précoce.

— Son évolution de *longue durée*, sa faible tendance extensive, en permettent le traitement avec de grandes chances de succès.

— Ce traitement est uniquement *chirurgical*, car c'est un épithélioma cylindrique radio-résistant.

ETIOLOGIE

C'est une affection de la vieillesse et, dans la grande majorité des cas, le cancer du corps utérin se manifeste *après la ménopause.* Exceptionnellement, on peut le voir évoluer chez une femme jeune.

Des causes prédisposantes ont pu être invoquées : l'endométrite constitue un terrain favorable à la greffe du cancer et la multiparité est un facteur étiologique discuté.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1. Formes anatomiques. — C'est une néoplasie d'abord végétante, puis infiltrante, qui revêt deux types principaux :

— *Forme localisée :* siégeant très souvent au niveau du fond ; c'est une masse bourgeonnante, soit pédiculée et polypeuse, soit sessile, dont la surface est fongueuse, grisâtre, friable et saignante.

— *Forme diffuse :* où la muqueuse utérine est bourgeonnante, ulcérée dans sa totalité ou la majeure partie de son étendue.

Au début, le cancer a des limites nettes en profondeur, puis il devient infiltrant et envahit le myomètre, dont il réduit progressivement l'épaisseur pour, finalement, atteindre le péritoine, où il se généralise par greffe. Vers le bas sa limite est nette et le canal cervical reste indemne.

Fréquemment le cancer se complique de *pyométrie* et d'hématométrie.

II. Extension. — L'évolution, en règle, reste toute *locale* et, en dehors de la période terminale, on n'observe d'atteinte ni des ligaments larges, ni de la vessie ni du rectum.

Des *métastases* toutefois peuvent apparaître dans les trompes, les ovaires, et au niveau du vagin.

L'*envahissement lymphatique* est très tardif et pratiquement on n'a pas à en tenir compte. Les ganglions atteints sont les ganglions lombaires, les ganglions iliaques externes, exceptionnellement les ganglions inguinaux superficiels (Rouvière).

III. Histologie. — Le cancer du corps est un *épithélioma cylindrique.* L'aspect le plus habituel est représenté par des tubes et des cavités pseudo-glandulaires dont les cellules, profondément modifiées, disposées sur plusieurs couches, ont perdu leur caractère cylindrique haut ou sont encore plus atypiques. Ces tubes épithéliaux s'enfoncent profondément dans les interstices musculaires, et c'est un des meilleurs signes de l'évolution maligne.

En dehors de cette forme, qui est la plus fréquente, il existe d'autres variétés :

— *Carcinome alvéolaire*, où les amas cancéreux situés dans les alvéoles conjonctifs présentent une atypie cellulaire telle que rien ne rappelle plus l'épithélioma cylindrique.

— *Epithélioma mixte*, à la fois cylindrique et pavimenteux, avec bulbes d'oignon qui signent la nature spino-cellulaire.

— *Adénome diffus*, où toute une série de lésions assurent la transition entre la néoplasie bénigne et l'adénocarcinome atypique (Lecène).

SYMPTOMATOLOGIE

Le *début* clinique est marqué, chez une femme âgée, par l'apparition d'*hémorragies :*

— En règle générale, c'est *après la ménopause*, qui s'est effectuée normalement, que la malade est prise soudain, sans douleurs, d'une perte sanguine qui va se renouveler, et qui l'alarme.

— Quelquefois, c'est au moment même de la ménopause que les règles deviennent abondantes, irrégulières et prolongées, sans que rien de spécial caractérise ces ménorragies.

Puis le tableau clinique se complète.

A. Signes fonctionnels. — I. L'*hémorragie* reste le *signe capital :* elle est indolente, peu abondante, capricieuse au début, puis tend à devenir *continue.*

Sa spontanéité l'oppose au caractère provoqué de l'hémorragie du cancer du col et elle reste rebelle aux thérapeutiques habituelles.

Parfois il se produit de l'hématométrie, avec rétention et évacuation de caillots avec coliques douloureuses.

II. Des *écoulements* viennent bientôt accompagner ces hémorragies :

Soit hydrorrhée simple,

Soit pertes plus caractéristiques, troubles, rosées, roussâtres, d'odeur fade puis infecte lorsque l'évolution du cancer est plus avancée.

Le suintement séro-sanguinolent est d'abord très léger, laissant à peine sur le linge une tache rosée ou rouillée ; il augmente peu à peu, très lentement. De temps en temps survient brusquement une hémorragie plus abondante.

III. Des *douleurs* apparaissent assez précocement, variables dans leur intensité :

— Douleurs vagues, légères, sensations de pesanteur, avec propagation vers les lombes et les cuisses.

— Douleurs plus caractéristiques, paroxystiques, répondant à des périodes de rétention de sécrétions muco-purulentes ou de sang, à caractère de colique expulsive et cessant par l'évacuation utérine.

B. Signes généraux. — Contrastant avec ce tableau clinique qui réunit chez une femme ménopausée un ensemble caractéristique, l'état général n'est nullement touché et ni fatigue, ni anémie, ni amaigrissement n'attirent l'attention de la malade.

C. Examen clinique. — Pratiqué *tout au début*, l'examen gynécologique donne un minimum de renseignements :

— Le corps utérin paraît, chez cette femme âgée, un peu augmenté de volume.

— Le col est parfaitement normal.

Mais la seule indication d'une hémorragie, quelle qu'elle soit, très suspecte au delà de la ménopause, est un *signe d'alarme* qui impose l'idée du cancer et, si elle ne suffit pas à affirmer le diagnostic, il devient nécessaire, pour en faire la preuve, de faire des recherches où la biopsie, sur les fragments retirés par curettage explorateur, occupe la première place.

Ultérieurement, les modifications sont plus manifestes :

— Le col utérin est parfois légèrement entr'ouvert, quelquefois un peu ramolli.

— Le corps est nettement *augmenté de volume, globuleux*, atteignant parfois déjà le volume du poing, un peu mou, mais parfaitement mobile, absolument indolore à la palpation.

— L'examen au speculum montre l'écoulement séro-sanguinolent malodorant et vérifie l'intégrité du col.

— L'introduction prudente de l'hystéromètre peut donner la notion d'une cavité utérine agrandie et il ramène parfois, avec du sang ou du pus, quelques débris qui ne laissent aucun doute sur le diagnostic.

(*A suivre.*) J.-N. COURVOISIER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 69. — SAMEDI 29 AOUT 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Etudiants : **25** francs par an.	Tous les autres pays : **75** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NEVERS. — Un concours sur titres est actuellement ouvert pour le poste de médecin de l'Hôpital de Nevers, chargé du laboratoire de biologie.

Les candidats devront avoir déposé leurs titres et diplômes avant le 15 septembre 1936.

HOPITAL DE MOSTAGANEM. — Un concours sur titres est ouvert à Alger, le 16 novembre 1936, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Mostaganem. La liste des candidats sera close le 26 septembre 1936.

S'adresser au Gouvernement général de l'Algérie, direction de la Santé publique.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Un concours pour l'admission à deux emplois de médecins à la maison de Saint-Lazare, s'ouvrira à la Préfecture de police le vendredi 20 novembre 1936.

Le registre d'inscription sera clos le samedi 17 octobre à midi. Les conditions d'admission et le programme des matières du concours sont tenus à la disposition des candidats, à la direction du personnel de la comptabilité et du matériel, à la Préfecture de police, caserne de la Cité.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Année scolaire 1936-1937.* — **Examens.** — *Avis très important.* — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

1° ANCIEN RÉGIME D'ÉTUDES. — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 h., les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1er octobre 1936.

La limite des consignations pour ces examens est fixée au mardi 25 mai 1937.

2° NOUVEAU RÉGIME D'ÉTUDES. — *Session d'octobre 1936.* — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1936, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1936, sont informés que les épreuves des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 13 octobre 1936 (consulter en octobre les affiches manuscrites).

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichets nos 2 et 3), les jeudi 1er et vendredi 2 octobre 1936, de 9 à 11 h. et de midi à 15 h.

Session ordinaire 1936-1937. — MM. les étudiants doivent consigner pour l'examen de fin d'année du 4 au 16 janvier 1937.

Les candidats, soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre en série pour l'examen de fin d'année.

Toute consignation ou inscription en vue d'un examen peut être faite soit par correspondance, soit par une tierce personne.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par eux, du 1er octobre 1936 au 25 mai 1937.

3° THÈSE. — Les consignations pour la thèse seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 h.,

les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1er octobre 1936.

La date-limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse est fixée au 15 juin 1937.

Le dépôt des manuscrits au secrétariat sera suspendu le 5 juin Il reprendra le 28 juin pour l'année scolaire 1937-1938.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie aux guichets nos 2 et 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

MARINE. — *Liste des médecins autorisés à subir les épreuves des concours pour les emplois de chargés de cours dans les écoles de médecine navale.* — Les médecins de 1re classe dont les noms suivent sont autorisés à subir les épreuves des concours pour les emplois de chargés de cours dans les écoles de médecine navale qui auront lieu à l'hôpital maritime Ste-Anne, à Toulon, le 22 septembre 1936 :

I. ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Physiologie, hygiène et médecine légale.* — M. Beauchesne, en service à Toulon.

II. ECOLES ANNEXES. — A. *Histologie et embryologie aux écoles annexes de Brest et Toulon.* — MM. Laffere, en service à Cherbourg; Duquaire, en service à Toulon; Gaudin, en service à Bizerte.

B. *Physiologie et séméiologie aux écoles annexes de Rochefort et Toulon.* — MM. Jaffry, en service à Orly; Chertin, en service à Cherbourg; Bacquet, du croiseur *Marseillaise*.

Tous ces officiers devront être rendus à Toulon le 21 septembre 1936.

APRÈS LA CAMPAGNE D'ÉRYTHRÉE. — Le professeur Aldo Castellani, qui fut le commissaire sanitaire pour l'Afrique orientale et dirigea d'une façon si remarquable le service de santé italien au cours de la guerre d'Ethiopie vient d'être nommé Comte de Chisimaio, à titre héréditaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Louis Lieutaud à Marseille.

Union internationale contre la tuberculose. — Par suite des difficultés actuelles de communications avec le Portugal, la Xe Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose, qui devait se tenir à Lisbonne du 7 au 10 septembre 1936, est remise à une date ultérieure.

Deuxième Congrès International de Gastro-Entérologie. — La Société Internationale de Gastro-Entérologie a organisé son deuxième Congrès.

Celui-ci tiendra ses assises à Paris, pendant l'Exposition Universelle, les 13, 14 et 15 septembre 1937, sous la présidence de M. le professeur Pierre Duval, de Paris.

Deux questions sont mises à l'ordre du jour des séances :

1° *Le diagnostic précoce du cancer gastrique ;*

2° *L'occlusion aiguë et chronique du grêle.*

La première sera traitée simultanément par des rapporteurs français et des rapporteurs allemands.

Le rapport d'ensemble des auteurs français sera présenté par MM. les Prof. P. Duval et Gosset, avec la collaboration de : Prof. Carnot (diagnostic clinique et sérologique) ; Dr Gutmann (radiologie) ; Dr Moutier (gastroscopie) ; Dr Garin (gastroscopie photographique) ; Prof. Labbé (diagnostic chimique) ; Dr Yvan Bertrand (histologie pathologique) ; Drs Gatellier et Charrier (diagnostic opératoire).

Le Prof. Konjetzny présentera le rapport d'ensemble des auteurs allemands, avec la collaboration de : Prof. von Bergmann (médecine) ; Prof. Sauerbruch (chirurgie) ; Prof. Buerger (diagnostic chimique) ; Prof. Berg (radiologie) ; Prof. Henning (gastroscopie et gastrophotographie) ; Prof. Staemmler (anatomie pathologique).

La deuxième question mise à l'étude sera traitée par les rapporteurs suivants : MM. Mogena (Espagne) pour la partie médicale) ; Bottin (Belgique) pour la physiopathologie ; Krynski (Pologne) pour la radiologie ; Wilkie (Angleterre) pour la chirurgie ; Bindo de Vecchio (Italie) pour l'anatomie pathologique ; N. (E.U.A.) pour la bio-chimie.

A l'issue du Congrès de Paris s'ouvrira le Congrès International de l'Insuffisance hépatique, qui aura lieu à Vichy, les 16, 17 et 18 septembre 1937, sous la présidence de M. le Prof. Loeper.

Il comportera 2 sections : une de médecine, l'autre de thérapeutique, dans lesquelles des rapporteurs éminents de diverses nationalités ont été choisis (Allemagne, Angleterre, Autriche, Espagne, France, Roumanie). Entre autres chapitres seront traités : les œdèmes des hépatiques, le foie des paludéens, le gros foie des enfants, la fonction soufrée, le foie du point de vue intervention chirurgicale, puis les médications cellulaires et circulatoires.

Le Voyage médical en Italie du Comité France-Italie (du 15 au 27 septembre 1936). — La section médicale du Comité France-Italie organise un voyage médical qui aura lieu dans la seconde quinzaine de septembre. Son but est l'étude des œuvres médico-sociales de l'Italie et la visite des grandes organisations hospitalières.

Par ce voyage, les médecins français signataires de l'important manifeste de l'automne dernier entendent renouveler à l'égard de leurs confrères italiens leur geste de grande estime et d'amitié.

Partis le 15 septembre de France, Paris et province, les voyageurs seront de passage à Turin le 16 dans la matinée : à Novare, ce même jour dans l'après-midi, à Milan le 17 ; à Salsomaggiore, le 18 ; à Bologne, le 19 ; à Florence, les 20 et 21 ; à Montecatini, le 22 ; à Rome, les 23, 24 et 25 ; à Vérone, le 26 ; à Bergame, le 27 dans la matinée.

Les détails concernant les réceptions, les visites scientifiques, artistiques et touristiques, seront donnés ultérieurement.

Les confrères peuvent, avec leur famille directe, participer à ce voyage ; celui-ci promet d'être des plus intéressants, et les conditions qui l'accompagnent seront en tout point exceptionnelles.

Prix (groupe parisien) : 1re classe, 1.630 fr. — 2e classe, 1.270 fr.

Le nombre des participants sera limité ; il est conseillé d'envoyer dans un délai rapproché les adhésions à M. le Secrétaire général de la section médicale du Comité France-Italie, Bureau de la C.I.T., 3, boulevard des Capucines, Paris.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

REVUE GENERALE

LE BIOTROPISME[1]

Par M. MONNEROT-DUMAINE (d'Ismaïlia),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

IV. Nature des accidents biotropiques. Pathogénie.

L'éclosion des accidents infectieux que nous avons passés en revue peut être expliquée par deux mécanismes :

1° *Une exaltation de la virulence des microbes* (biotropisme proprement dit).

2° *Une altération de l'organisme,* d'où diminution de résistance du terrain et perte de l'immunité vis-à-vis de germes jusque-là bien tolérés (hypophylaxie).

Ces deux mécanismes semblent se combiner souvent.

1° *Exaltation de la virulence des microbes* (*Biotropisme vrai*). — Il est difficile d'en fournir la preuve ; toutefois, on a bien l'impression qu'à faibles doses, l'arsenic exalte le tréponème, ce qui expliquerait la réaction d'Herxheimer ; il est probable aussi qu'il exalte le staphylocoque de l'acné et d'autres germes.

Certaines expériences de Charles Richet et Chassevent ont réalisé un véritable biotropisme *in vitro :* opérant avec des cultures de bacilles lactiques, ils ont observé que certains sels métalliques qui, à une certaine dose, intoxiquent les bacilles, à une dose inférieure peuvent au contraire stimuler sa vitalité.

2° *Altération de l'organisme* (*hypophylaxie*). — Il est certain que certaines altérations de l'organisme prédisposent aux maladies infectieuses. Par exemple, les grands insuffisants hépatiques ont une réceptivité particulière qui a été démontrée par des recherches cliniques et expérimentales. Les diabétiques sont très peu résistants vis-à-vis des pyogènes banaux et du bacille de Koch. Le jeûne et le surmenage prédisposent évidemment aux maladies infectieuses ; ces faits ont été confirmés au laboratoire par Canalis et Morpurgo pour le jeûne, par Charrin et Roger pour le surmenage. On sait aussi que des tissus contus résistent mal à l'infection. Tous ces faits ne rentrent pas dans le cadre du biotropisme, mais ils font ressortir le rôle possible de l'altération du terrain dans les accidents dits biotropiques. Rappelons aussi les fameuses expériences de Pasteur sur la poule qui devient sensible au charbon quand on la refroidit et la grenouille qui perd son immunité quand on la réchauffe. Le rôle du terrain est bien mis en évidence également dans le fait que la splénectomie pratiquée chez certains animaux (Chien, Rat, Souris) porteurs d'une bartonellose inapparente, fait éclater une infection aiguë souvent mortelle.

Dans certains cas, l'altération du terrain consiste peut-être dans l'*altération des épithéliums ;* cela expliquerait entre autres les stomatites et les entérocolites mercurielles ; en effet, le mercure s'élimine par les épithéliums et en amène la chute ; c'est sans doute une porte ouverte aux infections.

L'altération de l'organisme qui ferait éclore beaucoup d'accidents chimiothérapiques, serait pour Jausion *l'affaissement du sol hématique,* c'est-à-dire le blocage myélocytaire et réticulo-endothélial par lésion de la moelle osseuse. Cette atteinte osseuse expliquerait que l'organisme devienne plus réceptif tant vis-à-vis des microbes saprophytes qui deviennent pathogènes (biotropisme ou plutôt hypophylaxie) que pour les substances inertes qui deviennent toxiques (accidents d'intolérance). Pour Jausion et ses collaborateurs, on a la preuve de cette atteinte médullaire :

a) Par l'existence assez fréquente d'un syndrome purpurique chez les malades traités par des médicaments antisyphilitiques ;

b) Par l'expérimentation : chez le lapin et le cobaye soumis à une chimiothérapie analogue, il est facile de déceler des altérations médullaires.

Citons aussi le *rôle possible du foie.* On sait que le foie est par excellence un organe de la défense anti-infectieuse. Or le foie n'est-il pas justement un des organes les plus sensibles aux intoxications ? Ne peut-on admettre que lorsqu'un produit lèse le foie, même discrètement, ses fonctions antitoxiques et antiinfectieuses étant inhibées, il peut se développer dans l'organisme des infections jusque-là contenues par la fonction d'arrêt du foie ? La sentinelle est endormie : l'ennemi s'introduit dans la place.

On peut encore soulever une hypothèse inspirée des travaux de Gouin et Bienvenüe sur le choc thérapeutique. Une chimiothérapie est peut-être nocive, lorsqu'elle détermine *une diminution du nombre des leucocytes.* Or le rôle antiinfectieux de ceux-ci est bien connu. Cette hypothèse est voisine de la théorie du sol hématique.

V. Discussion

La doctrine du biotropisme n'a jamais été discutée dans son ensemble, mais elle a prêté à des critiques sur de nombreux points. Tandis que certains auteurs cherchent à l'étendre, d'autres tendent à la restreindre.

Il y a des faits indéniables auxquels le biotropisme s'applique certainement.

1° Parmi les *phénomènes indiscutés de réveils infectieux* sous des influences extérieures, il suffit de citer :

— L'acné iodique ;

— Les réveils de paludisme après traumatismes ou rayons ultraviolets ;

— La furonculose à la suite des injections arsenicales ;

— L'herpès qui survient comme infection de sortie après tant de maladies.

2° *Biotropisme ou intolérance* — Certains auteurs tendent à expliquer par l'*intolérance* du terrain beaucoup d'accidents que Milian et ses élèves considèrent comme biotropiques. Le problème est très délicat, d'autant plus qu'il est souvent mal posé à cause de l'imprécision de la terminologie. Si l'on veut, avec Tzanck, considérer le biotropisme comme une des formes de l'intolérance, il n'y a plus lieu de se demander si tel ou tel accident est imputable à du biotropisme ou à une intolérance.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 64, p. 1125 et n° 67, p. 1173.

En réalité, la discussion peut s'énoncer d'une façon plus explicite : *les accidents d'allure infectieuse qui apparaissent au cours de certains traitements sont-ils réellement infectieux ? ou sont-ils des accidents de sensibilisation ou d'idiosyncrasie ?*

Le rôle de la sensibilisation a été particulièrement mis en valeur par Gaté et ses élèves, à Lyon. Ils s'appuient sur les épreuves de cuti et d'intradermo-réaction et sur la méthode de sensibilisation passive du cobaye. Cuilleret qui a consacré sa thèse à cette question, estime que dans 58 % des accidents de la chimiothérapie, il y a un élément allergique. Il a pu mettre cet élément en évidence dans 75 % des accidents précoces et dans 45 % des accidents tardifs. Pour dépister l'état de sensibilisation, il a utilisé la méthode de transmission de la sensibilisation au cobaye (surtout par la voie intracardiaque) et les intradermo-réactions.

Pourtant l'expérimentation semble également donner raison à la thèse de Milian. Les recherches expérimentales poursuivies par Garnier confirment la nature non toxique et non allergique des accidents biotropiques. En effet, *les malades ayant eu un érythème biotropique à la suite du novar ont une intradermo-réaction négative au novar, dans 90 % des cas.* Cette constatation tire sa pleine valeur de son rapprochement avec les faits suivants :

— Les sujets ayant eu une érythrodermie ont toujours une intradermo positive ;

— Les sujets qui n'ont jamais reçu de novar ont toujours une intradermo négative.

Enfin, il ne s'agit pas d'anaphylaxie car il n'y a pas de précipitines dans le sérum, pas d'antiarsénobenzol, et on ne peut pas obtenir sur le cobaye la transmission de l'anaphylaxie passive au 914. (Signalons en passant que ces recherches sont également négatives dans l'érythrodermie.)

Rappelons aussi que certains auteurs ont pratiqué, dans les érythèmes auriques, des intradermo-réactions à l'or (en particulier au moyen d'une solution de crisalbine à 1 %) ; à notre connaissance, les résultats ont toujours été négatifs.

Les constatations de W. Heuck (de Munich) viennent aussi à l'encontre de la théorie allergique, tout au moins en ce qui concerne les érythèmes du 9e jour. Cet auteur a étudié particulièrement la forme sanguine de ces accidents ; il trouve une leucocytose constante avec polynucléose, tandis que l'éosinophilie manque ou reste très discrète. C'est l'indice d'un processus infectieux plutôt que d'un processus « allergique ».

Mais pour Tzanck ces mêmes érythèmes ne seraient pas infectieux ; ils traduiraient un déséquilibre vasomoteur semblable à celui qui marque la phase d'invasion de certaines maladies infectieuses. Aussi cet auteur les désigne-t-il sous le nom de *rashs de la chimiothérapie.*

Un des faits qu'on peut opposer à la théorie biotropique, c'est la possibilité, chez le même malade, d'accidents associés très différents, les uns apparemment infectieux, les autres apparemment toxiques. C'est ainsi qu'une observation du plus haut intérêt, publiée par Massot (de Rennes), est venue montrer la difficulté du problème et rallumer les discussions (27).

Obs. XVI, très résumée (Massot). — Une femme en cours de traitement par le novar présenta, au 9e jour, un érythème biotropique, constitué par un exanthème morbilliforme, un énanthème plutôt scarlatineux avec angine, et sans Köplik, une fièvre à 40°. En trois jours tout disparut. Quelques jours après on lui fit 0 gr. 45 de novar sans aucun incident, ce qui prouva la nature non toxique de l'érythème.

Or, à la suite d'une nouvelle injection de novar, la malade fit une érythrodermie vésiculo-œdémateuse typique et une polynévrite des quatre membres dont la guérison devait être très lente. La malade avait une forte intradermo-réaction au novar ainsi d'ailleurs qu'au streptocoque.

Par conséquent, la malade de Massot avait fait un érythème du 9e jour, puis une érythrodermie précoce et on pouvait se demander si celle-ci était une manifestation d'intoxication ou d'intolérance, ou encore une manifestation biotropique due au streptocoque. Milian intervint pour se ranger à ce dernier avis et invoquer le rôle du streptocoque même dans la polynévrite. Tzanck par contre attribua l'érythrodermie à une intolérance.

Voici maintenant une observation personnelle d'érythème biotropique qui pose des problèmes pathogéniques analogues, car la reprise du traitement a entraîné une crise nitritoïde.

Obs. XVII (résumée). — *Erythème arsénobenzolique d'allure biotropique. Crise nitritoïde à la reprise du traitement.* — Une jeune femme reçoit un traitement novarsénobenzolique et, 9 jours après la première injection, elle présente un exanthème scarlatiniforme, de la fièvre, des adénopathies cervicales, une angine légère, dont l'ensemencement n'a pas donné de streptocoque hémolytique. Ces incidents régressent rapidement, et après quelques injections de cyanure, on refait une injection de 0,30 de novar. Celle-ci déclenche une crise nitritoïde non alarmante mais nette et une légère albuminurie.

Voilà par conséquent une observation où il y eut à la fois un accident d'allure infectieuse et un accident d'intolérance. Y a-t-il eu coïncidence ? Ou l'érythème biotropique doit-il être considéré aussi comme un accident d'intolérance ? Faut-il admettre pour ces cas mixtes la possibilité d'accidents associés biotropiques et toxiques ?

En Amérique, Cole et Mac Caskey ont vu des cas analogues : deux érythrodermies mortelles survenues à la reprise du traitement par la néoarsphénamine, après un érythème d'allure bénigne.

Il y a donc des cas difficiles à interpréter, car ils associent des accidents de pathogénie apparemment différents.

Dans un article récent, Milian a groupé les arguments qui militent en faveur de la *nature infectieuse des érythèmes du 9e jour.*

a) Ces érythèmes « ne reproduisent pas la symptomatologie des accidents présentés par les animaux « lorsqu'on leur administre des doses réellement toxiques, c'est-à-dire mortelles ».

b) Ils « sont produits non seulement par le 914, mais « par une foule de médicaments les plus divers ».

c) « La multiplicité des types éruptifs observés au « 9e jour avec un même médicament, comme le 914

« par exemple, prouve bien aussi la non-toxicité des « éruptions observées ».

d) Le 4e argument, que nous aurons à discuter plus loin repose sur l'identité avec des maladies infectieuses classées.

e) « Il ne s'agit pas d'une coïncidence, puisque à « chaque injection nouvelle, il y a une ou deux repri- « ses, quelquefois trois, réveils de l'éruption en plus « petit et en plus court, avec mêmes phénomènes fé- « briles qui s'épuisent également ».

f) Les cas de contagions sont rares, mais existent, nous y reviendrons. « Les érythèmes du 9e jour pren- « nent dans les salles d'hôpital *une allure épidémi- « que. Inversement, des rougeoles peuvent amener « des érythèmes morbilliformes interthérapeutiques* ».

g) « Cette date du 9e jour d'une cure médicamen- « teuse est également celle où l'on voit survenir, in- « dépendamment de tout érythème, *d'autres accidents « infectieux*, tels que : angine, coryza, rhumatisme « articulaire aigu, etc... »

***

Mais tout en admettant la nature infectieuse des accidents dits biotropiques, peut-on, comme certains auteurs ont tendance à le faire, les faire rentrer dans le cadre de *l'intolérance ?* Nous ne le pensons pas, car beaucoup d'accidents biotropiques sont bénins, passagers et permettent la continuation du traitement ; par conséquent, on ne peut dire que celui-ci n'ait pas été *toléré par le terrain.*

Rappelons que Milian classe les accidents de la chimiothérapie en :

— Accidents toxiques ;
— Accidents infectieux (biotropiques) ;
— Accidents mixtes ;

Et que Tzanck propose :

— Accidents d'intolérance comprenant :
 Accidents biotropiques,
 Intolérance innée (idiosyncrasie),
 Intolérance tissulaire acquise ;
— Accidents toxiques.

Nous pensons qu'il serait plus clair et plus précis de proposer la classification d'attente suivante :

Accidents de la chimiothérapie :

1° Accidents d'intoxication ;
2° Accidents d'intolérance :
 a) Intolérance innée (idiosyncrasie).
 b) Sensibilisation ou anaphylaxie ;
3° Accidents biotropiques et hypophylactiques :
 a) Biotropisme direct ou réactivation,
 b) Biotropisme indirect.

***

3° Nous en arrivons à une question très controversée : *les érythèmes du 9e jour sont-ils de vraies rougeoles, rubéoles, scarlatines*, ainsi que le soutiennent Milian et ses élèves ?

Les critiques adressées à la thèse de Milian reposent sur :

a) *Les différences cliniques* qu'il y a entre les trois maladies éruptives en question et les érythèmes du 9e jour ; en particulier la rareté des phénomènes bucco-pharyngés ;

b) *La non-contagiosité.* Signalons l'observation de Cade, Dufourt et Paillard d'un érythème morbilliforme chez un malade ayant eu antérieurement la rougéole. D'autre part, Chevallier, en injectant à 7 sujets volontaires le sang de 7 érythèmes du 9e jour, n'a jamais reproduit la maladie ;

c) *La durée de l'incubation*, uniforme pour les différents types d'éruptions ;

d) *La négativité de certaines épreuves biologiques* dans les érythèmes scarlatiniformes. Gastinel (30) n'a jamais observé de réaction de Schultz et Charlton positive, et n'a pu trouver de streptocoques hémolytiques dans le pharynx. Pourtant, dans l'observation d'érythème aurique scarlatiniforme de Codvelle et Sohier, la réaction d'extinction était positive (51).

Les différences cliniques s'expliquent par la différente voie de contamination. Dans une scarlatine biotropique, il n'y a pas contagion mais auto-contamination par exaltation de germes ou défaillance de l'immunité. Par conséquent, l'angine est naturellement plus rare dans cette dernière forme. D'autre part, les érythèmes biotropiques surviennent chez des adultes qui ont pu avoir déjà dans leur enfance ces maladies éruptives. Il y a rupture partielle de l'immunité ; mais il est normal que la maladie ait des symptômes atténués et une évolution écourtée.

Quant à la *non-contagiosité*, elle n'est pas prouvée. Il est normal d'ailleurs que ces érythèmes, étant moins virulents, soient moins contagieux, et d'autant moins contagieux qu'il y a moins de symptômes rhino-bucco-pharyngés. Il y a même quelques rares observations qui prouvent que cette contagiosité existe. Dès 1926, Milian publiait un cas qui synthétisait bien ses arguments et il l'intitulait franchement : « *Les éruptions morbilliformes biotropiques sont des rougeoles* ». Il s'agissait d'une femme syphilitique qui, en cours de traitement par le novar, présenta une éruption très voisine de la rougeole. Cette malade « contagionna les « deux nourrissons, ses voisins de lit, d'une rougeole « typique..., et deux malades adultes syphilitiques, en « traitement par le 914, firent un érythème morbilli- « forme du 9e jour des plus caractéristiques. La dif- « férence entre les deux variétés de contamination « s'explique facilement. Le nourrisson vierge de toute « rougeole antérieure se contamina sous la forme « d'une rougeole caractéristique. L'adulte atteint an- « térieurement d'une rougeole (pendant l'enfance la « plupart du temps) fait une rougeole atténuée, modi- « fiée par l'immunité antérieure qui en atténue les « manifestations. »

Mme Spitzer a récemment observé la contagion d'un cas de rubéole biotropique ; il s'agissait d'une femme qui fit un érythème rubéolique au 9e jour d'un traitement par le tréparsol ; son fils, âgé de 4 ans, contracta auprès d'elle la rubéole (19).

Il faut remarquer que cette discussion sur la nature légitime des rubéoles, scarlatines et rougeoles biotropiques n'atteint pas le fond du sujet. On peut parfaitement nier cette thèse, mais rester partisan de la doctrine biotropique ; on peut dénier à ces fameux érythèmes leur nature rubéolique, morbilleuse, etc...

tout en reconnaissant qu'il s'agit là de phénomènes infectieux, c'est-à-dire biotropiques. L'essentiel c'est donc de considérer ces phénomènes comme des exaltations de microbisme latent et non des accidents toxiques.

4° *Objections à la thèse biotropique de la réactivation syphilitique.* — Nous avons vu que Milian tendait à admettre que les phénomènes de réactivation dans la syphilis et la réaction d'Herxheimer étaient de nature biotropique directe, c'est-à-dire que ces manifestations (ictères, paralysies, etc..) provenaient de l'exaltation du tréponème sous l'influence d'un traitement insuffisant. C'était aussi l'opinion d'Ehrlich, qui estimait qu'une dose insuffisante pour tuer les spirochètes pouvait fort bien les stimuler. Mais :

a) Ne peut-on pas admettre avec certains auteurs qu'il y a sur ces organes très sensibles à l'arsenic qui sont le foie et le névraxe, des phénomènes de *sommation toxique ?* L'organe déjà lésé par le spirochète offre à l'arsenic une très mauvaise résistance et il se produit des lésions dégénératives.

b) Thalman a suggéré aussi qu'un médicament puissant comme l'arsenic, en déterminant la *lyse brutale des spirochètes*, mettait en liberté une grande quantité d'endotoxines qui imprégnait le tissu malade, d'où apparition de nouveaux symptômes. Cette explication s'appliquerait aux phénomènes nerveux, aux ictères, peut-être à la réactivation du Bordet-Wassermann. Par contre, si on commence par du mercure (injection de cyanure par exemple) le traitement d'un malade qui a des signes d'atteinte du névraxe, on n'observe pas de phénomènes malencontreux, car la lyse des tréponèmes serait moins brutale.

Les lésions observées seraient donc toxiques ; ou bien les endotoxines syphilitiques se comportant comme un antigène détermineraient des accidents de sensibilisation. Les phénomènes vaso-moteurs de congestion réflexe seraient expliqués de cette façon.

Toutes ces hypothèses peuvent s'appliquer aussi aux réactivations des autres maladies infectieuses.

VI. Conclusions

On a vu qu'il était difficile à l'heure actuelle de définir parfaitement le biotropisme, d'en fixer les limites, d'en préciser le mécanisme. Il est possible cependant de dégager certaines conclusions en s'appuyant sur les faits les mieux établis.

1° De nombreux agents chimiques, physiques ou biologiques peuvent faire éclore des accidents d'allure infectieuse, soit par stimulation directe d'un microbisme plus ou moins latent (*biotropisme vrai*), soit par affaiblissement du terrain (*hypophylaxie*).

2° Les principaux médicaments chimiques actuellement connus comme « biotropigènes » (on excusera ce néologisme) sont les arsenicaux organiques, les sels d'or, les barbiturates, l'atophan, les composés mercuriels et bismuthiques, les iodures. Comme autres causes des accidents biotropiques, signalons les vaccins, les sérums, les microbes eux-mêmes, les rayons U. V.

3° Les érythèmes du 9e jour sont parmi les phénomènes biotropiques les mieux individualisés. Milian pense que ce sont de véritables scarlatines, rubéoles et rougeoles. Même sans souscrire à cette interprétation on doit reconnaître à ces éruptions une nature infectieuse prouvée par leur incubation, leur invasion fébrile, la fréquence d'une angine et d'adénites, la formule sanguine.

4° Parmi les autres accidents biotropiques on peut citer le zona, l'herpès, l'acné, la furonculose, certaines stomatites.

5° Une autre forme importante du biotropisme est la *réactivation de certaines infections chroniques :* syphilis, tuberculose, paludisme, soit sous l'influence d'une thérapeutique spécifique mais mal maniée (biotropisme direct), soit par des causes diverses non spécifiques : vaccins, sérums, agents physiques.

6° Certaines affections ne peuvent être rangées avec certitude parmi les maladies biotropiques, car leur nature infectieuse n'est pas démontrée pour tous les cas ; ce sont entre autres le lichen plan, les syndromes agranulocytaires, les ictères parathérapeutiques (novar, atophan, etc.). La part du biotropisme sera déterminée par des recherches ultérieures.

7° Doit-on poursuivre un traitement qui vient de déterminer des phénomènes biotropiques ? On le peut presque toujours. Toutefois il faut être prudent et savoir qu'il y a des cas où des accidents plus sévères d'intolérance sont survenus ultérieurement. Aussi certains auteurs préfèrent-ils changer de médicament, surtout s'il s'agit d'un ictère parathérapeutique.

Au fur et à mesure que l'attention des praticiens sera attirée vers le biotropisme, de nouveaux exemples en seront trouvés. L'avenir élargira sans doute les limites du biotropisme et il précisera son rôle dans l'éclosion des infections. Nous assistons à une phase importante de l'évolution des idées sur la pathogénie des maladies microbiennes.

BIBLIOGRAPHIE

I) **Généralités.** — 1. NETTER et URBAIN. Réaction de fixation dans un cas de zona arsenical et de zona après injection de bismuth, *C. R. de la Soc. de Biol.*, 12 avril 1924.

2. MILIAN. Les éruptions morbilliformes biotropiques sont des rougeoles, *Rev. Franç. de Dermatol. et de Vénérol.*, déc. 1926, p. 633.
3. MILIAN. *Le Biotropisme*, Baillière 1929, Paris.
4. MILIAN. A propos du biotropisme, *Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 14 avril 1930, p. 58.
5. TZANCK. Intoxication et intolérance, *Bull. et Mémoire Soc. Méd. des Hôp.*, 31 janvier 1930, N° 4.
6. TZANCK. Intolérance et biotropisme, *Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 31 mars 1930, p. 508.
7. E. SIDI. Contribution à l'étude des accidents de la chimiothérapie, *Th. Paris*, 1932, Jouve, édit.
8. P. CUILLERET. Allergie et accidents chimiothérapiques, *Th. Lyon*, 1932.
9. JAUSION et DE LIMA. Le rôle du sol hématique dans les infections et les intoxications contingentes ; du biotropisme à l'intolérance, *Science Médicale Pratique*, 1er juin 1933.
10. M. RAPPIN (de Nantes). *Considérations sur l'étiologie des maladies infectieuses*, 1933, 1 vol. Imprimerie de Bretagne, Nantes.
11. TZANCK A., PAUTRAT J. et KLOTZ H.-P. Un cas de polynévrite et d'érythrodermie auriques, *Bull. et Mémoire Soc. Méd. des Hôpit.*, 19 mars 1934, p. 432.
12. GATÉ, THIERS et CUILLERET. L'allergie dans les accidents cutanés de la chimiothérapie antisyphilitique, Communic. au *Ve Congrès des Dermatologistes*, Lyon, 1934.

13. W. HEUCK (de Munich). Erythèmes du 9e jour de Milian, *Med. Klin.*, XXX, N° 12, 23 mars 1934.
14. RICHTER. Biotropisme. *Deut. Med. Woch.*, N° 34, 24 août 1934, p. 1268.
15. HENRI. Les sensibilisations tissulaires : revêtement cutané, *Société de Médecine Militaire*, séance du 11 octobre 1934.
16. MILIAN. Les érythèmes du 9e jour ne sont ni anaphylactiques, ni toxiques, mais infectieux, *Paris Méd.*, 19 janvier 1935, p. 74.
17. MONNEROT-DUMAINE M. Les érythèmes du 9e jour, avec plusieurs observations personnelles, *Société royale de méd. d'Egypte*, séance du 21 févr. 1935.
18. TZANCK, A. BENSAUDE et CACHIN. Les ictères de la chimiothérapie antisyphilitique. *Presse méd.*, 28 août 1935, p. 1345.
19. SPITZER (Mme). Rubéole biotropique du 9e jour chez la mère et rubéole vraie chez l'enfant transmise par la mère, *Paris Méd.*, 31 août 1935, p. 151.
20. BLUM et CLARY. Les lichens plans médicamenteux, *Monde Méd.*, 1935, p. 1660.
21. MONNEROT-DUMAINE M. Quelques observations de phénomènes biotropiques peu connus, *La Pratique Médicale du Caire*, fév. 1936.

II) **Accidents biotropiques des arsénobenzènes.** — A. *Erythèmes.* — 22. G. GARNIER. Les érythèmes des arsénobenzols : éruptions érythémateuses survenant chez les syphilitiques traités par les arsénobenzols, *Th. Paris*, 1929-30, chez Jouve.
23. G. GARNIER. Les érythèmes des arsénobenzols, *Gazette Méd. de France*, 15 avril 1930, p. 191.
24. H. COLE, M. MAC CASKEY, etc. Accidents toxiques dus aux arsénobenzènes, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, XCVII, N° 13, 26 sept. 1931.
25. J. CATHALA, GARNIER et FRIEDMANN. Erythème infectieux récidivant et ictère biotropique au cours du traitement antisyphilitique, *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, séance du 10 juin 1932.
26. MILIAN. Les érythèmes interthérapeutiques du 9e jour, *Acad. de Méd.*, N° 20, 25 mai 1933, N° 704.
27. H. MASSOT (de Rennes). Difficultés d'interprétation de certains accidents de l'arsénothérapie, *Bulletin Soc. Dermat. et Syphiligraphie*, 9 nov. 1933, p. 1461.
28. MILIAN. A propos de la communication du docteur Massot, *Bull. de la Soc. de Dermatol. et Syphilig.*, 14 déc. 1933, p. 1164.
29. TZANCK. A propos de la communication du docteur Massot, *Bull. de la Soc. de Dermatol. et Syphilig.*, 14 déc. 1933, p. 1665.
30. *Ve Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française.* Lyon, juillet 1934. Les accidents cutanés au cours des traitements antisyphilitiques.
— Rapports de : DEKEYSER (de Bruxelles), MARGAROT (de Montpellier), MILIAN (de Paris).
— Discussion : PAUTRIER, PRIETO, RAMEL, GASTINEL, etc... Parmi les communications, citons :
— P. RAVAUT. A propos des érythèmes du 9e jour et des érythrodermies arsenicales.
— MAY (de Montevideo). Les accidents cutanés des traitements antisyphilitiques.
— TZANCK (A.). Quelques réflexions sur les accidents cutanés de la chimiothérapie antisyphilitique.
— TZANCK et Mlle JAMET. Les éruptions du 10e jour (érythrodermies larvées et rash de la chimiothérapie).
— BUREAU (Y.) et RENAUD. Eosinophilie et érythèmes arsenicaux.
31. KEIM. Erythème du 9e jour, *Arch. of Derm. and Syph.* de Chicago, mars 1935, p. 291.

B. *Divers.* — 32. NETTER. Le zona arsenical. Sa nature varicelleuse, *Association des pédiatres hollandais*, 26 septembre 1925, *Bull. Soc. Pédiatrie.*
33. PAUTRIER. Lichen plan post-arsénobenzolique. Réunion dermatologique de Strasbourg, 6 janvier 1931, in *Bull. de la Soc. de Derm. et Syph.*
34. GATE, BERNHEIM, THIERS et CUILLERET. Ictère parathérapeutique et sensibilisation, *Réunion Dermatologique de Lyon*, 28 mai 1931.
35. MILIAN et BAUSSAN. Ictère, Syphilis et 914, *Bull. Soc. de Derm. et Syphil.*, 12 mai 1932, p. 556.
36. M. FABRE et CADOUAT. Sur un cas de simultanéité de crises appendiculaire et nitritoïde (coïncidence ? biotropisme ?). Réunion derm. de Lyon, 26 janv. 1933, in *Bull. Soc. Dermat. et Syphil.*, 1933, p. 343.
37. MILIAN. Ictère parathérapeutique traité par le 914, *Soc. de Derm. et Syphil.*, 9 nov. 1933, p. 1407.
38. LEBOURG. Stomatite arsenicale, *Revue Française de Dermatol.*, IX, juillet 1933.
39. CARRERAS et VILLANOVA (de Barcelone). Lichen plan arsenical. Communication au *Congrès des Dermatologistes*, Lyon, 1934.

III) **Biotropisme arsenical en dehors des arsénobenzènes.** — 40. MILIAN et LAFOURCADE, *Bull. Soc. de Dermat. et Syph.*, 9 juillet 1925, p. 351.
41. GATE, BILIA, ROUSSET et MICHEL, *Lyon Méd.*, 24 mars 1929.
42. TOURNEUX, FABRE et GADRAT. Erythème scarlatiniforme à la suite d'ingestion de stovarsol, *Société de Méd., Chir. et Pharm. de Toulouse*, juillet 1931.
43. JACOB. Zona bilatéral consécutif à un empoisonnement arsenical aigu. *Arch. of Derm. and Syphil.*, XXIV, N° 2, août 1931.
44. HENRY C. SEMON. Acute Stovarsol dermatitis, *Lancet*, 13 août 1932, p. 340.
45. MONNEROT-DUMAINE M. Erythème morbilliforme biotropique dû au stovarsol, *Gaz. méd. de France*, 15 octobre 1934, N° 17, p. 865.
46. MACKIE (F. P.). The Jarish-Herxheimer reaction in trypanosomiasis, *Trans. of the Roy. Soc. of Trop. Medicine and Hyg.*, XXVIII, N° 4, janv. 1935, p. 377.

IV) **Biotropisme aurique.** — 47. LEBŒUF et MOLLARD. A propos du mécanisme pathogénique et du traitement des accidents cutanés et muqueux de la chrysothérapie, *Paris Méd.*, 1930, II, p. 510.
48. JAUNEAU. Les accidents de la médication aurique. Leur polymorphisme, *Th. Paris*, 1931, chez Jouve.
49. THRONE, KINKSBOURG et MYERS. Accidents survenant après les injections intraveineuses de sels d'or, *Arch. of Derm. and Syphil.*, XXV, N° 3, mars 1932.
50. DUMAREST, LEBŒUF, MOLLARD et PAIRE. Intoxication, biotropisme, intolérance au cours des accidents de la chrysothérapie, *Journ. de Méd.*, 25 avril 1932.
51. CODVELLE et SOHIER. Scarlatine biotropique après injection de sels d'or, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 1er juillet 1932.
52. COSTE, FORESTIER et BOURDERON. Accidents biotropiques dus à l'or. Réactions focales. Bronchite aurique, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 1er juillet 1932.
53. ASDERY. Les aurides biotropiques, *Paris Méd.*, 21 janv. 1933, p. 62.
54. RAIMBAULT. Les accidents buccaux de l'aurothérapie, *Revue de stomatologie*, N° 3, mars 1933.
55. WEIL (J.). Les accidents cutanéo-muqueux de la chrysothérapie, *L'Art médical*, 30 avril 1933, p. 15.
56. MILIAN. Traitement du lichen plan par l'or, *Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, séance du 6 juillet 1933.
57. GIRAUD (A.). Les sels d'or en suspension huileuse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, *Presse Méd.*, 20 sept. 1933, N° 86, p. 1456.
58. GOUGEROT et STEWART. Lichen plan post-aurique, *Soc. Franç. de Derm. et Syphil.*, 14 février 1935.
59. MILIAN et TERRASSE. Lichen plan post-aurique, *Soc. Franç. de Derm. et Syphil.*, **9 nov. 1933.**

60. MILIAN. Auride biotropique complexe : mélange de lichen plan, de psoriasis et d'eczéma craquelé, *Revue Française de Dermatol. et de Vénér.*, déc. 1933, N° 12, p. 518.
61. ASDERY (Hélène). Les éruptions auriques biotropiques, *Th. Paris*, 1933.
62. A. SOUVAN et P. VIGNE. Lichen plan post-aurique, *Sté Franç. de Derm. et Syphil.*, 9 nov. 1933.
63. BRAILLON (Jean). Agranulocytose au cours de l'aurothérapie, *Th. Paris*, 1935.
64. Jean BRAILLON. Les agranulocytoses de l'aurothérapie, *Th. Paris*, 1935.
65. GOUGEROT, BURNIER et Mlle ELLASCHEFF. Psoriasis et lichen plan post-aurique, *Soc. Franç. de Derm. et Syphil.*, séance du 8 mars 1934.
66. DAVID et SENELLART. Lichen plan post-aurique, *Journ. des Sciences méd. de Lille*, N° 28, 15 juillet 1934, p. 55.
67. SCHELLENZ. Herpès Zoster in Krysalgantur, *Zeitschrift fur Tuberkulose*, XI, 1934.
68. V. HINAULT et H. MOLLARD. *Le traitement aurique de la tuberculose*, Paris 1934, chez Vigot. *On trouvera dans cet ouvrage la bibliographie de l'aurothérapie arrêtée à la date du* 31 *août* 1933.
69. D'HOUR, DAVID et GHERBRANT. Lichen plan d'origine aurique. *Journ. des Sc. médic. de Lille*, 6 mai 1934, p. 361.
70. GOUGEROT. Les accidents de la chrysothérapie, *Journ. des praticiens*, 24 août 1935, p. 545.
71. MILIAN. La stomatite aurique, *Revue Française de Dermatol. et Vénéréol.*, janv. 1935, p. 37.
72. MILIAN. Angine de Schultz et érysipèle au cours d'un traitement par la crisalbine, *Ibid.*, janv. 1935, p. 47.

V) **Biotropisme barbiturique.** — 73. CAUSSADE, TARDIEU et LACAPÈRE. Toxicodermie au luminal ayant simulé la rougeole, *Bull. Soc. Med. Hôp.*, N° 24, 3 juillet 1925.
74. CAUSSADE, TARDIEU et LEJARS. Contribution à l'étude de la pathogénie, des accidents cutanés et muqueux du barbiturisme, *Soc. Méd. des Hôp.*, 27 nov. 1925, p. 1483 ; *Presse méd.*, 2 déc. 1925.
75. MILIAN et LENORMAND. Erythème du 9e jour dû au véronal, *Soc. Franç. de Derm. et Syphil.*, 10 mars 1927.
76. DEREUX. Erythème du 9e jour dû au rutonal, *Bull. et Mémoires Soc. Med. Hôp.*, N° 20, 8 juin 1928.
77. TARDIEU et CARTEAUD. Les accidents cutanés et muqueux du barbiturisme, *Journ. Méd. Franç.*, 1928, p. 369.
78. J.-A. CHAVANY et P.-E. VANNIER. Accidents consécutifs à l'administration de certains sédatifs nervins. Toxicodermie barbiturique à forme d'érythème scarlatiniforme infiltré, *Progrès Méd.*, 12 octobre 1929, p. 1685.
79. GILLEPSIE R. Sur les dangers possibles des barbituriques, *Lancet*, N° 5764, 17 février 1934.
80. G. CARRIÈRE et C. HURIEZ. Le barbiturisme aigu, *Gaz. des Hôpit.*, N° 34, 28 avril 1934, p. 517.
81. SCHMITE P. et LEMANT. Intoxication par les barbituriques (Revue Générale) *Paris Méd.*, N° 30, 28 juillet 1934, p. 77. *On trouvera dans cette revue générale une très large bibliographie française et étrangère de la question.*
82. FLANDIN (Ch.), JOLY (F.), BERNARD (J.). *L'intoxication par les somnifères (intoxication barbiturique)*, Paris 1934, Douin et Cie, édit.

VI) **Biotropisme par substances chimiques diverses.** — 83. CHABROL (E.), BUSSON (A.) et MENNECIER (J.). Les ictères de l'acide phénylquinoléine carboxylique, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 16 octobre 1931. *On y trouvera la bibliographie complète jusqu'à* 1931 *des ictères phénylquinoléiques.*
84. THIERS et DARGENT. Un cas de biotropisme : tétanos suraigu mortel déclenché par des injections intramusculaires de quinine, *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 27 juin 1933
85. MOGENA (H. G.). L'ictère provoqué par l'atophan, *Revue médico-chirurg. des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, VIII, N° 3, mai 1933.
86. LEHMAN (A. J.) et HANTLIK (P. J.). Recherches expérimentales sur l'intoxication par l'atophan, *Arch. of Intern. Medecine*, LII, N° 9, sept. 1933.
87. QUICK (A. G.). Nature allergique probable de l'intoxication par l'atophan, *Amer. Journ. of the Med. Sciences*, CLXXXVII, N° 1, janv. 1934.
88. HONCKE (E.) et TISON (P.). Ictère bénin et atophan, *Soc. de Médec. du Nord*, réunion d'avril 1934.
89. CHALIER (J.), MASSON (R.) et WENGER (B.). Eruption morbilliforme consécutive à des injections intraveineuses de cyanure de mercure, *Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 24 avril 1934.
90. PRUNET (Ch.). Cyanure de mercure et stomatites, *Th. Paris*, 1934.
91. Clément SIMON, BRALEZ, DUREL et PÉRETON. Cervico-vaginite hémorragique et ulcéro-membraneuse au cours d'un traitement bismuthique, *Bull. Soc. Derm. et Syphil.*, N° 1, janv. 1933, p. 83.
92. MILIAN et TERRASSE. Ictère parathérapeutique bismuthique, *Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, 9 nov. 1933.

VII) **Biotropisme physique.** — 93. FERNET, ROBERTI et ODINET. Réactivation du Bordet-Wassermann par les rayons ultra-violets et l'héliothérapie, *Soc. Franç. de Derm. et Syphil.*, séance du 10 déc. 1931.
94. BERNARD (R.). L'influence du traumatisme sur les localisations nerveuses de la syphilis, *Bruxelles Méd.* N° 44, 3 sept. 1933.
95. STANKA. Apparition d'un lichen plan à la suite de brûlures par caustique chimique, *Wiener Med. Wochens.*, 8 déc. 1934, p. 1350.
96. URECHIA (C. I.). Tabès traumatique, *Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 20 janv. 1936, p. 10.

VIII) **Biotropisme par substances organiques et biotropisme microbien (sauf tuberculose).** — 97. MONNEROT-DUMAINE (M.). Les infections humaines à bacilles paratyphiques aberrants, *Th. Paris* 1930-31.
98. SÉZARY et GALLERAND. Erythème polymorphe consécutif à la vaccination antidiphtérique, *Soc. Franç. de Derm. et Syphil.*, séance du 15 janvier 1931.
99. LESNIOWSKI (Stéphan). Polioencéphalite consécutive à la vaccination antirabique, *Polska Gazeta Lekarska*, X, N° 22, 31 mai 1931.
100. MARINESCO, STATE-DRAGANESCO et ST-CHISER. Myélite suraiguë du cône terminal, apparue chez un ancien poliomyélitique au cours d'une vaccinothérapie et coexistant avec une éruption zostériforme fessière, *Soc Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 6 nov. 1934.
101. LAIGNEL-LAVASTINE et BOQUIEN. Eruption herpétique accompagnant régulièrement les crises gastriques du tabès, *Soc. Méd. des Hôp.*, séance du 22 janv. 1932.
102. HALBRON, Henri BENARD et F.-B. MERKLEN. A propos d'un cas de rhumatisme articulaire aigu : bacille paratyphique B comme germe de sortie, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 25 nov. 1932.
103. PAUTRIER (L. M.), LAUGIER et MERCENIER. Deux cas d'érythème nerveux récidivant, consécutif à des fièvres éruptives, *Soc. de Méd. Milit. Franç.*, séance du 13 juill. 1933.
104. ENSBRUNER. Zona généralisé chez un malade atteint de syphilis nerveuse et de tuberculose pulmonaire, *Dermatologische Woch.*, XCVIII, N° 10, 10 mars 1934.
105. D. et J. OLMER, P. BUISSON et PAILLAS. Hémoculture positive à l'Eberth au cours d'accès palustres, *Soc. de Méd. de Marseille*, séance du 14 mars 1934.
106. J. TROISIER, M. BARIÉTY et P. GABRIEL. Ulcère aigu de la vulve et fièvre typhoïde. Rôle du « B. crassus », *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 1934, p. 1593.

107. SOREL (R.). Chorée avec insuffisance mitrale au décours d'une fièvre typhoïde, *Soc. de Méd. chir. et pharm. de Toulouse*, avril 1935).
108. LEMIERRE, LAPORTE et A. NETTER. Streptococcémie passagère au cours d'un sodoku, *Bull. et Mémoires de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 1er avril 1935, p. 551.
109. M. HAMBURGER, QUELLIEN et BARUK. Spirochétose ; bacillémie concomitante à b paratyphique B, *Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 7 déc. 1935, p. 1662.

IX) **Biotropisme pro-tuberculeux.** — 110. J. TROISIER et T. DE SANCTIS MONALDI. Le bacille de Koch, virus de sortie (bacillémie tuberculeuse au cours d'infections aiguës non tuberculeuses), *Acad. de Méd.*, séance du 3 mai 1932.
111. Em. SERGENT. Réactivation des foyers tuberculeux latents et bacilles de Koch « de sortie », *Acad. de Méd.*, séance du 31 mai 1932.
112. T. DE SANCTIS MONALDI. Influence d'une affection aiguë surajoutée sur la bacillémie tuberculeuse, *Soc. de Biol.*, séance du 4 juin 1932.
113. FISCHL. Ulcérations tuberculeuses de la peau après grippe, *Wiener Klin. Woch.*, XLVI, N° 30, 28 juillet 1933.
114. W. KOLLE et E. KUSTER. La présence de bacilles tuberculeux dans le sang circulant, *Deut. Med. Woch.*, LX, N° 9, 2 mars 1934.
115. F. BEZANÇON, P. BRAUN et A. MEYER. Les cracheurs de bacille de Koch sans lésions apparentes, *Presse Méd.*, 9 mai 1934, p. 745.
116. P. COURMONT, H. GARDÈRE et N. NGONG. Les évolutions tuberculeuses consécutives aux injections de sérum, *Journal de méd. de Lyon*, 20 oct. 1934, N° 355.
117. RYCKEBUSCH. Réveil de tuberculose pulmonaire après la grippe, 69e *Congrès de l'Association pour l'Avancement des Sciences, Nantes*, juillet 1935.
118. NÈGRE et J. TROISIER. Elimination du virus tuberculeux par l'urine au cours d'infections aiguës non tuberculeuses, *Presse méd.*, 9 nov. 1935, p. 1745.
119. J. GATE, P. DUGOIS et J. RACOUCHOT. Pleuro-péritonite aiguë exsudative au cours d'une syphilis secondaire, *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 16 déc. 1935, p. 1671.
120. SAENZ, M. PINARD, COSTIL et FIEHRER. Sur la présence de bacilles de Koch dans le sang de sujets atteints de la maladie de Nicolas et Favre, *C. R. Soc. de Biol.*, 21 avril 1934, p. 1597.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 JUILLET 1936)

Contribution à l'étude de la prévention du choc anaphylactique. — M. H. VIOLLE. On peut diminuer dans des proportions considérables le choc anaphylactique, en faisant précéder l'inoculation déchaînante de sérum, de l'injection d'une petite quantité de ce même sérum dilué et chauffé à 100°.

Recherches sur l'immunité active de l'embryon. — M. WEINBERG et Mlle A. GUELIN ont infecté des œufs de poule pendant l'incubation, à plusieurs reprises, avec des quantités faibles, mais croissantes, de *B. sporogènes* ou de *V. septique*. A la fin de l'incubation, le sang de l'embryon était complètement dépourvu de tout pouvoir agglutinant. Comme les leucocytes n'apparaissent en quantité suffisante que vers la fin de l'incubation, Weinberg et Guelin ont cherché à activer le cycle évolutif des éléments blancs du sang par la greffe de fragments de rate de poule adulte. Ils ont réussi à augmenter d'une façon considérable la richesse du sang de l'embryon en leucocytes. L'embryon de poulet n'a pourtant produit aucune agglutinine antibactérienne.

Holosérum antiperfringens. — M. WEINBERG et Mlle GUILLAUME ont préparé un holosérum *antiperfringens*, c'est-à-dire un sérum actif à la fois contre les microbes et les toxines de tous les types (humain et ovins) de l'espèce *perfringens*. Dans la préparation de ce sérum, on se heurte à la difficulté que l'on rencontre lorsqu'on prépare des sérums polyvalents.

Un cheval réagit de façon inégale envers les différentes toxines de la même espèce microbienne. Son sérum peut donc être très actif pour une toxine du *B. perfringens* et peu active pour la toxine d'un autre type de la même espèce microbienne. Malgré cette particularité, on arrive à obtenir un bon holosérum en immunisant le même cheval avec le mélange de toxines qui renferme tous les antigènes qui caractérisent le *B. perfringens*.

Sur l'hémolysine pancréatique. — MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, N. KOSSOVITCH et S. ISHII. Les recherches poursuivies par ces auteurs confirment leurs premières conclusions en les étendant à l'homme et à un certain nombre d'animaux. Elles montrent, en outre, que les hémolysines sont fixées sur le corps même de l'organe et comment certaines actions physiques et chimiques agissent sur l'hémolysine pancréatique.

Sur le nombre d'hématies de quelques ongulés. — MM. Ach. URBAIN, R. CAHEN, Mlle M.-A. PASQUIER et J. NOUVEL. Le nombre d'hématies chez divers ongulés est assez semblable dans une même espèce animale et pour un même sexe. Il est très élevé chez les caprinés sauvages.

Teneur en glutathion réduit du sang de quelques ongulés. — MM. Ch. URBAIN, R. COHEN et Mlle M.-A. PASQUIER. La teneur du sang en glutathion réduit est voisine de celle de l'homme chez les caprinés domestiques ; elle est plus élevée chez les camelidés, certains caprinés sauvages et les cervidés. Il existe cependant des variations individuelles pour une même espèce animale.

Dissociation de la bactéridie charbonneuse. — M. W. SCHAEFER. Les souches de la bactéridie charbonneuse qui se présentent habituellement sur sérum coagulé, sous l'aspect de colonies lisses composées de bacilles encapsulés se dissocient en variantes à colonies rugueuses composées de bacilles non capsulés. Ces variantes rugueuses non capsulées sont stables, *in vitro* et *in vivo*, et pratiquement avirulentes.

La réaction locale provoquée par l'inoculation de staphylocoques chez le cobaye neuf et chez le cobaye vacciné au moyen de l'anatoxine staphylococcique. — M. DJOURICHITCH. Grâce à l'immunité provoquée par l'anatoxine staphylococcique et caractérisée par la présence de l'antitoxine spécifique, l'organisme de l'animal vacciné peut lutter victorieusement contre l'infection locale alors que, chez l'animal neuf, celle-ci continue à évoluer.

Sur l'immunité antistaphylococcique provoquée par l'anatoxine spécifique et par différents antigènes vis-à-vis de l'infection expérimentale par le staphylocoque. — MM. G. RAMON, M. DJOURICHITCH et R. RICHOU. L'anatoxine staphylococcique, qui, dans les conditions indiquées, provoque, chez les lapins, l'apparition et le développement d'une immunité antitoxique de grande valeur confère, par là même, à la majorité des animaux qui possèdent cette immunité, une résistance totale à l'égard de l'infection expérimentale laquelle entraîne rapidement la mort des lapins neufs ou des lapins simplement vaccinés avec le vaccin staphylococcique microbien.

Sur le mécanisme de l'immunité conférée par l'anatoxine staphylococcique à l'égard de l'infection par le staphylocoque virulent. Démonstration expérimentale. — M. G. Ramon, R. Richou et M. Djourichitch. Existant chez les animaux vaccinés par l'anastaphylotoxine, l'antitoxine spécifique s'oppose à l'infection staphylococcique ; présente, dans la suite, chez les mêmes animaux, en proportion fortement réduite, elle ne peut empêcher l'infection à nouveau provoquée de suivre son cours.

Essais comparatifs d'immunisation antitétanique, chez le cheval, le mouton, le lapin et le cobaye, au moyen d'échantillons d'anatoxine spécifique de valeur différente. — MM. G. Ramon, E. Lemétayer et A. Guhathakurta. La production d'antitoxine tétanique et le degré d'immunité qui en résulte varient suivant les diverses espèces animales et, plus encore, suivant les sujets soumis aux injections d'échantillons différents d'anatoxine tétanique. Compte tenu de ces variations, l'anatoxine qui possède la valeur antigène la plus élevée, possède l'activité immunisante la plus marquée.

Dissociation « in vitro » de la variété S en variétés R et Ch. des souches de bacilles tuberculeux aviaires récemment isolées. — M. A. Saenz. Parmi douze souches de bacilles aviaires récemment isolées par l'auteur, trois ont conservé longtemps sur les milieux spéciaux, leur aspect lisse initial pendant un an et demi. Les neuf autres d'aspect S à l'origine se sont dissociées naturellement, par des réensemencements successifs à l'étuve, en variétés R et Ch.

Le milieu liquide de Sauton s'est montré plus favorable que la pomme de terre glycérinée pour l'obtention des variétés dissociées. Les colonies R, au cours des premiers passages, reprennent fréquemment la forme S initiale.

Les variétés R et S des souches venant d'être isolées ont montré une virulence sensiblement identique pour la poule et le lapin.

Un procédé simple de consèrvations des variétés S et R consiste à les garder sur milieu de Lœwenstein ou sur pomme de terre glycérinée à la température du laboratoire.

Date d'apparition de l'état anaphylactique chez le lapin sensibilisé au sérum de cheval en fonction de la dose sensibilisante. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo. A l'inverse de ce que l'on soutient pour le cobaye, les doses fortes sensibilisent le lapin dans les mêmes délais que les doses moyennes habituellement employées, les doses faibles ne sensibilisent pas plus rapidement.

Modifications électrocardiographiques après ligature de la veine porte. Etude expérimentale. — MM. M. Loeper et P. Soulié ont pratiqué chez le chien des ligatures de la veine porte et ont noté qu'elles étaient suivies de modifications de traces électrocardiographiques.

Désensibilisation spontanée chez le lapin sensibilisé. Resensibilisation. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo. L'état anaphylactique a chez le lapin une durée qui n'excède pas 70 jours. Les lapins testés après ce temps sont à nouveau sensibilisés par l'injection déchaînante qui n'a pas produit de choc. Cette nouvelle sensibilisation se comporte comme la primo-sensibilisation, tant au point de vue du moment de son apparition qu'au point de vue de sa durée.

Vaccination anticolibacillaire et procédé très simple de préparation de l'endotoxine colibacillaire. — MM. Weinberg et A. Kreguer. Weinberg insiste depuis la guerre sur le fait que les meilleurs résultats thérapeutiques sont obtenus par l'emploi des sérums à la fois antitoxiques et antimicrobiens, c'est-à-dire à la fois antiexo et endotoxiques (sérums complets ou *holosérums*).

L'endotoxine a été préparée avec M. Kreguer, en soumettant les corps microbiens centrifugés et repris par l'eau distillée neutre, pendant plusieurs jours à l'étuve à 50°.

Elle tue la souris à la dose de 1/20 cc. en injection intraveineuse. Son pouvoir toxique n'est pas diminué par addition de formol.

Effet des injections hypertoniques intra-artérielles sur la glycémie. — MM. A. Baudouin, J. Lewin et E. Azerad ont injecté à des chiens par voie intra-artérielle des solutions hypertoniques de NaCl.

Ils ont effectué deux séries d'expériences identiques, l'une en hiver, l'autre au printemps.

La première série a montré l'apparition au cours des injections d'une hypoglycémie notable, pouvant aller jusqu'à 50 % du chiffre initial, chez la plupart des chiens expérimentés.

Dans la deuxième série, une proportion très faible d'animaux injectés a présenté un abaissement de sucre sanguin et la chute a été moins intense que dans la série précédente.

Les auteurs se demandent s'il ne faut pas chercher la raison de la discordance observée au cours de ces recherches dans l'époque où les deux séries d'expériences ont été effectuées.

Ils concluent à l'extrême prudence avec laquelle il faut interpréter les hypoglycémies observées au cours de certaines expériences.

Plurinucléose neuronale expérimentale consécutive à l'injection répétée d'extraits antéhypophysaires. — MM. G Roussy et M. Mosinger. 1° Le système neuro-végétatif est capable de régénération et la loi de l'immuabilité des neurones ne lui est pas applicable. Il paraît, au contraire, dans un état de remaniement constant ;

2° L'hypophyse exercerait un effet trophique, non seulement sur l'hypothalamus, formation névraxiale, mais encore sur le système neuro-végétatif périphérique ;

3° Il faut tenir compte de ces faits dans le traitement des syndromes neuro-végétatifs, tant du point de vue neurochirurgical (capacité régénératrice après énervation) que du point de vue hormonal (réactivité du système neuro-végétatif aux hormones anté-hypophysaires).

Recherches sur le mécanisme des effets cardio-vasculaires de l'ion calcium. — M. René Hazard et Mlle Lise Wurmser. Les sels solubles de calcium provoquent de la vasoconstriction surtout par décharge d'adrénaline ; ils augmentent l'amplitude des contractions cardiaques, non seulement par hyperadrénalinémie, mais encore par une action propre, directe, sur la contractilité cardiaque.

La teneur en fer et en cuivre du foie et de la rate des enfants aux différents âges. — MM..E. Lesné, P. Zizine et S. B. Briskas, ayant étudié 94 cas de fœtus de différents âges, de prématurés, d'enfants mort-nés à terme et d'enfants plus âgés, ont abouti aux conclusions suivantes :

Pendant la période fœtale, le foie et la rate contiennent une réserve importante de cuivre. Cette réserve diminue chez les enfants prématurés et augmente chez les enfants mort-nés à terme, en particulier chez les hérédo-syphilitiques.

Ce taux élevé persiste chez les enfants nés à terme et ayant vécu quelques heures. Il diminue ensuite au fur et à mesure que l'enfant grandit.

Enfin les maladies infectieuses paraissent influencer le taux du cuivre dans le foie et la rate dans le sens de la diminution. Ceci peut s'expliquer par une plus grande abondance du cuivre dans le sang des jeunes malades.

Pour ce qui est du fer, il semble suivre les mêmes va-

riations que le cuivre pendant la période fœtale, de même que chez les mort-nés à terme, et chez les enfants ayant vécu quelques heures. Par contre, chez les enfants morts de maladies infectieuses, il suit des variations inverses de celles du cuivre, c'est-à-dire que son taux augmente dans le foie et la rate.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 16 JUIN 1936)

MM. CROQUEFER et BRUNET montrent un cas de **déformation tumorale bimaxillaire et bilatérale chez un jeune singe** ; ils en font plutôt qu'un léontiasis osséa un goundou probable.

M. R. VINCENT présente un cas très intéressant d'**eczéma rebelle guéri par auto-vaccin** provenant d'une souche fournie par hémoculture gingivale. Il montre la malade qui est sans récidive ni traitement depuis 15 mois. Il signale ensuite un cas particulièrement démonstratif de l'efficacité des précipités de calcium dans le traitement local de la pyorrhée.

M. LOUIS BORY reprend la discussion sur les **stomalites de l'huile grise.** Il conclut à l'inutilité à l'heure actuelle de ce produit en face des autres traitements antisyphilitiques.

M. MAHÉ apporte une **contribution à l'étiologie de la carie dentaire** et s'attache spécialement à la résistance que semblent présenter les dents mortifiées. Il propose de désigner cette réaction sous le nom de « Phénomène de Capdepont ». Cet auteur ayant été le premier à la signaler.

M. ROUSSEAU-DECELLE rapporte deux observations, l'une d'**œdème de Quincke,** l'autre d'**urticaire géante consécutifs à l'emploi de trioxyméthylène.** L'auteur conclut que le médicament agissait par voie buccale et qu'il s'agit de phénomènes d'intolérance dus à une instabilité sympathique croissante dans ces deux cas.

M. BERCHER comme appui à cette opinion rapporte un cas d'**urticaire récidivante après l'emploi de la « pâte rose ».** Il dut conclure aussi à des phénomènes d'intolérance acquise.

La séance se termine par la projection de films de chirurgie stomatologique réalisés par MM. Dechaume, Thevenard et Delibéros et très intéressante pour l'enseignement.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique chirurgicale de la Lithiase biliaire, par le Dr Paul BANZET, chirurgien des hôpitaux de Paris (1).

Cette affection pose des problèmes thérapeutiques dont la solution est loin d'être toujours simple ; elle englobe sous une étiologie commune, des manifestations très différentes quant à leur morphologie clinique, quant aux lésions anatomiques qui sont à leurs bases et qui sont justiciables de thérapeutiques chirurgicales très variées.

Par ailleurs, on peut dire que la question est d'actualité puisque les problèmes thérapeutiques posés par la lithiase biliaire sont loin d'être élucidés ; et l'accord n'est pas toujours réalisé quant aux méthodes à employer.

L'auteur étudie dans un premier chapitre les cholécystites chroniques, puis les cholécystites aiguës. Il envisage ensuite les accidents d'obstruction soit du canal cholédoque soit du canal cystique. Il termine enfin par les complications plus rares de la lithiase biliaire ; les pancréatites chroniques et aiguës, l'iléus biliaire et les fistules biliaires.

L. G.

(1) 1 vol. grand in-8 de 32 pages. — Prix : 9 fr. — (Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles », publiées sous la direction du Pr Rathéry. — J. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris 6e).

Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique et des goitres avec hyperthyroïdie (1), par Louis COURTY, professeur à la Faculté libre de Médecine de Lille, chirurgien de l'hôpital Saint-Philibert, associé national de l'Académie de Chirurgie, et M. ANSEL, chargé de cours à la Faculté libre de Médecine de Lille.

Le traitement des goitres hyperthyroïdiens avec ou sans exophtalmie est entré, depuis quelques années, dans la phase chirurgicale. A l'étranger, en particulier en Angleterre et en Amérique, les statistiques opératoires portent sur des chiffres considérables, et la mortalité, si lourde autrefois, est devenue tout à fait minime.

Il semble bien qu'en France, les médecins hésitent encore à confier aux chirurgiens les cas rebelles au traitement médical, par manque de documentation.

Le livre que vient de publier le professeur L. Courty (de Lille), avec la collaboration de M. Ansel, vient donc très opportunément attirer l'attention du public médical français sur la chirurgie du Basedowisme ; il comble aussi une lacune, car il n'existait aucun travail d'ensemble où le chirurgien désirant approfondir cette question difficile, puisse se renseigner utilement.

Avant de décrire les techniques opératoires, les auteurs ont jugé nécessaire de rappeler quelques notions indispensables de pathologie thyroïdienne. C'est ainsi qu'ils étudient en quelques chapitres les hyperthyroïdies au point de vue clinique, les syndromes para-basedowiens, les variations de l'hyperthyroïdie, les poussées aiguës du Basedowisme.

La façon d'interpréter le métabolisme basal, pour conduire le traitement chirurgical des goitres hyperthyroïdiens, est l'objet d'une étude approfondie et très originale.

Mais la partie la plus importante de l'ouvrage est consacrée au traitement chirurgical.

Un chapitre spécial est consacré aux soins préopératoires, qui, dans cette chirurgie, conditionnent absolument le succès.

Les auteurs montrent la nécessité de préparer les malades à l'opération d'une façon particulière et soulignent l'importance du traitement iodé préalable.

Ils conseillent l'anesthésie locale qui permet d'effectuer toutes les interventions sur le corps thyroïde.

Puis ils étudient les principes directeurs de l'intervention : prudence dans l'indication opératoire ; choix du moment favorable à l'intervention, en dehors des poussées évolutives d'hyperthyroïdie ; principe des interventions fractionnées.

Les ligatures des artères thyroïdiennes, que les auteurs préfèrent appeler section des pédicules thyroïdiens, sont longuement étudiées au point de vue physiologique et thérapeutique ; ils les conseillent dans les cas graves comme premier temps opératoire, pouvant amener une baisse sensible du métabolisme basal, et permettant de tâter la susceptibilité du malade à la chirurgie.

Mais le traitement rationnel reste *la thyroïdectomie subtotale*, en un ou en plusieurs temps suivant la gravité de l'hyperthyroïdie.

Ce livre est appelé à un légitime succès.

L. G.

(1) In-8 de 312 pages avec 36 figures et 31 courbes. — Prix : 60 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 70. — MERCREDI 2 SEPTEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Etudiants : **25** francs par an.	Tous les autres pays : **75** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

SOMMAIRE

INFORMATIONS

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Mutations :

Médecins colonels. — MM. Etienney désigné comme directeur du service de santé de la division d'Alger, Alger ; Pilod désigné comme sous-directeur du service de santé de de la 7e région, Besançon ; Andrieu médecin chef de l'hôpital militaire d'Oran, désigné pour la direction du service de santé de la division d'Alger à Alger (n'a pas rejoint), maintenu ; Junquet, médecin des hôpitaux militaires de l'hôpital militaire Bégin, Saint-Mandé, maintenu, désigné comme médecin chef ; Cavarroc, de la place de Lyon, président de commission de réforme, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans (n'a pas rejoint), maintenu.

Médecins commandants. — MM. Auban affecté au 20e rég. d'artillerie, Poitiers ; Fabre affecté à la base aérienne n° 104, le Bourget-Dugny ; Zimmermann affecté au 13e rég. d'infanterie, Nevers ; Gruson affecté au 19e corps d'armée ; Peytraud affecté au 30e rég. d'artillerie, Orléans ; Thibault affecté au 8e rég. d'infanterie, Cherbourg.

Médecins capitaines. — MM. Guiter affecté au 7e rég. de spahis, Mautauban ; Deslangle affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Tours ; Reilinger affecté au 3e rég. de hussards, Strasbourg ; Rouzaud affecté au 75e rég. d'artillerie, Fontainebleau ; Dupouy affecté au 24e rég. de tirailleurs tunisiens, Fontenay-le-Comte ; Chausset affecté au 5e rég. de cuirassiers, Strasbourg ; Blan affecté à l'école du service de santé militaire, Lyon, médecin adjoint ; Aymes affecté au 69e rég. d'infanterie, Saint-Avold ; Juhan affecté au 13e rég. de tirailleurs algériens, Thionville ; Oiseau affecté au 8e rég. de cuirassiers, Saint-Germain ; Jacquier affecté au 1er rég. de dragons portés, Pontoise ; Petiteau affecté au 31e rég. de dragons, Lunéville ; Rozier affecté au 20e rég. d'artillerie, Poitiers.

Médecins lieutenants.—MM. Camelin affecté à l'infirmerie-hôpital du camp de la Valbonne ; Laugier affecté au 508e rég. de chars de combat, Lunéville ; Chemin affecté au 7e rég. de spahis, Montauban ; Houot affecté au 158e rég. d'infanterie, Strasbourg ; Marchaud affecté au 5e rég. de cuirassiers, Strasbourg ; Garraud affecté au 7e groupe d'auto-mitrailleuses, Saint-Omer, Guibert affecté au 9e rég. de cuirassiers, Lyon ; Colas affecté au 405e rég. d'artillerie de défense contre aéronefs, Sathonay ; Masson du 503e rég. de chars de combat, Versailles, désigné pour le 8e rég. du génie à Versailles (n'a pas rejoint), maintenu ; Loubet affecté au 10e rég. de dragons, Orange ; Bouteille affecté au 184e rég. d'artillerie, Valence ; Denoun affecté au 24e rég. d'infanterie, région de Paris ; Gloaguen affecté au 73e rég. d'artillerie, Lunéville.

MARINE. — *Liste des médecins de 1re classe autorisés à subir les épreuves des concours pour les emplois de chargés de cours dans les écoles de médecine navale ci-après* (Additif au *J. O.* du 22 août 1936.).

I. ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Physiologie, hygiène et médecine légale.* — M. Legrand, embarqué à bord du cuirassé *Dunkerque*.

II. ECOLES ANNEXES. — A. *Histologie et embryologie aux écoles annexes de Brest et Toulon.* — M. Lembrez, en service à Brest.

B. *Physiologie et séméiologie aux écoles annexes de Rochefort et Toulon.* — M. Puyo, en service à Toulon.

VISITE MÉDICALE POUR LES ÉTUDIANTS. — La faculté de Médecine a organisé, l'an dernier, une visite médicale pour les étudiants qui commencent leurs études.

Elle se propose de reprendre, cette année, la même organisation.

Bien que cette visite ne soit pas obligatoire, MM. les étudiants sont instamment priés de se rendre à la convocation qui leur sera adressée. Cette visite médicale est faite dans leur intérêt : trop de jeunes étudiants tombent sérieusement malades au début de leurs études médicales pour qu'il ne soit pas de leur devoir d'aider leurs maîtres dans la protection de leur santé. Cette visite est surtout orientée vers l'examen de l'appareil respiratoire et vise particulièrement la prophylaxie de la tuberculose. Elle est faite par des médecins des hôpitaux et des chefs de consultation, sous la haute direction des professeurs de la Faculté et du corps médical des Hôpitaux.

Toutes les précautions seront prises pour que le secret médical soit strictement respecté. Si les étudiants le désirent, les résultats de leur examen médical pourront être communiqués à leurs parents ou au médecin de leur famille.

Le Doyen, convaincu que cette visite médicale donnera d'excellents résultats, ne doute pas que les étudiants ne répondent à l'appel qu'il leur adresse, au nom de leurs maîtres.

Les visites médicales commenceront le lundi 19 octobre, à l'Hôpital Laënnec (consultation), à 20 h. 30. Les étudiants seront convoqués individuellement au moment de leur nscription.

Voyage médical à Budapest à l'occasion du 1er Congrès international des sanatoria et des établissements médicaux. — A l'occasion du 1er Congrès international des Sanatoria, qui se tiendra à Budapest du 16 au 21 septembre 1936, un superbe voyage sera organisé dans des conditions excessivement intéressantes pour les membres du corps médical et leurs familles.

Le programme à l'ordre du jour du Congrès, est constitué par une partie économique, une partie générale et une partie scientifique, concernant surtout la tuberculose, le cancer, la physio et la balnéothérapie.

A part l'organisation médicale, des excursions et un programme pour les dames sont prévus.

Visite d'Innsbruck, Vienne, Schœnbrunn, Salzbourg, Budapest.

De Budapest, excursions au Mont Saint-Jean, à Budafok (visite des caves d'Etat et dégustation des réputés vins du pays), visite de Mozekovesd, et excursion par bateau sur le Danube.

Le départ de Paris aura lieu le 12 septembre 1936, à 8 h. Le retour le 24 septembre 1936.

Prix en 2e classe au départ de Paris, 1.850 fr. par personne.

Prix en 2e classe au départ de Bâle, 1.680 fr. par personne.

Les personnes participant effectivement aux travaux du Congrès, devront verser une somme de 150 francs (50 pengo). Le droit de participation des personnes membres de la famille du médecin est de 90 francs (30 pengo), ce qui leur donne tous les avantages des congressistes (Ouverture solennelle, banquets officiels, autres banquets, excursions, etc...)

Indiquer les titres des communications au Dr R. Hervé, Les Escaldes (Pyrénées-Orientales) ou au Dr Brody, secrétaire général de la Section française, Grasse (Alpes-Maritimes), qui se tiennent à la disposition des congressistes pour tous les renseignements.

LIVRES NOUVEAUX

Propédeutique obstétricale (1), par L. DEVRAIGNE, chargé de cours de clinique annexe, accoucheur de Lariboisière.

Pratique obstétricale (2), par L. DEVRAIGNE.

Bien qu'indépendants l'un de l'autre, ces deux petits livres constituent un véritable « Manuel élémentaire d'obstétrique », un livre complet de pratique écrit non seulement pour l'étudiant durant son *stage obstétrical*, mais aussi pour le praticien qui y trouvera la mise au point des principales méthodes cliniques et thérapeutiques obstétricales modernes.

Les sept chapitres qui composent la *Propédeutique obstétricale* sont consacrés à la fécondation, à l'utérus gravide, au développement de l'œuf, à l'examen clinique de la femme enceinte, à l'accouchement normal ou eutocie, aux différentes présentations, aux bassins viciés.

Dans la *Pratique obstétricale*, les différents chapitres sont groupés sous les titres suivants : Pathologie de la génération, Dystocie, Infections puerpérales maternelles, Pathologie du nouveau-né, Opérations obstétricales. Chacun de ces volumes est suivi d'une table alphabétique des matières très complète.

L. G.

Les colites amibiennes. Les colites à lamblias. Les colites à trichocéphales (3), par le docteur Pierre MARTIN (de Châtel-Guyon).

Cette étude constitue pour le praticien une vue d'ensemble de l'un des plus délicats chapitres de la pathologie intestinale.

L'auteur a choisi dans la faune parasitaire ces deux protozoaires et ce ver, car ce sont les trois parasites que le laboratoire décèle le plus souvent et le plus régulièrement dans les selles de ses malades intestinaux.

Il décrit, pour chaque parasite, les moyens cliniques et les procédés de laboratoire qui permettent de diagnostiquer la souffrance colique et de dépister la parasitose.

Les diverses manifestations intestinales ainsi que les états secondaires et les troubles généraux qui en découlent sont étudiés au fur et à mesure de la description.

Les différents médicaments propres à chaque protozoaire ou ver sont décrits avec leur mode d'administration, leur posologie et les phénomènes d'intolérance qu'ils peuvent dans certains cas provoquer.

Le traitement de la colite proprement dite est également l'objet d'une étude approfondie.

Enfin, après avoir rappelé la fréquence chez nous de ces parasites soi-disant exotiques et après avoir dit combien la thérapeutique est parfois décevante, l'auteur souligne l'importance d'une prophylaxie générale et particulière.

L. G.

(1) Collection des Initiations médicales. In-8 de 192 pages avec 50 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Collection des Initiations médicales. In-8 de 244 pages avec 39 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

(3) In-8 de 145 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Maloine.

Travail de la Clinique chirurgicale infantile de la Faculté de Toulouse. (Professeur : M. Henri CAUBET.)

LA FIXATION APPENDICULAIRE DU CÆCUM DANS LE TRAITEMENT DE L'INVAGINATION INTESTINALE AIGUE DU NOURRISSON

Par M. CAHUZAC,
Interne des hôpitaux.

Depuis la première intervention pratiquée chez le nourrisson pour réduire une invagination intestinale aiguë, nombreux ont été les différents problèmes envisagés : technique de la désinvagination, siège de la laparotomie, utilisation du lavement comme agent réducteur, fixation de l'intestin pour essayer d'empêcher les récidives. Mais si, du point de vue diagnostique, ou même du point de vue thérapeutique (indications respectives du lavement et de l'intervention, technique opératoire), il semble que l'accord soit à peu près fait, il est un point sur lequel la discussion reste ouverte : la nécessité d'une fixation pour éviter la récidive.

La cause de la première invagination, n'étant pas supprimée, peut très bien entraîner sa reproduction. Les récidives, en effet, ne sont pas choses rares, et les chirurgiens d'enfants les considèrent comme une éventualité familière, qu'un traitement prophylactique doit pouvoir éviter La récidive peut être immédiate et se produire véritablement sous les yeux de l'opérateur, comme dans les cas de Mauclaire et de Henri-Petit. Elle peut survenir dans les heures suivantes (Villar, Philip et Soubéran), dans les premiers jours après l'intervention (Penot, Veau), ou plus tardivement de quelques jours à plusieurs années après la première intervention. Généralement unique, elle peut se reproduire plusieurs fois chez le même malade : deux fois chez un malade d'Abadie, trois fois dans le cas de Turner, trois et cinq fois dans les observations d'Hipsley. Maïs quelle que soit l'heure de la récidive, elle est toujours une complication grave, surtout chez le nourrisson.

Un seul élément anatomique nous semble constant et facilement curable dans l'invagination intestinale du nourrisson : la mobilité vraiment extraordinaire de la portion intestinale invaginée. De nombreux procédés ont été successivement décrits pour fixer le segment et prévenir ainsi les récidives :

Les méthodes indirectes sont : des techniques qui prolongent considérablement la durée de l'intervention et obligent à des manœuvres intra-abdominales toujours choquantes chez le nourrisson. Ce sont :

L'anastomose iléo-colique ;

Le raccourcissement par plissement du méso-côlon et du mésentère : procédé imaginé par Broca et repris tout récemment par Bloch.

Les méthodes directes sont : la fixation du fond cæcal, soit au péritoine postérieur, aujourd'hui abandonnée ; soit au péritoine pariétal antérieur (technique d'Ombrédanne) ;

La fixation du méso-appendice au péritoine technique incomplète et surtout fragile.

Est-il toujours nécessaire de fixer ? Ombrédanne, et avec lui la majorité des chirurgiens d'enfants, estiment qu'il ne faut pas prolonger inutilement l'intervention. Pour cette raison, il ne fixe, dans les cas récents, que si la « manœuvre d'essai » montre un intestin prêt à se réinvaginer ; dans les cas tardifs, à intestin épaissi cartonné, à séreuse parfois éraillée, il ne fixe jamais.

Mais il existe un dernier procédé de fixation qui nous paraît la méthode idéale. Extrêmement rapide et simple, elle donne une sécurité suffisante contre les récidives, elle peut être faite dans tous les cas car elle présente en outre d'autres avantages :

C'est la fixation appendiculaire du cæcum.

Avantages de la fixation appendiculaire du cæcum. — Appliquée, en 1912, par Nathan W. Green à l'invagination intestinale aiguë, la fixation appendiculaire n'a pas eu les succès qu'elle eût pu remporter. Cependant quelques rares chirurgiens l'ont utilisée avec d'heureux résultats. Descarpentries, Etienne ; Cadenat (Toulouse) ; Henri-Petit, Alary (in thèse Cellerier), en ont publié quelques cas. Dans le service de notre Maître, M. le professeur Caubet, elle a été faite chaque fois que l'occasion s'en est présentée On trouvera plus loin le compte rendu des interventions

Rapidité et bénignité. — Comme nous l'avons déjà vu, les récidives ne sont pas chose exceptionnelle, et les procédés employés pour les prévenir multiples. Mais sur tous la fixation appendiculaire a une supériorité : sa rapidité, sa simplicité, le manque absolu de gravité. En effet, faite au travers d'une contre-ouverture iliaque droite, qui sera pratiquée sur un doigt intra-abdominal, elle dure au maximum une minute. Par conséquent, elle ne prolonge pas l'intervention chez un nourrisson, choqué, intoxiqué, pour qui les minutes sont précieuses. De plus elle ne nécessite que le minimum de manœuvres intra-abdominales, et se passe presque entièrement hors du ventre, n'ajoutant donc aucun facteur de choc chez un nourrisson.

Sécurité de la fixation. — Donc, intervention rapide et peu grave, la fixation appendiculaire du cæcum suffit-elle à empêcher toute récidive ? Dans le cas d'invagination à point de départ appendiculaire, rare si ce n'est inconnue chez le nourrisson, la question est superflue, la sécurité est totale. Dans le cas d'invagination cæco-cæcale ou cæco-colique, la fixation est également parfaite. Dans ces cas, c'est le bas-fond cæcal qui amorce l'intussusception, et l'appendice s'insère d'autant plus près de ce fond qu'il s'agit d'enfants plus jeunes, se rapprochant du type fœtal.

Quand il s'agit d'invagination colo-colique, s'amorçant au niveau du côlon ascendant, la traction est suffisante pour empêcher toute récidive. Mais dans les invaginations iléo-coliques ou iléo-cæcales, avec participation d'un segment du grêle, il semble à priori que ce moyen d'immobilisation soit nettement insuffisant. Nous ne le croyons cependant pas. Aussi bien que les autres procédés, qui ne fixent que les derniers centimètres de l'iléon, il peut éviter la reproduction des accidents. L'appendice, une fois extériorisé à la partie inférieure de la fosse iliaque droite, abaisse fortement le bas-fond cæcal et exerce, par son intermédiaire ou grâce à son méso non sectionné, une traction sur la terminaison de l'iléon. Le résultat est une angulation iléo-cæcale, un accollement en canons de fusil du côlon

et de l'iléon analogue à celui obtenu par le plissement du méso. Cette nouvelle disposition de l'intestin va empêcher le télescopage de l'iléon et du cæco-côlon. Les observations des divers auteurs et les 8 cas que nous présentons, où il s'agit presque toujours d'invagination avec participation du grêle, viennent prouver le bien-fondé de cette hypothèse.

Alary et Cellerier, qui préconisent de fixer dans la majorité des cas, croient la fixation appendiculaire insuffisante pour immobiliser l'iléon. Aussi conseillent-ils de passer deux fils en plus, qui fixeront la fin de l'iléon au péritoine pariétal.

Par conséquent, dans tous les cas d'invagination intestinale, pratiquement et théoriquement, la fixation appendiculaire du cæcum empêche toute rechute.

Appendicectomie. — L'ablation de l'appendice au cours de la réduction de l'invagination intestinale présente deux indications d'intérêt variable : l'appendicectomie préventive, qui se fait chez l'adulte, chez le grand enfant, mais jamais chez le nourrisson.

Appendicectomie curative. — L'invagination à point de départ appendiculaire que l'on peut voir chez l'enfant, mais jamais chez le nourrisson, n'est pas une indication. Par contre, les lésions appendiculaires secondaires sont fréquentes et ne présentent rien de spécifique. On peut trouver des lésions congestives, des éraillures de la séreuse, des suffusions sanguines sous-séreuses. Parfois les dégâts semblent plus importants : appendice violacé, œdémateux, méso épais, infiltré, cartonné, et il peut sembler imprudent d'abandonner dans un abdomen un organe suspect, présentant des lésions plus ou moins avancées.

Appendicectomie préventive. — L'appendicectomie préventive n'est plus discutée au cours des laparotomies, elle constitue une précaution contre la possibilité de crises ultérieures. Mais chez le nourrisson, elle n'est jamais pratiquée, car elle prolonge l'acte opératoire chez un sujet qui, pour la moindre raison, fait des accidents graves de choc. La fixation appendiculaire par la chute secondaire et spontanée de l'appendice va faire une appendicectomie bénigne, sans résection intestinale véritable ; elle permettra donc par une méthode simple de supprimer un organe douteux lorsqu'elle sera curative, et d'éviter la possibilité d'une deuxième intervention lorsqu'elle sera préventive.

Nous pouvons rapprocher, des lésions appendiculaires, les cas où la vitalité intestinale semble compromise au niveau de l'apex. La résection intestinale serait de toute façon mortelle. L'extériorisation suivie d'une résection secondaire aurait chez le nourrisson le même résultat. La fixation appendiculaire va chercher à localiser les dégâts, à limiter l'abcès (Cadenat) et laissera ainsi au sujet une chance minime, mais cependant une chance, de guérison.

Appendicostomie. — Après toute intervention pour occlusion intestinale, il y aura passage brusque de produits hypertoxiques dans un segment inférieur, vide, flasque, congestionné, paralytique, à muqueuse présentant parfois des éraillures. La résorption brutale, à ce niveau, de ces produits, peut être à la base des décès survenus après une intervention cependant bien réglée. Chez le nourrisson, être encore instable, à système vago-sympathique mal équilibré, cette intoxication massive est certainement au moins aussi génératrice d'accidents graves que l'intervention proprement dite. Etienne (in thèse Michel) rapporte l'observation d'un enfant de dix mois mort en quelques heures de collapsus progressif, et il l'attribue à cette résorption. Le syndrome « pâleur et hyperthermie » est également plus fréquent dans les interventions tardives, donc à liquide hyperseptique. Descarpentries, Etienne et Michel proposent dans ces cas de pratiquer une appendicostomie de l'appendice extériorisé et, par un drainage cæcal, de lutter contre cette intoxication. Le procédé en même temps permet de combattre l'iléus post-opératoire par des injections salées hypertoniques. La quantité de liquide évacué sera peut-être minime, mais il s'agit d'un enfant très jeune, dont la capacité intestinale est très faible, et cette évacuation réduite est cependant fort utile, car « le contenu intestinal en amont du boudin acquiert rapidement une effroyable septicité » (Ombrédanne).

Si la méthode présente des avantages multiples et certains, quelques auteurs lui ont fait des reproches plus ou moins importants.

Accidents de la fixation appendiculaire du cæcum. — Deux complications d'importances absolument différentes ont été mises au passif de la méthode : l'occlusion, l'apparition de fistules.

Occlusion. — Fèvre cite un cas de fixation appendiculaire du cæcum qui fut suivi d'occlusion post-opératoire mortelle. A l'autopsie, il fut trouvé une anse grêle plicaturée sur le méso appendice tendu, et présentant un sillon de gangrène. Pour éviter cette complication, Etienne et Michel proposent de toujours sectionner le méso-appendice. Nous le croyons totalement inutile. En effet, chez un nourrisson qui vient de faire une invagination, la laxité des méso-côlons est telle qu'elle permet une extériorisation complète de l'appendice et son méso. Par cette traction, si l'incision est pratiquée assez déclive, le cæcum vient véritablement s'accoller dans l'angle formé par la fosse iliaque en arrière et la paroi abdominale en avant. Il est alors impossible à une anse grêle de venir se glisser soit en avant du cæcum et de s'étrangler sur l'appendice ou son méso, soit en arrière du cæcum, donc de s'étrangler sur les ligaments suspenseurs du cæcum, absolument inexistants dans ces cas de méso extrêmement mobiles.

Fistule. — Pour Fèvre, l'extériorisation avec section du méso-appendice exposerait à l'apparition de fistules cæcales ennuyeuses. Le docteur Henri-Petit a fixé six fois le cæcum par l'intermédiaire de l'appendice. Le méso a toujours été sectionné, jamais il n'a eu de fistule. Nous verrons plus loin que, dans notre technique, nous jugeons inutile de sectionner le méso-appendice, aussi jamais n'avons-nous eu le moindre incident de cette sorte. Les auteurs qui ont pratiqué des appendicostomies ont, dans certains cas, noté une petite fistulette. Son inconvénient semble minime, puisque d'après Michel un coup de pointe de thermocautère suffit à la tarir définitivement.

Nous voyons donc que les inconvénients de la fixa-

tion appendiculaire du cæcum n'arrivent pas à contre-balancer tous ses avantages. Car nous ne croyons pas que, sur un cas malheureux, l'on puisse condamner une méthode qui, dans un certain nombre de cas, a donné d'excellents résultats sans le moindre inconvénient à des opérateurs variés.

Il reste cependant une inconnue à cette méthode, et seul l'avenir donnera une réponse définitive. Si le résultat immédiat, nous l'avons vu, est excellent, quel sera le résultat tardif ? que deviendront ces enfants à qui nous fixons, semble-t-il, définitivement le cæcum ? Physiologiquement, le cæcum est un organe mobile, et nous connaissons bien tous les ennuis, douleurs, stases, troubles digestifs, consécutifs aux adhérences péricæcales. Cette immobilisation cæcale, il est vrai, est secondaire à des lésions inflammatoires chroniques (appendicite chronique, lésions utéro-annexielles droites). Nous pensons que la fixation appendiculaire du cæcum, pratiquée pour des accidents aigus, n'entraîne pas la formation d'adhérences telles qu'elles troublent la physiologie cæco-colique par immobilisation du cæcum.

Cependant, seule l'épreuve du temps pourra donner une réponse ; aussi nous proposons-nous, dans quelques années, de revoir nos petits malades et de vérifier à l'écran l'intégrité de leur transit digestif.

Si ces examens ultérieurs nous montrent un trouble net dans le fonctionnement cæcal, il faudra restreindre les indications de l'extériorisation appendiculaire. Cependant, très simple, sans gravité, elle restera la plus pratique des méthodes de fixation du cæcum.

Technique de la fixation. — Il est évident que chez un nourrisson déjà choqué, l'intervention la plus rapide sera la meilleure. Aussi nous sommes-nous arrêtés à un procédé extrêmement simple.

Où fixer ?

Angle inférieur de la plaie. — Les premiers auteurs (Green, Cadenat, Henri-Petit) ont à la fin de leur intervention laissé l'appendice fixé à la partie basse de la laparotomie (région sus-pubienne). Cette localisation a été abandonnée car elle ne répond pas au siège anatomique de l'appendice et amène le cæcum sur la ligne médiane. Actuellement d'ailleurs, toutes les invaginations étant abordées par voie sus-ombilicale, l'extériorisation à l'angle inférieur de la plaie est devenue impraticable.

Fosse iliaque droite. — Tout aussi rapide, beaucoup plus anatomique est la fixation par une contre-ouverture iliaque droite. Cadenat fit une contre-ouverture sur le doigt au point de Lanz ; Descarpentries, Etienne, Henri-Petit, une incision par dissociation de Roux. Voici la technique actuellement utilisée dans le service de notre Maître, M. le professeur Caubet :

Lorque la désinvagination est entièrement terminée. L'index gauche est introduit à l'angle inférieur de la plaie ; il est dirigé vers la fosse iliaque droite et soulève la paroi antérieure le plus bas possible au-dessus de l'arcade fémorale et dans sa moitié externe. Sur le doigt on pratique une incision d'un demi-centimètre au bistouri, peau, aponévrose du grand oblique. Une pince de Kocher fermée effondre les muscles et le péritoine au travers de cette ponction pariétale. On saisit l'appendice par sa pointe entre les mors de la pince et on l'extériorise au maximum. Le méso-appendice n'est pas au préalable sectionné.

Si l'invagination est réduite par lavement, l'appendice sera fixé à l'angle inférieur d'une incision de Roux, pratiquée pour vérifier si la désinvagination est totale.

Comment fixer ?

Dès que l'appendice est amené à l'extérieur, une petite pince de Kocher le saisit à sa base (au ras du plan cutané) et écrase méso et appendice. La pince sera laissée à demeure sous un pansement alcoolisé.

Henri-Petit fixe l'appendice à la peau par deux petits crins.

Si l'on veut pratiqur une appendicostomie, dans les cas d'invagination tardive, on fixe l'appendice par deux points, au catgut, non perforants, au péritoine. On sectionne l'appendice au thermocautère et l'on introduit une petite sonde de Nélaton par l'orifice. Cette sonde sera laissée en place une dizaine de jours, jusqu'à cicatrisation de la plaie cutanée.

Evolution. — L'appendice, écrasé par une pince de Kocher, va se flétrir, noircir et s'éliminer spontanément vers le dixième jour, absolument comme un cordon ombilical. La cicatrice qui en résultera est parfois légèrement ombiliquée, jamais disgracieuse.

Si une fistule se produit, un coup de pointe de thermocautère suffit à la tarir rapidement.

***

Les sept premières observations sont celles d'enfants opérés dans le service de Clinique chirurgicale infantile de la Faculté de Toulouse, soit par les docteurs Cadenat ou Virenque, soit par nous-même.

Obs. I. (Cadenat et Virenque, *Soc. de Chir. de Toulouse*, 26-2-32.) — S.... Antonia, 7 mois. Hospitalisée le 17-10-28. Invagination iléo-cæcale datant de 24 heures. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Boudin dans la fosse iliaque gauche. Désinvagination. Appendice terne, feuille morte. Tendance à la réinvagination lors de la manœuvre d'essai. Extériorisation de l'appendice à l'angle inférieur de la plaie par quatre points non perforants au catgut, sans libérer le méso qui est également pris dans les sutures. Fermeture en un plan aux fils de bronze. L'appendice se dessèche, noircit et tombe spontanément sans laisser de fistule.

Obs. II. (Cadenat et Virenque, loc. cit.) — G... Albert, 5 mois. Hospitalisé le 20-8-30. Invagination iléo-cæcale datant de 26 heures, Laparotomie médiane sus-ombilicale. Boudin dans la région sous-hépatique, très accessible. Désinvagination aisée au début, pénible à la fin. Angle iléocæcal cartonné. Incision de 1 cm. au point de Lanz. Une Kocher effondre le péritoine, ramène l'appendice qui est fixé par une Kocher minuscule. Pansement sec. Fermeture de la paroi aux fils de bronze. La partie de l'appendice extérieure à la pince se spacèle et tombe, le moignon se rétracte. Pas de fistule. Cicatrice ombiliquée.

Obs. III. — Christiane C..., 8 mois. Hospitalisée le 19-4-33. Invagination iléo-cæcale datant de 5 à 6 heures. Laparotomie sus-ombilicale. Boudin au transverse. Désinvagination aisée au début, très difficile à la fin. Grosses lésions à l'appendice, tuméfié, violacé, méso très épaissi. Fixation appendiculaire du cæcum. Fermeture paroi en un

plan, crins et agrafes. Chute de l'appendice le 9e jour. Sort le 30-4-33.

Obs. IV. — B..., Robert, 5 mois. Hospitalisé le 20-8-33. Invagination iléo-cæcale remontant à 20 heures. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Boudin au début du descendant. Désinvagination aisée. Fixation appendiculaire du cæcum par une contre-ouverture iliaque basse. Fermeture de la paroi en un plan aux crins et agrafes. Eviscération le huitième jour. Reconstitution de la paroi aux bronzes. L'appendice s'élimine le onzième jour. Sort guéri le 16-9-33.

Obs. V. T..., François, 9 mois. Hospitalisé le 4-4-34. Invagination iléo-cæcale récente : dixième heure. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Boudin médian. Désinvagination facile. Fixation appendiculaire du cæcum. Fermeture de la paroi aux crins et agrafes. L'appendice se nécrose et tombe le 9e jour. Sort le 25-4-34.

Obs. VI. — R..., 9 mois. Hospitalisé le 19-4-35. Invagination cæco-colique datant approximativement (parents ne parlant pas le français) de 36 heures. Boudin médian sus-ombilical. Désinvagination aisée au début, puis pénible. Fixation appendiculaire du cæcum. Fermeture de la paroi aux crins. Chute de l'appendice spontanée le dixième jour. Sort le 11-5-35.

Obs. VII. — X..., 7 mois. Hospitalisé le 24-6-35. Invagination iléo-colique datant de 60 heures. Laparotomie sus-ombilicale. Boudin dans la fosse iliaque gauche. Désinvagination aisée, puis très difficile. Fixation appendiculaire du cæcum. Fermeture de la paroi aux bronzes. Mort 18 heures après de pâleur et hyperthermie.

Ces deux observations, dont une inédite, nous ont été aimablement communiquées par le docteur L. Henri-Petit, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry.

Obs. VIII (inédite, résumée). — R..., Georges, 11 mois, adressé le 26-4-32, avec le diagnostic d'invagination intestinale datant de 15 heures. Réduction sous écran impossible. Intervention immédiate. Laparotomie médiane. Invagination iléo-cæcale. Boudin dans le côlon transverse. Désinvagination lente et prudente. Puis boutonnière au point de Mac Burney, une Kocher effondre muscles et péritoine, ramène l'appendice dont le méso a été sectionné. Extériorisation de l'appendice au maximum. Fixation à la peau par deux crins. Fermeture de la laparotomie. Chute de l'appendice, noir et sec, au bout de quelques jours.

Obs. IX. (*Soc. Nat. Chir.*, séance du 20 juillet 1935, versée aux *archives de la Soc.* sous le n° 108.) — René B..., 3 ans, adressé le 20-2-35, pour invagination intestinale datant de 24 heures.

A 8 mois, enfant guéri une première fois par lavement baryté. Vu ce premier succès et état de l'enfant, nouvelle réduction sous écran. Boudin au milieu du transverse, réduction lente et difficile mais complète.

Le 30 mai 1935, l'enfant revient pour fixer son cæcum. Incision de Mac Burney, très externe. Cæcum flottant, appendice long et mobile. Ligature du méso. Une pince de Kocher effondre muscles et péritoine au-dessous de l'incision: Appendice extériorisé est fixé à la peau par deux crins. Fermeture de l'incision en 4 plans. Chute rapide de l'appendice.

En conclusion, le docteur Henri-Petit dit que « l'enfant est du même coup mis à l'abri d'une nouvelle invagination et d'une crise ultérieure d'appendicite »; et qu'ayant pratiqué six fois ce procédé chez des enfants, il ne lui a jamais donné d'ennui ou de récidive.

Conclusions. — Absolument bénigne, pas choquante, d'évolution extrêmement simple, la fixation appendiculaire du cæcum mérite d'être étendue à tous les cas d'invagination intestinale aiguë du nourrisson.

1) C'est un procédé rapide et sûr, qui permet d'éviter les récidives dans tous les cas.

2) Elle permet une appendicectomie parfois curative, toujours préventive, sans prolonger inutilement la durée de l'intervention.

3) Dans les cas anciens, elle permet, par l'appendicostomie, d'éviter la résorption brutale des produits toxiques intestinaux, et de prévenir parfois des accidents d'intoxication grave.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — *Soc. Nat. Chir.*, 1935.
Alglave. — *Soc. Nat. Chir.*, 1923.
d'Allaines et Armingeat. — L'invagination intestinale aiguë du nourrisson, *Monographie de Pédiatrie et de Puériculture*.
Bloch. — *Revue de Chirurgie*, 1932.
Cadenat et Virenque. — *Soc. Chir. de Toulouse*, 1932.
Cazal et Cadenat. — *Soc. Méd. et Chir. de Toulouse*, 1930.
Cellerier. — *Th. de Toulouse*, 1934.
Descarpentries. — *Soc. Nat. Chir.*, 1923.
Etienne et Aimes. — *Montpellier Méd.*, 1912.
Fèvre. — *Journ. de Chir.*, 1929 ; *Chirurgie infantile d'urgence*, Masson, 1933.
Lepoutre. — *Soc. Nat. Chir.*, 1923.
de la Marnière. — *Soc. Nat. Chir.*, 1933.
Michel. — *Th. de Montpellier*, 1934.
Ombrédanne. — *Précis de Path. Chir. Infantile.*
Petit. — *Soc. Nat. Chir.*, 1929 et 1935.

IXe CONGRES
DES SOCIÉTÉS D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE

(*Lyon, 29-31 mai 1936*)

Les arachnoïdites de la base du cerveau. Rapport présenté par MM. H. et R. Bourgeois, M. J. Lapouge (Otologie), H. Roger et P. Cosse (Neurologie), P. Carlotti (Ophtalmologie), Ch. Vincent, Puech et Bordet (Neuro-Clinique).

En présence de faits cliniques très disparates, ceci étant dû à ce que les divers spécialistes ne voient pas les mêmes malades, et aussi à ce que les accidents reconnaissent des causes variables, il importait d'abord de délimiter le cadre des arachnoïdites. C'est surtout sur les données anatomopathologiques que l'on peut baser la notion de l'arachnoïdite, issue du démembrement de l'ancienne méningite séreuse, concept beaucoup trop large.

Deux faits dominent l'anatomo-pathologie de l'affection : 1° sa localisation élective à certaines régions où le feutrage est plus dense (région des lacs en particulier) ; 2° la propriété que possède l'arachnoïde de présenter un processus inflammatoire évolutif alors que l'infection causale est depuis longtemps guérie.

Si on peut rejeter du cadre des arachnoïdites les hydrocéphalies aiguës, en particulier otitiques, les méningites séreuses généralisées, il faut y faire entrer d'abord les arachnoïdites opto-chiasmatiques, celles qui atteignent la fosse postérieure et les formes à localisations multiples. Il faut y ranger aussi les hydrocéphalies intraventriculaires et même celles de la fosse postérieure lorsqu'elles sont causées par

un processus d'arachnoïdite obstructive, ou lorsqu'il y a participation d'arachnoïdite locale.

Au point de vue anatomique, si l'arachnoïde est décrite diversement suivant les auteurs, tout le monde accepte aujourd'hui la notion d'espace arachnoïdien et non sous-arachnoïdien. L'espace cloisonné doit être étudié dans les diverses régions : citerne cérébello-médullaire, système médian de la base qui comprend :

Le lac pontique ;

Le lac interpédonculaire ;

Le lac chiasmatique, en communication avec le lac sylvien.

Pour compléter cette étude, il faut préciser les rapports avec le parenchyme nerveux et le sang circulant d'une part avec les cavités de la face et les systèmes lymphatiques des fosses nasales et du cavum d'autre part. Ces notions anatomiques parfaitement définies permettent d'entrevoir le rôle, d'une part, des affections générales neurotropes ou banales, d'autre part des traumatismes et des affections des cavités de la face, dans la genèse des arachnoïdites, mais on devra toujours se souvenir que l'infection causale est souvent terminée lorsque l'affection méningée évolue pour son propre compte.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut distinguer :

1° A la région opto-chiasmatique, des arachnoïdites de type adhérentiel, de type atrophique et une forme kystique ;

2° Dans la fosse postérieure, outre des types absolument analogues, on peut voir l'hydrocéphalie obstructive ou diffuse avec participation arachnoïdienne.

Quant aux lésions histologiques, elles peuvent être interprétées de façons diverses par suite de la conception que chaque auteur se fait de l'individualité de l'arachnoïde.

La transmission des infections peut se faire par plusieurs voies ; la voie lymphatique est particulièrement à signaler.

Symptomatologie

1. Arachnoïdite opto-chiasmatique. — Les symptômes de cette affection sont essentiellement ophtalmologiques. Après une étude de chaque symptôme en particulier, un examen d'ensemble permet de décrire plusieurs types :

1° Scotome central unilatéral sans altération du fond de l'œil ;

2° Scotome central unilatéral avec pâleur de la papille du même côté ;

3° Scotome central bilatéral avec pâleur des deux côtés ;

4° Scotome central bilatéral avec stase papillaire bilatérale ;

5° Amaurose d'un côté et stase papillaire du côté opposé ;

6° Amaurose avec atrophie optique d'un côté, scotome central et stase de l'autre ;

7° Scotomes centraux et rétrécissements périphériques variés ;

8° Amaurose bilatérale sans aucune modification du fond de l'œil.

Tous ces aspects correspondent au type de syndrome chiasmatique sans tumeur de Cushing. Une modalité plus rare est réalisée par le syndrome de Föster-Kennedy (scotome central et atrophie optique d'un côté, stase papillaire de l'autre).

Il peut y avoir aussi des formes associées avec participation de troubles de la série infundibulo-hypophysaire.

Il existe enfin des types de cécité bilatérale d'emblée survenant en quelques semaines.

Le diagnostic sera orienté vers l'arachnoïdite par les notions étiologiques (infections naso-pharyngée, encéphalites, syphilis, etc.). Il faudra éliminer la névrite rétrobulbaire d'origine toxique ou infectieuse. La sclérose en plaques, le tabes et la maladie de Leber poseront parfois un problème difficile.

Enfin toutes les tumeurs hypophysaires ou suprasellaires pourront causer une symptomatologie analogue à celle qui se trouve dans le syndrome chiasmatique sans tumeur de Cushing ; l'étude des antécédents, de l'évolution et de la radiographie permettra, en général, de préciser l'origine des troubles observés.

2. Arachnoïdites de la fosse postérieure. — Parmi les arachnoïdites de la fosse postérieure, il faut décrire les formes limitées, de symptomatologie variable suivant la localisation (angle ponto-cérébelleux, précérébelleuse, prépontique, cérébello-hémisphérique, latéro-bulbaire et du trou déchiré postérieur) ; la localisation au trou auditif a une importance particulière en otologie, car elle réalise un syndrome de Ménière. Il existe aussi des syndromes d'hydrocéphalie obstructive des trous de Luschka et Magendie, ou d'hydrocéphalie de la fosse postérieure d'évolution lente avec participation d'arachnoïdite.

Le diagnostic est souvent difficile, surtout si la notion d'otite est absente ; quand celle-ci existe il est souvent délicat de distinguer l'arachnoïdite des complications infectieuses en particulier. Enfin il faut séparer l'hydrocéphalie aiguë postotitique justiciable d'une simple évacuation, des cas chroniques dans lesquels l'exérèse devient nécessaire ; ceci, bien entendu, uniquement lorsque la suppuration de l'oreille est tarie.

Thérapeutique

1. Arachnoïdite opto-chiasmatique.— Il faut tout d'abord insister sur la nécessité du traitement préventif médical des arachnoïdites, en particulier sur le traitement spécifique. Si celui-ci se montre inefficace et surtout :

1° S'il y a des modifications du fond de l'œil ;

2° S'il y a baisse régulière de l'acuité visuelle ;

3° S'il y a rétrécissement progressif du champ visuel, il faut opérer.

L'exploration doit être faite par voie transfrontale droite intra dure-mérienne. Si l'on trouve des lésions adhésives, ce sont des adhérences qu'il faut libérer ; si l'on trouve un kyste comprimant le chiasma, l'évacuation de ce kyste suffit souvent ; ce sont ces cas qui donnent les meilleurs résultats. Parfois enfin, les nerfs optiques apparaissent atrophiés, sans arachnoïdite vraie ; il arrive que ces cas bénéficient fort bien de la simple exploration et peut-être de la simple exposition à la lumière.

Il faut ajouter que, lorsque les lésions sont plus diffuses, une trépanation décompressive sous-temporale droite doit être en outre pratiquée et que, après l'intervention, on doit continuer à traiter le malade médicalement et surtout par la radiothérapie.

Les résultats sont les suivants : bénignité habituelle de l'intervention (environ 7 p. 100 de mortalité), environ 50 p. 100 de récupération utile de la vision.

Quant au traitement des arachnoïdites de la fosse postérieure, il comporte toujours une trépanation suboccipitale et une exploration de toutes les cavités liquidiennes. Cette exploration doit être rigoureusement complète. Si l'on se trouve en face de lésions de méningite séreuse généralisée, en général l'évacuation suffit, pourvu que l'on maintienne une large ouverture de la dure-mère permettant le drainage du liquide par les muscles désinsérés. Lorsqu'il s'agit d'arachnoïdites adhésives localisées, il faut faire une exérèse des lésions. Les interventions sont habituellement bénignes et heureuses dans leurs résultats. Il n'en est plus de même lorsque l'arachnoïdite adhésive bloque l'aqueduc de Sylvius. La décompression frontale qui suit la libération (surtout l'incision du vermis) n'est pas sans danger, aussi vaut-il mieux peut-être agir à distance, et non pas sur la région bulbaire, agrandir le crâne par une décompressive

pour donner de la place à l'hydrocéphalie et drainer ainsi par voie temporale.

Les auteurs ne se dissimulent pas ce que ces interventions purement mécaniques, quels que soient leurs superbes résultats, peuvent avoir d'incomplètement satisfaisant pour l'esprit.

Discussion

M. Coppez (Bruxelles) fait remarquer que dans les compressions des nerfs optiques par les vaisseaux la dégénérescence des fibres nerveuses débute, en général, par les faisceaux centraux, tandis que dans les arachnoïdites elle débute, le plus souvent, à la périphérie des nerfs. Il observe que dans les études anatomo-pathologiques anciennes des atrophies des nerfs optiques, on ne mentionne pas l'existence de brides d'arachnoïdite ; il doit pourtant en exister parfois, mais elles sont probablement détruites au cours du prélèvement de la pièce sur le cadavre.

De l'examen d'un grand nombre de faits, on peut tirer la conclusion qu'un assez fort pourcentage de malades atteints d'atrophie optique pourraient bénéficier de la neurochirurgie.

M. Franceschetti se demande si, dans les cas suivis de guérison, et où l'exploration de la région opto-chiasmatique n'a pas montré d'adhérences, il ne faut pas invoquer un processus neuro-vasculaire pour expliquer l'amélioration. Il rapproche ceci des faits bien connus de scotomes centraux sans autre symptôme, guéris après une opération portant sur les sinus.

M. Monier-Vinard (Paris) précise les rapports des espaces arachnoïdiens avec les formations lymphatiques rétropharyngiennes. Il pense que les arachnoïdites peuvent se produire sous l'influence d'infections diverses, mais fréquemment à la suite d'une infection nasopharyngienne.

M. Dor (Lyon) apporte une observation d'hémorragie probable du 3e ventricule d'après l'aspect des radiographies, qui s'est terminée par la guérison du malade. Il rappelle également certains faits d'hypertension céphalorachidienne guéris après l'écoulement du liquide céphalorachidien par le nez. Ces faits lui semblent devoir être rapportés à l'appui de l'hypothèse d'infection de l'arachnoïde par les voies nasales.

M. Renard (Paris) mentionne que dans certains cas de stase papillaire, après une intervention curatrice, on voit l'acuité visuelle d'un des yeux diminuer pendant quelque temps. Sans doute se produit-il, du fait de la stase, une réaction méningée périoptique qui évolue ensuite pour son propre compte. Ceci indique qu'il faut intervenir précocement et faire toujours quelques réserves en ce qui concerne le pronostic visuel lorsque l'affection est déjà ancienne.

MM. de Morsier, Avala, Subirana.

Communications

M. Jentzer (Genève) a étudié un certain nombre de cas d'arachnoïdite au point de vue anatomo-pathologique. Il a pratiqué des interventions en plusieurs points et fait des prélèvements pour biopsie. Sur les coupes intéressant le cortex et la méninge molle qui sont présentées, le processus inflammatoire est bien visible, ainsi que la prolifération de la glie au niveau de l'écorce cérébrale.

M. Van Gehuchten (Louvain) apporte également des coupes histologiques sur lesquelles figurent à la fois la dure-mère, les méninges molles et le cortex. Dans un cas de lepto-méningite aiguë, on peut voir une véritable symphyse méningée avec développement des capillaires auotur desquels la réaction inflammatoire paraît être centrée. Sur d'autres préparations, on peut suivre l'échelonnement des lésions en profondeur. Les vestiges de l'arachnoïde passent en pont au-dessus du sillon cortical comblé par la prolifération inflammatoire de la pie-mère.

MM. Bériel et Ricard (Lyon) ont suivi un cas d'arachnoïdite opto-chiasmatique à forme kystique consécutive à un érysipèle de la face : étiologie rare, mais indiscutable d'après les constatations opératoires, la réaction d'arachnoïdite s'étant propagée du sillon olfactif au chiasma. Guérison maintenue depuis plus d'un an.

MM. Bériel et Ricard (Lyon). — Dans une arachnoïdite de la fosse postérieure avec blocage du 3e ventricule, le cathétérisme de l'aqueduc de Sylvius a donné un bon résultat qu'ont confirmé les modifications de l'aspect du fond de l'œil.

M. Bériel (Lyon) : *A propos de l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius dans les processus inflammatoires.* — Les coupes en série de l'aqueduc de Sylvius montrent comment la coalescence des parois aboutit peu à peu à l'oblitération cicatricielle par le jeu de l'épendymite. En présence de tels faits on peut se demander si les résultats obtenus par le simple cathétérisme de l'aqueduc ont des chances d'être durables.

MM. Devic et Ricard (Lyon) : *Arachnoïdite de la fosse postérieure.* — L'affection était survenue à la suite d'un lointain adéno-phlegmon du cou. Après deux interventions ayant permis de vider les cavités kystiques occupant la région du IVe ventricule, la malade se trouva très améliorée. Elle vient de temps à autre demander une simple ponction évacuatrice.

MM. David, Thieffry et Askenasy (Paris) : *Le cône de pression cérébelleux dans les affections non tumorales de la fosse cérébrale postérieure.* — A propos d'un cas d'arachnoïdite de la fosse postérieure chez l'enfant, les auteurs étudient le cône de pression cérébelleux, le prolapsus pseudo-tumoral du bulbe qu'il détermine et la production d'une hypertension artérielle paroxystique au cours des manœuvres de libération bulbo-protubérantielles.

MM. Collet et Charachon (Lyon) : *Méningites de la fosse cérébelleuse.* — Il faut insister sur les difficultés de diagnostic de la fosse cérébelleuse, dont deux observations fort différentes sont produites. La valeur des altérations du liquide céphalo-rachidien et de l'épreuve de Queckenstedt doit être discutée dans ces cas.

MM. Collet et Mayoux (Lyon), à propos du syndrome d'Eagleton, rapportent une observation dans laquelle diverses particularités prouvent qu'il s'agit réellement dans ce cas d'une inexcitabilité des canaux verticaux et non pas, comme on l'a dit, d'une hypoexcitabilité globale du vestibule.

MM. Barré et J. Masson (Strasbourg) : *Sur le traitement des arachnoïdites opto-chiasmatiques.* — Sur cinq malades opérés d'arachnoïdite opto-chiasmatique, trois n'ont retiré aucun bénéfice de l'intervention.

Nos connaissances sur l'anatomie même de l'arachnoïde sont vagues et sujettes à discussion. L'arachnoïde se trouve à la frontière de deux systèmes vasculaires qui ont chacun une vitesse circulatoire très différente. Dans les arachnoïdites, on rencontre très souvent de l'ischémie capillaire et de l'œdème veineux. On peut se demander si les interventions dont les résultats sont tantôt brillants, tantôt inefficaces, n'agissent pas surtout en créant une sorte de saignée à laquelle s'ajoutent des reflexes circulatoires profonds. Il semble donc indiqué aux auteurs d'avoir d'abord recours à des curetages de la muqueuse des sinus ethmoïdo-sphénoïdaux, même sains, à des interventions qui décongestionnent et provoquent sans doute des reflexes transformant la circulation intracranienne. Ce n'est qu'en cas d'échec qu'on s'adressera aux interventions par voie frontale qui offrent une gravité beaucoup plus grande.

G. Renard.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 JUIN 1936)

De quelques contre-indications de la digitale et des digitaliques. — M. A. PRUCHE insiste avec exemples à l'appui, sur les abus de la médication digitalique, sur la tendance à la prescrire sans discrimination dans toutes affections cardiaques, même s'il ne s'agit que d'une simple névrose. Il montre que les morts subites ou rapides observées parfois au cours de la réduction des états hyposystoliques par les digitaliques sont dues à un bloc de branche intraventriculaire insoupçonné, bloc que seul un électrocardiogramme aurait permis de mettre en évidence. Il conclut que prescrire de la digitale sans électrocardiogramme préalable, c'est toujours faire courir un risque au malade, qu'il s'agisse d'une hyposystolie droite ou gauche.

A propos de la Ligue du lait. — M. H. LEGRAND fait une étude sur cette ligue qui a été créée aussitôt après la guerre et qui est trop négligée par les médecins. Elle cherche à améliorer la production du lait ainsi que sa distribution ; elle cherche aussi à éduquer le consommateur. Le médecin a besoin de lait propre et sain pour les nourrissons et ses malades ; il doit donc s'intéresser à ce lait propre et sain. Nous avons du vin ordinaire et des vins fins ; il faudrait avoir du lait tout venant pour le café au lait et la purée de pomme de terre, mais aussi du lait pur, propre et exempt de germes pour les bébés et les vieillards.

Technique et indications des injections intraveineuses d'huile camphrée. — M. GUILLEMAN indique que les injections intraveineuses d'huile camphrée doivent être utilisées suivant une technique rigoureuse : ne pas injecter, en une seule fois, plus de 2 cc. d'huile pure, fluide et neutre, renfermant 10 % de camphre et pousser l'injection très lentement. On y aura recours quand on recherchera une action immédiate et énergique chez un sujet présentant un syndrome de dépression nerveuse et d'arrêt respiratoire et circulatoire provoqué par la stase sanguine, c'est-à-dire dans tous les états de shock, les syncopes et les asphyxies et chez les malades adynamiques. L'action héroïque de ce traitement en fait une arme très précieuse pour la thérapeutique d'urgence. Elle doit s'ajouter aux moyens habituellement employés et prendre une place à part parmi eux.

Etude des causes de la maladie tuberculeuse. L'étape préclinique ou proto-phtisie. — Mme Andrée BESSON propose une hypothèse humoro-microbienne de la maladie tuberculeuse. Un trouble humoral, seul élément de la phase préclinique, serait le substratum de l'hérédité tuberculeuse. D'autres facteurs de modifications physico-chimiques des humeurs organiques existent : a) les maladies anergisantes, dont le rôle est connu ; b) les radiations nocives de certains sels, peu étudiées encore. Tous ces facteurs rendent le terrain humain favorable à l'acclimatement du bacille de Koch. *Ainsi le B. K. ne serait peut-être parfois que le témoin de l'humorisme phtisique.* La maladie tuberculeuse aurait deux phases : l'une humorale, pré-clinique, la proto-phtisie, l'autre, la tuberculose clinique, marquée par l'entrée en scène du B. K. et de ses toxines.

(SÉANCE DU 27 JUIN 1936)

Gastrectomies et anémies consécutives. — MM. BÉCART et LUQUET, se basant sur une expérience de plus de mille cas d'ulcères opérés par différentes méthodes, montrent que l'anémie, consécutive à la gastrectomie, s'observe exclusivement dans les cas chez lesquels la résection a été pratiquée à un niveau trop élevé. Si, en effet, la section de la petite courbure *peut et doit* être faite sans inconvénient, très haut pour éviter les récidives ou les ulcères peptiques, celle de la grande courbure, au contraire, doit être *beaucoup plus basse*, de façon à ce que la direction de la tranche gastrique tende vers la verticale. Les anémies sont, en général, légères et présentent le type hypochrome. Les auteurs n'ont jamais vu de *maladie de Biermer* se développer à la suite d'une gastrectomie, si on entend par ce terme un état myélopathique anémique caractérisé histologiquement par la reviviscence embryonnaire, dont le test est la présence dans le sang circulant, et surtout dans la moelle osseuse, d'*érythroblastes à noyau perlé*. Le traitement qui leur a donné le meilleur résultat dans ces cas d'anémie secondaire est l'opothérapie gastrique associée au fer réduit à hautes doses (1 à 2 gr. et plus par jour).

Chirurgie réparatrice mammaire : distribution de la peau sur le sein néo-formé. — M. C. CLAOUÉ montre que l'habillage du cône mammaire, reconstruit par double rotation sur lui-même du moignon, doit s'inspirer d'une concentraton cicatricielle péri-aréolaire. Le lambeau cutané externe est réparti au pourtour de l'aréole décollée en collerette en faisant jouer l'élasticité de la peau pour coapter des courbures différentes. Pour absorber l'excès de peau, des godets cutanés sont réséqués, soit sur la ligne médiane inférieure, soit en V renversés, etc... Une cicatrice radiaire externe est la trace de l'emplacement primitif de la région aérolaire transplantée.

La plastique mammaire. — M. BOURGUET expose deux méthodes techniques opératoires, l'une du docteur Schwarzmann et l'autre du docteur Biesenberger qui ont été publiées il y a six ans. Tous deux avec une technique différente réduisent l'hypertrophie du sein par une ablation plus ou moins grande de la glande dans la partie externe. Pour corriger la ptose, ils font subir une rotation à la partie restante en portant l'extrémité inférieure du sein conservé au contact de l'extrémité supérieure. De ce fait, le mamelon est relevé et replacé dans sa position normale. L'auteur fait ressortir que dans une technique publiée récemment, rien de nouveau n'a été ajouté aux techniques précitées, parce que c'est la même correction de l'hypertrophie et la même rotation de la partie du sein conservé.

Hypertrophie des amygdales et carie dentaire. Deux portes d'entrée de la voie morbide. — M. G. ROSENTHAL soutient que les maladies actuellement considérées comme primitives ne sont que la deuxième étape de l'évolution pathologique des individus. Il appelle voie morbide la route parfois latente souvent méconnue qui mène de la santé à la maladie. Dans l'enfance, le jeune sujet quitte la route de la santé pour descendre la voie morbide pour de multiples raisons : deux des plus importantes sont la déchéance lymphoïde et la carie dentaire. L'auteur insiste sur le fait que l'ablation des végétations et des amygdales ne dispense pas d'un traitement général de tissu lymphoïde dégénéré et que les soins dentaires sont le premier pas du traitement chimiothérapique, endocrinien et hydrologique de la décalcification.

De quelques initiatives médicales et d'une chaire du progrès scientifique. — M. Georges ROSENTHAL demande qu'une Chaire de progrès scientifique empêche l'oubli de travaux intéressants et utiles.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1936)

Iléus paralytique apparu à la suite d'une éruption sérique et ayant imposé la laparotomie. Occlusion secondaire du grêle par bride. Intervention. Guérison. — M. FRANÇAIS fait un rapport sur une observation de MM. Luthereau, Gossart et Laroche (de Montereau). Une enfant de huit ans reçoit, au cours d'une angine diphtérique, une injection de sérum. Quatre jours après, éruption sérique, urticaire généralisé, signes généraux, fièvre, arthralgie, douleurs abdominales localisées autour de l'ombilic. Au bout de huit jours, disparition des accidents. Mais, quelques jours plus tard, dix-sept jours après l'injection de sérum, ballonnement du ventre, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Opération : intestin distendu à partir de la dernière portion de l'iléon jusqu'à l'extrémité des côlons ; aspect cyanosé de l'intestin et dilatation extrême des vaisseaux veineux. On ne trouve aucun obstacle. Résection de l'appendice. Injection d'adrénaline et compresses chaudes sur l'intestin : presque aussitôt la coloration normale de l'intestin reparaît. Néanmoins, fixation du cæcum à la paroi pour pouvoir le ponctionner en cas de résistance des phénomènes d'iléus. Guérison. Trois mois après, nouvelles douleurs abdominales, vomissements, ballonnement de l'abdomen, arrêt des gaz, etc.; une nouvelle laparotomie montre qu'il s'agit d'une occlusion de l'intestin grêle par une bride, qui est réséquée. Guérison définitive. Les auteurs se demandent si l'iléus paralytique qui a nécessité la première opération ne doit pas être rapproché de l'infarctus intestinal d'origine anaphylactique, récemment décrit et étudié par le prof. Grégoire : les lésions constatées ici ne sont pas tout à fait comparables à celles de l'infarctus, mais il n'y a en somme qu'une différence de degré ; elles rentrent dans la catégorie des infarctus spontanément curables. L'observation apporte une confirmation intéressante du rôle de l'anaphylaxie dans la production de ces accidents intestinaux.

Insufflation tubaire et injection intra-utérine de lipiodol dans la stérilité. — M. Pierre DUHAIL. Parmi les trois causes principales de stérilité féminine (stérilité d'origine utérine, tubaire et endocrinienne), l'insufflation tubaire et l'hystéro-salpingographie doivent être avant tout réservées à la recherche de la perméabilité des trompes. Mais il ne faut pas employer ces méthodes lorsqu'il y a métrorragies, métrite du col, infections utérines ou salpingiennes en évolution. C'est qu'en effet l'un comme l'autre de ces examens présente des dangers. Pour l'insufflation, il y a risque de rupture, d'infection, d'embolie gazeuse. Pour l'injection intra-utérine de lipiodol, il y a risque de rupture, d'embolie graisseuse, d'infection salpingienne ou péritonéale. Par contre, ces méthodes ont l'avantage de préciser la perméabilité des trompes, et l'hystéro-salpingographie montre, en outre, le siège de l'obstacle. De plus, il existe bon nombre d'observations où des trompes imperméables sont devenues perméables à la suite de l'examen. L'insufflation et l'injection intra-utérine de lipiodol peuvent être considérées comme un traitement de la stérilité d'origine tubaire. Le pourcentage des gestations dans les mois qui suivent l'un ou l'autre de ces examens se chiffre en moyenne à 10 ou 12 p. 100. Toutefois, la fréquence relative des grossesses ectopiques après lipiodol n'est pas à négliger.

L'insuline dans les hémorragies utérines. — M. ROULLAND. L'insuline est le traitement le plus efficace des hémorragies utérines d'origine ovarienne (autrefois hyperovarie et maintenant hyperfolliculinémie). Les hémorragies utérines justiciables de l'insulinothérapie sont les hémorragies endocriniennes de la puberté, de l'âge adulte et de la ménopause. L'auteur insiste sur le mécanisme de ces hémorragies dues le plus souvent à un « follicule persistant », c'est-à-dire qui ne se rompt pas, devient kystique et empêche la formation du corps jaune ; en même temps, hyperfolliculinémie décelable. Pour l'auteur, l'action de l'insuline est une action endocrinienne frénatrice et non une action médicamenteuse hémostatique. Les doses qu'il préconise sont des doses faibles, commençant par 5 unités pour atteindre 10, 15 et 20 unités, dose qui n'est pas dépassée. Il insiste sur la rapidité d'action de l'insuline. L'effet est obtenu dès la deuxième injection si l'insuline doit agir ; on ne gagne rien à prolonger le traitement. L'auteur décrit les détails de sa technique et les résultats qu'il a obtenus.

Technique des forages, des enchevillements et de l'arthrodèse de la hanche par la voie transcervicale. — M. Raphaël MASSART décrit une série de techniques toutes dérivées du même principe : passer à travers le col du fémur pour réaliser des forages, des enchevillements ou des arthrodèses. Le forage s'adresse aux rhumatisants, sujets âgés ou tarés ; il doit être rapide, sans complications ; aussi, l'auteur déconseille l'opération sous radioscopie ; le repérage de la tête, la direction du col sont faciles à obtenir en glissant l'index à la face antérieure de l'articulation. On évite ainsi les erreurs faites par les appareils de visée qui, parfaits pour des hanches normales, ne tiennent pas compte des variations pathologiques de la tête. Le forage ne doit pas être fait au vilebrequin qui, par son mouvement de rotation, déplace l'axe du forage ; l'auteur utilise des tarières droites. Le canal foré dans le col peut être vérifié à la radiographie. Sur les observations présentées, la technique a permis un bon forage axial.

L'enchevillement est utilisé aussi pour fixer les fragments du col fracturé. Il sera d'une exécution simple en procédant de la même manière que pour le forage du col du fémur, à condition d'avoir d'abord réduit la fracture sur la table orthopédique. Cet enchevillement est réalisé par l'auteur avec un greffon tibial pris au malade. Le greffon apporte avec lui son action calcifiante et est un élément important dans la formation du cal.

L'arthrodèse de la hanche a été faite par l'auteur en s'inspirant du même principe ; un greffon tibial passe à travers le col du fémur et va se fixer à la partie supérieure de l'os iliaque en passant dans un canal foré par une incision faite à la face externe du grand trochanter. L'arthrodèse ainsi pratiquée est une opération simple, rapide, n'entraînant aucun délabrement.

Des observations de malades opérés viennent à l'appui de la description de ces techniques.

Hernie inguinale droite étranglée, contenant le cæcum et l'appendice perforé, l'origine du côlon ascendant et la fin de l'iléon. Résection iléo-cæcale. Guérison. — M. DJÉMIL CHÉRIF BAYDUR (d'Istamboul) communique cette observation qui présente comme particularité la présence d'un appendice enflammé et perforé.

NOTES POUR L'INTERNAT

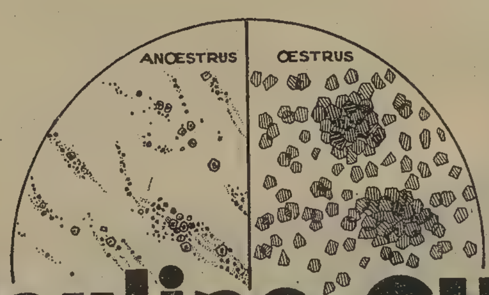
CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS[1]

EVOLUTION

Elle est très lente et s'échelonne sur des mois et des années pendant lesquelles le cancer reste localisé dans l'utérus, sans envahir les organes voisins ni les ganglions.

Toutefois, de la fièvre apparaît ; les hémorragies, les pertes épuisent les malades qui finissent par maigrir, pâlissent et se cachectisent lentement.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 68, p. 1096.


ANŒSTRUS
ŒSTRUS

Localement, l'utérus est volumineux, parfois bosselé, et des greffes péritonéales finissent par le faire adhérer aux organes voisins ou déterminent une ascite cancéreuse. L'envahissement du paramètre est très tardif. Par le col entr'ouvert on peut sentir à cette période des bourgeons néoplasiques.

En résumé, le pronostic est bien moins grave que celui du cancer du col, auquel il s'oppose par :

— La discrétion des signes physiques à la période de début.

— La lenteur de l'évolution qui se fait localement, sans envahissement ganglionnaire ni métastase.

— La longue période d'opérabilité qui en découle.

FORMES CLINIQUES

1. **Formes douloureuses,** avec crises excruciantes et paroxystiques qui attirent rapidement l'attention (Simpson et Pozzi).

2. **Formes latentes.** — Elles sont loin d'être exceptionnelles. Elles manifestent leur présence uniquement par quelques troubles que l'on catalogue métrite, et c'est alors une découverte d'autopsie ou d'exploration.

3. **Cancer du corps évoluant chez une femme jeune.** — Forme très trompeuse, où le cancer se développe souvent sur un fibrome et où l'histoire de règles abondantes, compliquées depuis peu de métrorragies, rend la reconnaissance du cancer très difficile.

4. **Existence simultanée d'un cancer et d'un polype muqueux,** où, en règle, c'est la persistance des troubles après l'ablation du polype qui fera penser à une autre cause endo-utérine plus grave.

5. **Cancer du corps avec pyomètre :**

— Exceptionnellement, pyomètre fermé caractérisé par un état infectieux persistant dont la cause peut être difficile à découvrir.

— Habituellement, pyomètre ouvert : forme grave avec température, état général rapidement altéré, écoulement abondant, de pus et de débris sphacélés. L'utérus est très gros, mou, et son extraction demande des précautions particulières.

6. **Cancer corporéal, avec métastase vaginale** qui peut revêtir une des trois formes : superficielle, nodulaire, infiltrante.

DIAGNOSTIC

Il est évident, lorsque chez une femme ménopausée se rencontre le tableau fonctionnel typique complété par un utérus volumineux, parfois même déjà bosselé.

Le problème diagnostic ne se pose qu'au début des métrorragies, lorsque l'examen clinique est pratiquement négatif, et il est à envisager chez la femme antérieurement ménopausée et chez la femme plus jeune.

A. Après la ménopause. — *Pour l'enseignement*, il est permis de « poser en principe que lorsqu'une femme qui n'a plus ses règles voit apparaître de façon continue des écoulements de sang ou de liquides plus ou moins septiques et sanguinolents, il y a 9 chances sur 10, si elle n'a rien au col, pour que ces écoulements anormaux soient dus à un cancer du corps utérin » (J.-L. Faure).

Dans la pratique, le problème est beaucoup plus complexe, car l'expérience a montré que si on suivait à la lettre ce principe, on serait amené à pratiquer une opération toujours risquée pour des lésions bénignes dont la proportion, en réalité, dépasse de loin 30 p. 100 de ces cas de métrorragies (Quenu, Tixier, Ducuing). L'hystérectomie n'étant donc pas justifiée par l'argument de fréquence, il importe de distinguer le cancer de ces lésions bénignes :

1. *Métrite sénile.* — Les hémorragies sont peu importantes, insignifiantes.

La leucorrhée est au contraire le symptôme principal : jaunâtre, purulent, cet écoulement d'abondance variable a une odeur très précocement fétide (caractère plus tardif dans le cancer).

Au toucher, souvent gêné par de l'atrésie vaginale, le col est fermé, dur, le corps le plus souvent petit et atrophié.

L'évolution est lente, avec des périodes de régression, améliorée par le traitement.

2. *Le polype fibreux sphacélé*, par ses métrorragies, ses pertes fétides, ses douleurs expulsives, est d'un diagnostic pratiquement impossible par les seules données de la clinique.

3. *L'hyperplasie muqueuse* (Lecène) réalise un tableau clinique identique et c'est elle qui est responsable de beaucoup d'hémorragies survenant en dehors du cancer du corps. Elle est souvent déterminée par une tumeur bénigne de l'ovaire (Moulonguet) et on peut soupçonner ce diagnostic cliniquement lorsque la tumeur ovarienne est assez volumineuse pour être perçue à l'examen. Dans les autres cas, ce sera uniquement un diagnostic histologique.

La clinique est donc impuissante à poser de façon ferme et régulière le diagnostic de cancer du corps utérin, et pour éviter les opérations inutiles, il est indispensable de recourir à d'autres moyens d'investigations :

La radiographie utérine après injection de lipiodol est sans danger lorsque pratiquée en dehors d'une période d'hémorragies et sous pression convenable. Elle montre dans le cancer des contours irréguliers, un aspect flou et indistinct, tandis que le polype a des contours précis et que la métrite ne déforme guère la cavité (Mocquot). Mais :

— Elle laisse échapper les lésions à leur extrême début.

— Elle ne peut toujours suffire à affirmer la nature bénigne ou maligne d'une tumeur intra-cavitaire.

Le curettage explorateur est capable d'assurer le diagnostic dans la presque totalité des cas. On lui a reproché :

— D'être dangereux. Mais il ne saurait s'agir que d'un curettage très prudent, avec une curette mousse, et, s'il est nécessaire d'explorer *toute l'étendue* de la cavité utérine, on s'abstiendra de toute manœuvre de force. Dans ces conditions, le danger de perforation ne peut exister que dans les formes très avancées, où le diagnostic, évident, ne nécessite pas cette exploration. Quant aux risques d'infection, ils semblent bien minimes.

— De disséminer le cancer : sa lenteur d'évolution rend ce danger bien illusoire.

— *D'être infidèle et trompeur.* Si un résultat positif affirme le diagnostic, un résultat négatif laissera planer un doute : en fait, les chances d'erreur sont infimes (Quenu) et la pratique a démontré que l'on peut se baser sur le résultat de la biopsie à condition de surveiller la malade.

Mais ce curettage doit être formellement proscrit lorsqu'il existe des masses annexielles inflammatoires.

En résumé, chez une femme ménopausée, en dehors des cas où le diagnostic est évident par la seule clinique, la conduite est la suivante. Après dilatation par laminaires, on pratique un curettage explorateur. L'examen des fragments ramenés :

Ou bien affirme le cancer.

Ou bien révèle une lésion bénigne. Dans ce cas, on pratique sans arrière-pensée un curettage véritable ou on soumet la malade à un traitement curiethérapique. Mais on revoit la malade à intervalles réguliers, prêt à intervenir en cas d'échec du traitement conservateur.

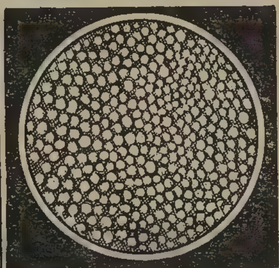
(*A suivre.*) J.-N. COURVOISIER.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine



Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.

Régulateur physiologique de l'intestin

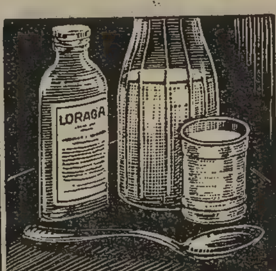
S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.



Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE
PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

LABORATOIRES SUBSTANTIA

M. GUÉROULT, Pharmacien

13, Rue Pagès

SURESNES (Seine)



"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.



N° 71. — SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

MARINE. — SERVICE DE SANTÉ. — Les élèves du service de santé de la marine ci-après désignés, reçus docteurs en médecine, ont été nommés aux emplois de médecin de 3e classe auxiliaire (application du décret du 6 février 1923) :

Pour compter du 9 juillet 1936 : M. Laurent (Pierre).

Pour compter du 16 juillet 1936 : M Moevus (Jean).

Pour compter du 18 juillet 1936 : M. Miniconi (Jérôme).

Pour compter du 23 juillet 1936 : M. Rolland (Albert).

Pour compter du 28 juillet 1936 : MM. Arvor (Francis); Bareille (Max); Chauderon (Jacques); Faure (Gabriel); Richard (Jehan).

Pour compter du 30 juillet 1936 : MM. Chauvin (Louis); de Dieuleveult (Hervé); Peyron (Jacques).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE (121, boulevard de Port-Royal). Professeur : A. Couvelaire. — *Cours de vacances*. — Un cours de pratique obstétricale et un cours de perfectionnement, avec stage, auront lieu à la clinique Baudelocque, le premier d'une durée de deux semaines, du 7 au 20 septembre, le second d'une durée de quatre semaines, du 5 au 31 octobre.

Cours de septembre. — Ce cours sera dirigé par MM. Lacomme et Sureau, accoucheurs des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Desnoyers, Ravina, Digonnet, accoucheurs des hôpitaux, M. Powilewicz, Mmes Anchel-Bach, Fayot-Petit-Maire, anciens chefs de clinique, M. Lepage, chef de clinique, MM. Coen, Grasset, Landrieu, anciens internes des hôpitaux, M. Boros, interne des hôpitaux, M. Mouchotte, aide de clinique.

Ce cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers, il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours. Les auditeurs seront individuellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Baudelocque.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., et à l'A. D. R. M. (salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h., sauf le samedi après-midi.

Le droit à verser est de 150 francs.

— CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (Hôpital Broca). Professeur : M. Pierre Mocquot. — GYNÉCOLOGIE. — *Cours de vacances*. — M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie; M. Guillot, chef de clinique gynécologique; M. Parat, chef du laboratoire; M. R. Moricard, attaché médical; MM. P. Lejeune et J. Longuet, anciens chefs de clinique, feront ce cours du lundi 21 septembre au samedi 3 octobre 1936.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Le droit à verser est de 200 francs.

S'inscrire à la Faculté de médecine au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures) ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.)

CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. — Prof. P. COURMONT (Lyon). — Un *cours de perfectionnement sur la tuberculose*, sous la direction du prof. Paul Courmont, avec le concours du Comité National de Défense contre la tuberculose, est organisé, à Lyon, du lundi 9 novembre au 6 décembre 1936 (4 semaines).

Il comprendra, chaque jour, des *conférences*, des *cliniques* au lit du malade, des *exercices pratiques* de clinique (radiographie, pneumothorax, etc...), de laboratoire (bactériologie, sérologie).

Le cours sera donné à la Clinique de la Tuberculose, par le prof. P. Courmont et ses assistants, et dans différents services spécialisés, avec la collaboration de professeurs de la Faculté de Médecine, de médecins des hôpitaux, de chefs de laboratoires.

Une note ultérieure indiquera l'horaire et le programme détaillé.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de Médecine (avenue Rockefeller n° 8) ou à l'Institut bactériologique, 61, rue Pasteur, Lyon 7e.

Les droits à verser sont de 250 francs.

Le Comité National de Défense contre la Tuberculose met à la disposition des médecins de Dispensaires ou de candidats à ces postes un certain nombre de bourses.

S'adresser pour les bourses et tous renseignements d'inscriptions, au prof. P. Courmont.

Des cours complémentaires et un stage de trois mois pourront être organisés pour les médecins désirant suivre plus longtemps l'enseignement de la clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Emile Dubois (à Blois); Marmouget, médecin en chef de la marine, décédé à l'âge de 51 ans à Chef-Boutonne (Deux-Sèvres); le médecin général inspecteur Jules Rouget, grand officier de la Légion d'honneur, décédé au Val-de-Grâce; MM. les docteurs Gallet, sénateur de la Haute-Savoie, ancien ministre des pensions; Georges de Schuttelaere, médecin lieutenant-colonel en retraite; Priem, docteur en médecine, agrégé de l'Université, professeur honoraire au lycée Henri-IV, décédé à l'âge de 94 ans.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE DROIT D'AUTEUR ET LE CONTRAT D'ÉDITION

Le ministère de l'Education nationale communique :

Avant la séparation du Parlement, M. Jean Zay, ministre de l'Education nationale, a déposé sur le bureau de la Chambre des députés un important projet de loi sur le *droit d'auteur* et le *contrat d'édition*.

Ce projet, qui compte 56 articles et qui est destiné à combler une lacune du droit positif français, met en lumière des principes juridiques essentiels d'une incontestable équité : « Tout travail aboutissant à la création d'une œuvre littéraire ou artistique, peut-on notamment y lire, confère à son auteur sur cette œuvre un droit *sui generis*, dit droit d'auteur. » Ce droit, profondément différent du droit de propriété, qui porte sur les biens mobiliers et immobiliers, représente le salaire particulier d'un travail particulier. « Il est attaché à la personne de l'auteur et il est inaliénable ».

Quant au contrat d'édition, le projet le définit : « Un contrat par lequel l'auteur d'une œuvre littéraire ou artistique en *concède* l'exploitation » à un tiers nommé éditeur. La notion de *concession* se substitue donc à celle de *cession* : en effet un droit personnel est incessible, même partiellement, et le titulaire du droit d'auteur ne peut que concéder un privilège d'exploitation.

En ce qui concerne la transmission du droit de l'auteur après sa mort, le projet conserve le délai de cinquante ans : il le prolonge même en faveur du conjoint, du fils, du petit-fils. Mais il le divise toujours en deux périodes. Pendant une première période de dix ans « les personnes désignées par testament ou les héritiers » sont titulaires à la fois du *droit moral* exclusif, qui leur permet d'autoriser la diffusion des œuvres, et du *droit pécuniaire*, en vertu duquel des redevances leur sont dues. Au cours d'une seconde période, qui va de l'expiration de la première à l'expiration du délai global, les mêmes personnes ne peuvent plus prétendre qu'au droit pécuniaire. C'est en quelque sorte par *paliers* que les œuvres entrent dans le domaine public.

Ajoutons que le texte offert par M. Jean Zay aux délibérations du Parlement s'applique à toutes les formes de l'édition (livre, bronze, disque, film, partition, etc.) et de l'exécution (représentations, radiophonie, etc.). Pour les dispositions spéciales à chaque mode de diffusion des œuvres de l'esprit, ce texte prescrit la recherche d'accord, interprofessionnels, le cas échéant après arbitrage du ministre de l'Education nationale et des Beaux-Arts.

Au surplus, loin de dresser les uns contre les autres les créateurs intellectuels et leurs concessionnaires, il est conçu de manière à favoriser, ainsi que le déclare l'exposé des motifs, « la collaboration efficace des auteurs et des éditeurs dans le respect mutuel de leurs droits ».

RENSEIGNEMENTS

POSTE A CÉDER de suite. Côte d'Azur. Méd. gén. et enfants. Ult.-viol., diath. Tr. bel appart. rem. à neuf. Bail : 5 ans à 7.000 fr. Revenu ann. : 110.000. Partie compt. exigée. S'adr. M. Heinen, 100, r. Montmartre, Paris.

Fds de Cce de PHARMACIE 8-10, r. de MAUBEUGE, Paris. M. à p. (p. él. b) : 100 000f. Cons : 10 000f. Adj 15 sept., 15 h. Et. Vidrecoq, not, 16, r. de Liége. S'ad. Planque, adm., 6, r. de Savoie, et au not. 634

REVUE GENERALE

LES PHLEGMONS AXILLAIRES

Par M. PIERRE BASTIEN,
Interne des hôpitaux de Lille.

On décrit classiquement sous le nom de phlegmons de l'aisselle, les suppurations chaudes du creux axillaire et des téguments de sa paroi inférieure.

Une classification anatomique généralement usitée les divise en trois catégories :

Les abcès cutanés ou abcès tubéreux à point de départ sébacé (furoncles) ou sudoripare (hydrosadénites) ;

Les phlegmons sous-cutanés ou superficiels, développés dans le tissu cellulaire sous-cutané ;

Les phlegmons profonds siégeant dans la cavité axillaire proprement dite.

Ces derniers présentent un grand intérêt tant au point de vue clinique qu'au point de vue chirurgical. Ce sont eux qui retiendront surtout notre attention. Quant aux abcès tubéreux, nous les éliminerons de cette étude. Leurs caractères pathogéniques et cliniques, si particuliers, les éloignent en effet beaucoup du cadre essentiellement anatomo-chirurgical des phlegmons du creux axillaire.

Rappel anatomique. — Un exposé anatomique succinct de la région axillaire nous paraît indispensable avant d'aborder toute étude pathogénique ou clinique.

Le creux axillaire affecte la forme d'une pyramide quadrangulaire tronquée, à base inférieure. On lui décrit cinq parois :

a) La paroi inférieure ou cutanée, représentée par les téguments de l'aisselle ;

b) La paroi antérieure ou pectorale formée par les muscles pectoraux et sous-clavier ;

c) La paroi postérieure ou scapulaire constituée par l'omoplate revêtue des muscles sous-scapulaire, sus-épineux, grand et petit ronds ;

d) La paroi externe répondant à l'articulation de l'épaule, au deltoïde et au coraco-biceps ;

e) La paroi interne ou thoracique constituée par le grand dentelé.

Deux des aponévroses qui recouvrent ces muscles, intéressent particulièrement notre sujet :

1) *L'aponévrose axillaire.* — Son étude a suscité de nombreux travaux, notamment ceux de Charpy et Soulie (1905), Moreau (1914) et Florence (1923).

D'après la description de Moreau, elle comporte trois portions :

a) Une portion sus-pectorale (ou clavi-pectorale) tendue de la clavicule et du muscle sous-clavier au bord supérieur du petit pectoral. De nombreux orifices vasculo-nerveux, notamment celui de la veine céphalique, la perforent ;

b) Une portion rétro-pectorale, traversée par le nerf du petit pectoral. Elle se fixe sur le bec de la coracoïde et se continue en arrière du P.P. avec les deux autres portions ;

c) Une portion sous-pectorale comprenant deux lames fibreuses :

Une lame verticale donnant naissance à de nombreux trousseaux fibreux qui adhèrent au derme de la peau de l'aisselle et constituent le ligament de Gerdy ;

Une lame horizontale qui se termine sur le bord externe de l'omoplate depuis la pointe jusqu'au pôle inférieur de la cavité glénoïde. A ce niveau l'aponévrose se porte sur la gaine fibreuse du coraco-brachial en décrivant un arc à concavité inférieure et externe, l'arc axillaire ou Achselbogen. Sous l'arc axillaire l'aponévrose brachiale décrit une courbe inverse (Armbogen). Il en résulte un orifice (fosse ovale de l'aisselle) à travers lequel apparaît le paquet vasculo-nerveux axillaire.

II. *L'aponévrose du Grand pectoral.* — Elle recouvre les deux faces du muscle et se continue par l'aponévrose superficielle de l'aisselle. Celle-ci recouvre la base de la cavité axillaire et se termine en dehors, dans la gaine du grand dorsal.

Les muscles et aponévroses que nous venons d'étudier limitent des espaces ou loges dans lesquels des collections suppurées peuvent se développer (fig. 1).

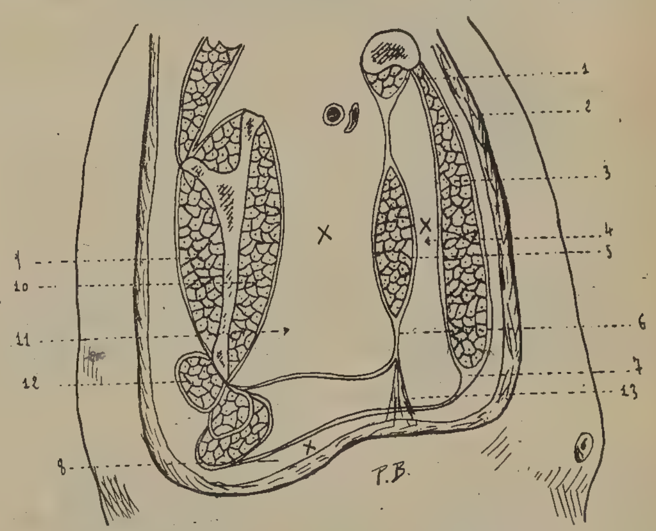


FIG. 1. — 1. Sous-clavier. — 2-3. Grand pectoral. — 4. Loge inter-pectorale. — 5. Petit pectoral. — 6. Aponévrose axillaire. — 7. Aponévrose du grand pectoral. — 8. Loge sous-cutanée. — 9. Sous-épineux. — 10. Sous-scapulaire. — 11. Loge profonde, axillaire. — 12. Grand dorsal.

Sous l'aponévrose superficielle siégeront les phlegmons sous-cutanés. Au-dessous de cette aponévrose, deux loges sont à décrire :

1) *La loge antérieure* ou superficielle, comprise entre les deux pectoraux. Elle contient le nerf du grand pectoral, la terminaison de la veine céphalique, des rameaux de l'artère acromio-thoracique. Sa paroi antérieure est constituée par le grand pectoral. Sa paroi postérieure est formée par le sous-clavier, le petit pectoral et la portion verticale de l'aponévrose axillaire. En dedans elle est fermée par la paroi thoracique, en dehors par le coraco-brachial. Elle se continue néanmoins avec l'espace virtuel sous-deltoïdien.

2) *La loge postérieure*, profonde, correspond à la cavité axillaire proprement dite. Limitée en avant par la face postérieure de l'aponévrose clavi-pectoro-axil-

laire, elle a pour autres parois, celles que nous avons précédemment envisagées. Notons que cette loge correspond par son sommet avec la région sus-claviculaire. L'orifice de passage est limité en bas par la première côte, en haut par la clavicule, en dehors et en arrière par la base de la coracoïde.

Topographie des ganglions lymphatiques axillaires (fig. 2). — Les phlegmons profonds du creux de l'aisselle sont généralement des adéno-phlegmons. Le rôle

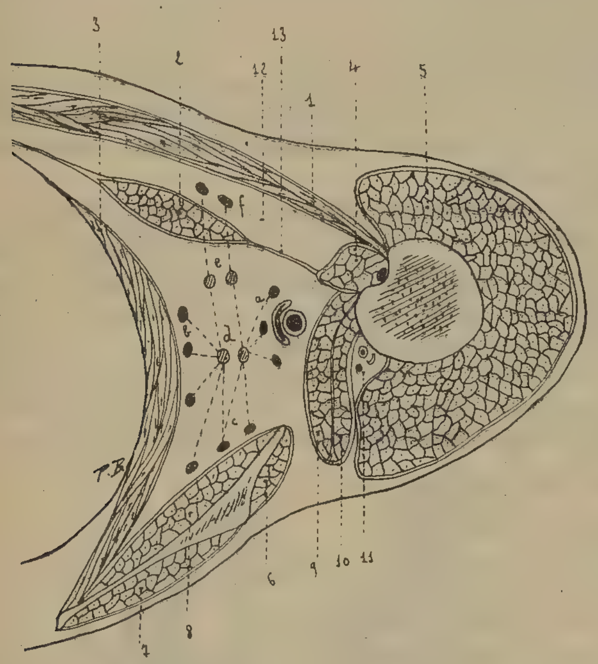


Fig. 2. — 1. Grand pectoral. — 2. Petit pectoral. — 3. Grand dentelé. — 4. Coraco-biceps. — 5. Deltoïde. — 6. Sus-épineux. — 7. Sous-épineux. — 8. Sous-scapulaire. — 9. Grand dorsal. — 10. Grand rond. — 11. Vaisseaux de nerf circonflexes. — 12. Loge inter-pectorale. — 13. Aponévrose axillaire. *Groupes ganglionnaires: a.* Groupe huméral; *b.* Groupe thoracique; *c.* Groupe sous-scapulaire; *d.* Groupe central; *e.* Groupe sous-claviculaire; *f.* Groupe inter-pectoral.

capital des ganglions dans la formation et la propagation des suppurations axillaires nous oblige à étudier leur répartition. On sépare ces ganglions en trois groupes principaux et trois groupes secondaires.

I. Groupes principaux. — 1) Groupe huméral, trois à quatre ganglions sur la face interne du paquet vasculo-nerveux axillaire. Tous les lymphatiques du membre supérieur y aboutissent, à l'exception des lymphatiques superficiels externes drainés par les ganglions de l'espace delto-pectoral.

2) Groupe thoracique, sept ou huit ganglions sur le grand dentelé. Ils reçoivent les lymphatiques de la glande mammaire, les lymphatiques cutanés des régions antéro-latérale du thorax et sus-ombilicale de l'abdomen.

3) Groupe sous-scapulaire, cinq ou six ganglions le long de l'artère scapulaire inférieure. Ils drainent les lymphatiques de la peau et des muscles des régions dorsale supérieure et scapulaire postérieure, ainsi que les efférents des ganglions delto-pectoraux.

II. *Groupes secondaires.* — 1) Groupe intermédiaire ou central recevant des efférents de tous les autres ganglions.

2) Groupe sous-claviculaire qui longe la veine axillaire au niveau du tendon du petit pectoral. Il reçoit des lymphatiques du groupe intermédiaire.

3) Groupe inter-pectoral. C'est le plus individualisé, le seul qui siège en avant de l'aponévrose axillaire, dans la loge antérieure. Le groupe thoracique lui fournit des lymphatiques. Il émet des efférents qui aboutissent aux ganglions sous-claviculaires.

Etiologie. Pathogénie. — *Fréquence.* — Les phlegmons axillaires s'observent avec une inégale fréquence. Le phlegmon superficiel est rare ; les phlegmons profonds se rencontrent plus couramment, les ganglions axillaires réagissant très vite à la moindre infection de leurs territoires lymphatiques.

Agent causal. — On retrouve dans le pus des suppurations axillaires les germes des infections banales des téguments ; le staphylocoque et plus rarement le streptocoque. On a signalé (Pautrier) des phlegmons superficiels à levures. Celles-ci abondaient dans le pus. L'intra-dermo-réaction à la levurine était fortement positive.

Origine de l'infection. — Les phlegmons superficiels succèdent généralement à un abcès tubéreux mal soigné qui se propage au tissu cellulaire voisin. Les phlegmons profonds sont exceptionnellement d'origine locale. Il s'agit dans ce cas d'une plaie pénétrante infectée ou de la suppuration d'hématomes axillaires, généralement consécutifs à une plaie des vaisseaux axillaires ou de leurs branches.

Dans une observation restée unique, Vanverts et Prouvost ont relaté l'histoire d'un angiome axillaire hémorragique avec suppuration ultérieure de l'hématome.

Presque toujours en fait, les phlegmons axillaires sont des adénophlegmons, à porte d'entrée variable (abcès, hygroma suppuré, furoncle ou le plus souvent plaie infectée). La porte d'entrée se situe presque toujours aux membres supérieurs surtout aux doigts et à la main, régions les plus exposées aux traumatismes. Les portes d'entrée mammaires et thoraciques restent exceptionnelles. Enfin signalons que le phlegmon axillaire peut être d'origine veineuse. Nous avons observé un malade qui présentait une périphlébite suppurée de la veine basilique à la suite de piqûre septique. Malgré l'incision de l'abcès et la ligature de la veine il fit quelques jours après un phlegmon axillaire. Ce mode de propagation très anatomique n'a pas été décrit à notre connaissance.

Anatomie Pathologique. — Reste maintenant à étudier les différentes localisations des phlegmons axillaires et leur propagation. Certains auteurs (notamment Moreau) ont schématisé les suppurations axillaires suivant le siège de la porte d'entrée. On distingue d'après eux des phlegmons :

1) Du groupe brachial — les plus fréquents. Ils fusent le long des vaisseaux huméraux et bombent parfois au travers du foramen de Langer.

2) Du groupe scapulaire, qui envahissent généralement la cavité axillaire.

3) Du groupe thoracique. Ils glissent du côté des

insertions costales du grand pectoral. Le décollement peut siéger alors entre le grand pectoral et le grand dentelé. Il se formera un phlegmon sous-pectoral.

4) Du groupe central, qui se développent dans la grande cavité axillaire.

5) Du groupe sous-claviculaire. Très rarement primitifs, ils proviennent souvent de l'infection des groupes voisins.

6) Du groupe inter-pectoral, qui se développent dans la loge antérieure.

Cette division est assez théorique, car les nombreuses connexions des ganglions entre eux (fig. 2) permettent à l'infection de prendre plusieurs groupes lymphatiques à la fois ou de sauter une étape ganglionnaire.

Finalement on constate que les phlegmons axillaires profonds se résument à trois variétés anatomiques:

1) Les phlegmons de la loge postérieure, dus à la suppuration des groupes brachial, scapulaire et central.

2) Les phlegmons de la loge antérieure ou sous-pectoraux dont on peut distinguer deux types :

a) Les phlegmons primitifs dus à la suppuration primitive des ganglions inter-pectoraux ;

b) Les phlegmons secondaires dus à la propagation des suppurations de la loge postérieure dans la loge superficielle, généralement après perforation de l'aponévrose axillaire,

3) Les phlegmons sous ou rétro-claviculaires décrits par Jaboulay, dus à la suppuration des ganglions sous-claviculaires.

Symptomatologie. — I. PHLEGMONS SUPERFICIELS. — Ils succèdent généralement, nous l'avons vu, à un abcès tubéreux négligé, et présentent tous les signes de l'abcès banal : le creux axillaire est effacé, la paroi thoracique antéro-latérale tuméfiée, la peau rouge, œdémateuse. La température oscille entre 38 et 39°. Exceptionnellement, ces phlegmons se propagent à la cavité axillaire (par effraction de la barrière aponévrotique ou par infection des ganglions du groupe intermédiaire).

II. PHLEGMONS PROFONDS. — Nous prendrons pour type de description le phlegmon axillaire proprement dit, forme la plus fréquente.

a) *Début.* — Le malade consulte généralement pour une plaie septique du membre supérieur, s'accompagnant d'une traînée de lymphangite, d'adénopathies axillaires excessivement douloureuses et de signes généraux assez intenses. La plaie initiale traitée se cicatrise rapidement, mais la température persiste, les adénopathies se fusionnent, donnant une tumeur bosselée ; puis la fièvre augmente, l'insomnie apparaît, la région axillaire horriblement sensible s'empâte, la peau rougit et s'œdématie : le phlegmon axillaire est constitué.

On rencontre parfois un début plus atypique : la porte d'entrée est insignifiante (gerçure), parfois même invisible ; dans d'autres cas, le phlegmon axillaire se développe insidieusement, les signes fonctionnels et généraux se réduisant au minimum.

b) *Etat.* — Les douleurs, souvent très accusées, s'exacerbent aux moindres mouvements (surtout d'abduction).

L'état général est diversement touché. On peut observer de la céphalalgie, de l'insomnie, une grande faiblesse générale, une élévation notable de température (38°5 à 39°5). Mais dans certains cas, tout se borne à une légère hyperthermie. A l'examen la peau de l'aisselle, surtout à sa partie inférieure, se présente rouge ou violacée, œdémateuse. La collection bombant dans le creux axillaire l'efface partiellement ou en totalité. La palpation très douloureuse ne permet pas toujours la recherche de la fluctuation.

c) *Evolution.* — Abandonné à lui-même, le phlegmon évolue vers la fistulisation. L'ouverture se fait généralement à la peau, en arrière du grand pectoral. Elle reste souvent insuffisante pour éviter l'apparition de graves complications, notamment la diffusion de la suppuration sous les pectoraux, sous la clavicule ou exceptionnellement vers les espaces intercostaux.

L'intervention précoce écarte dans une large mesure tous ces accidents.

Formes cliniques. — I. FORMES ANATOMO-CLINIQUES. — 1) *Phlegmon axillaire proprement dit.* — C'est la forme que nous venons d'étudier.

2) *Phlegmons sous-pectoraux.* — Dans les phlegmons primitifs (adéno-phlegmons des ganglions interpectoraux) le pus ne se collecte qu'après 8 ou 10 jours (Huguenin). L'envahissement de la loge antérieure se produit beaucoup plus rapidement dans les phlegmons secondaires.

A la période d'état, le malade souffre de vives douleurs, exacerbées par les moindres mouvements du membre supérieur. L'abduction est surtout pénible. Aussi le patient conserve le bras collé au corps et toute tentative d'éloignement lui arrache un cri (Ménégaux).

Les phénomènes généraux se calquent sur ceux de la forme précédente (température, céphalalgie, etc...).

Mais les signes locaux frappent par leur netteté. Toute la paroi antéro-latérale du thorax est tuméfiée, le creux de l'aisselle effacé, la peau rouge, érysipélateuse, le sein soulevé, tendu, sillonné de nombreuses veines. Le pus bombe derrière le bord inférieur du grand pectoral. A cet endroit la palpation met en évidence un empâtement profond ou une fluctuation nette.

Si l'on n'intervient pas le phlegmon s'étale sous les muscles et les douleurs à la mobilisation augmentent considérablement. Le pus peut alors perforer l'aponévrose axillaire ou se faire jour à la peau.

3) *Phlegmon rétro-claviculaire.* — Beaucoup plus rare que les précédents il est infiniment plus dangereux. Il débute par des douleurs spontanées très intenses, provoquées par la compression des troncs du plexus brachial. L'état général est habituellement très touché. Quant aux signes locaux, ils se réduisent à une tuméfaction profonde et douloureuse sous la clavicule. Le creux axillaire n'est pas modifié et reste parfaitement libre. Négligé, le phlegmon rétro-claviculaire peut fuser vers le cou ou le creux axillaire

L'intervention a dans cette forme un véritable caractère d'urgence.

II. FORMES SEPTICÉMIQUES. — Rares et d'un pronostic redoutable, elles revêtent cliniquement deux aspects différents :

1) *Le phlegmon axillaire succède à l'infection septicémique* (Huguenin). Après une piqûre anatomique, un sujet présente brusquement de grands frissons, suivis de signes généraux excessivement graves (température 40° à 41° — adynamie — prostration — vomissements — délire). Le diagnostic de septicémie s'impose et l'hémoculture le confirme. Puis rapidement apparaît une douleur axillaire intense qui provoque de l'insomnie et arrache des cris au malade. La masse des ganglions axillaires devient volumineuse et suppure bientôt abondamment. Les signes généraux s'aggravent et le collapsus emporte fréquemment le malade.

2) *L'infection septicémique succède au phlegmon axillaire.* — Les phlegmons négligés, méconnus ou insuffisamment incisés, peuvent être le point de départ de septicémies, généralement avec foyers métastatiques.

La gravité de cette forme n'est pas moindre que celle de la précédente.

III. PHLEGMONS DIFFUS. — On les observe chez certains individus tarés (diabétiques, alcooliques) ou surmenés. La forme la plus classique est le phlegmon diffus de la gaine vasculaire de Jaboulay. La suppuration suit le paquet vasculo-nerveux axillaire et s'accompagne des signes généraux et locaux classiques, sur lesquels nous n'insisterons pas. Le pronostic des phlegmons axillaires diffus est éminemment grave. Malgré l'intervention précoce et le traitement général la mort survient fréquemment.

IV. PHLEGMONS LIGNEUX. — Nous n'aurions pas ouvert ce paragraphe sans l'observation vraisemblablement unique de Milian et Lelong. Ces auteurs rapportent l'histoire d'un phlegmon axillaire à évolution lente (1 an) caractérisé par l'impotence fonctionnelle à peu près complète du bras, l'induration des muscles et téguments péri-axillaires et l'existence d'une fistule cutanée laissant sourdre un pus verdâtre.

Queyrat a discuté cette observation. Se basant sur l'examen radiographique il pense à la possibilité d'une ostéite de l'humérus avec infection des parties molles avoisinantes.

Complications. — Tout retard à l'évacuation de la collection suppurée permet l'apparition de complications locales ou générales de gravité variable.

I. COMPLICATIONS LOCALES. — a) *Extension de la suppuration.* — Nous avons vu que le pus des phlegmons axillaires peut suivre les espaces celluleux et se propager au cou, au tissu sous-deltoïdien, etc... On admettait autrefois l'ouverture des collections suppurées axillaires dans la cavité pleurale. Mais ces pleurésies purulentes, d'ailleurs exceptionnelles, se produisent par propagation lymphatique.

b) *Myosite.* — On observe assez fréquemment de la myosite aiguë circonscrite du grand pectoral. Le muscle présente une dureté ligneuse ; sa palpation est très douloureuse et on ne peut vaincre la résistance de sa contracture. Généralement, cette myosite cède en une dizaine de jours sans suppuration.

c) *Ulcérations des vaisseaux axillaires.* — C'est une complication rare mais grave. L'hémorragie qui en résulte nécessite la ligature de l'artère ou de la veine.

d) *Fistules axillaires.* — L'ouverture spontanée des phlegmons négligés, les incisions trop économiques amènent la production de fistules interminables autrefois classiques, qui rendent souvent nécessaire une intervention ultérieure.

e) *Rétractions douloureuses.* — Elles ont pour origine la transformation fibreuse du tissu cellulaire de l'aisselle. Elles ne cèdent que progressivement à une mobilisation bien conduite.

II. COMPLICATIONS GÉNÉRALES. — Les formes septicémiques des phlegmons axillaires ont été précédemment étudiées.

Diagnostic. — Le diagnostic positif des phlegmons axillaires est relativement facile. L'histoire clinique, les douleurs, l'examen physique suffisent pour poser l'indication opératoire.

Dans les cas douteux (formes frustes ou latentes) il ne faut pas hésiter, comme le préconisent certains auteurs, à pratiquer une ponction exploratrice. Mais cette recherche semble le plus souvent inutile.

On localise plus difficilement le siège de l'adénophlegmon au début de l'évolution. Moreau recommande d'examiner la région axillaire le bras en légère abduction, afin de ne pas trop changer les rapports normaux.

A la période d'état les phlegmons se réduisent à l'une des trois formes anatomo-cliniques décrites. Le diagnostic est alors plus facile.

La question du diagnostic différentiel se pose rarement. Les phlegmons superficiels se distinguent aisément des abcès tubéreux.

Quant aux phlegmons profonds, des affections rares peuvent les simuler et notamment les empyèmes axillaires, les ostéomyélites du squelette voisin, les abcès froids d'origine ganglionnaire ou osseuse.

Pronostic. — Le pronostic varie essentiellement selon les différentes formes des phlegmons axillaires. Les phlegmons superficiels, les formes légères des phlegmons profonds (abcès ganglionnaires) guérissent rapidement. Les phlegmons sous-pectoraux nécessitent 12 à 15 jours de traitement ; les phlegmons rétro-claviculaires et axillaires proprement dits, 2 à 3 semaines. Leurs complications locales, à part les ulcérations vasculaires) sont généralement bénignes et d'un assez bon pronostic. Au point de vue fonctionnel le restitutio ad integrum est de règle. Quant aux formes diffuses et septicémiques, elles entraînent fréquemment la mort.

Traitement. — Le traitement chirurgical précoce peut seul éviter les complications parfois redoutables

des phlegmons axillaires. Il faut poser en principe la nécessité d'une ouverture large et de pansements quotidiens.

I. Phlegmons superficiels. — L'incision simple, suivie de drainage, amène une rapide guérison.

II. Phlegmons profonds. — Ces phlegmons doivent toujours être opérés sous anesthésie générale.

1) *Phlegmons sous-pectoraux.* — Le bras étant en abduction, on pratique une incision de 5 à 6 cm. au niveau du bord inférieur du grand pectoral. On explore soigneusement la cavité de l'abcès. L'évacuation du foyer sera suivie d'un drainage au point déclive. Prieur recommande l'application de pansements compressifs (tampons dans l'aisselle et au niveau de la paroi antérieure) pour éviter les fusées purulentes. La guérison est obtenue en une quinzaine de jours.

2) *Phlegmons sous-claviculaires.* — On les aborde par l'incision de ligature de l'artère axillaire (incision parallèle et sous-jacente à la clavicule). Le grand pectoral et l'aponévrose profonde sont successivement traversés.

On conçoit, étant donné le voisinage des gros vaisseaux le danger d'une telle exploration. Nous verrons que ces phlegmons sont justiciables d'une intervention plus simple et plus efficace.

3) *Phlegmons de la cavité axillaire.* — Plusieurs modes opératoires ont été proposés.

a) *Procédé classique.* — Le bras étant en abduction, on incise sur une longueur de 6 à 8 cm au niveau du bord inférieur du grand pectoral.

L'aponévrose clavi-pectorale est ouverte à la sonde, ce qui permet l'évacuation du pus. On draine avec un gros tube. Dans les cas d'intervention tardive le pus peut fuser en arrière vers l'omoplate ou en haut vers le cou. Des contre-incisions peuvent alors devenir nécessaires.

b) *Procédé de Lévy.* — Lévy recommande une large ouverture depuis la clavicule jusqu'à la partie supérieure du bras (au niveau de l'insertion du grand pectoral). Les deux pectoraux sont sectionnés à leur partie médiane.

Cette intervention donne évidemment un jour important et permet de suivre la diffusion de la suppuration. Elle provoque néanmoins un traumatisme considérable dont la nécessité ne semble pas s'imposer.

c) *Procédé de Pauchet* (fig. 3). — Il comporte 3 temps :

1er temps : Incision axillaire. Comme dans le procédé classique ;

2e temps : Contre-incision sous-claviculaire. Elle ne dépasse pas 3 cm. et n'entame que la peau ;

3e temps : Mise en place du drain (fig. 3). Par l'incision axillaire on introduit un clamp courbe, dont l'extrémité glisse sous les vaisseaux, perfore le grand pectoral et vient saillir dans l'ouverture sous-claviculaire. Le drain est introduit de haut en bas grâce au clamp.

Dans la suite des lavages oxygénés sont pratiqués quotidiennement.

On laisse le tube en place 10 jours et on le remplace par un petit drain axillaire les 5 jours suivants.

La contre-ouverture sous-claviculaire agit à la manière du trou de bonde des futailles et permet un drainage parfait de la cavité. Ce procédé s'applique évidemment aux phlegmons sous-claviculaires et doit être préféré à l'intervention classique.

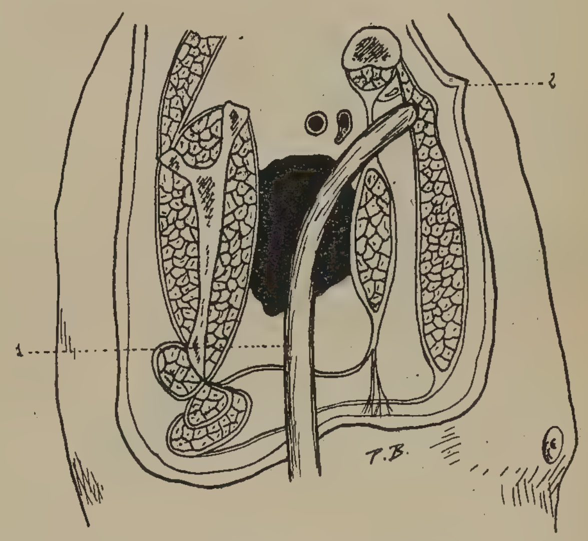


Fig. 3. — 1. Clamp se dirigeant de l'ouverture axillaire à : 2. La contre-incision sous-claviculaire.

III. Phlegmons diffus. — Ils nécessitent évidemment de larges débridements au bistouri ou au thermocautère.

Nous n'insisterons pas sur le traitement général à appliquer à tous les cas graves et notamment aux phlegmons diffus et à forme septicémique, ni sur la vaccinothérapie, traitement accessoire qui ne doit être qu'un adjuvant de l'intervention chirurgicale.

Notons avant de clore ce chapitre que le traitement de la porte d'entrée (débridement de la plaie infectée — pansements antiseptiques fréquents) ne doit jamais être négligé.

Bibliographie

Capillery et Rougier. Adéno-phlegmon de l'aisselle. Artérite axillaire et ulcération des parois de la veine axillaire consécutive. Ligature de l'artère axillaire et de la veine sous-clavière. Guérison, *Arch. de Méd. et de Pharmacie milit.*, Paris, 1904, p. 136 à 148.

Charpy et Soulié. L'aponévrose axillaire, *Journal de l'Anat. et Physiol.*, Paris, 1905, p. 268 à 287.

Decoulx (P.). Les lymphatiques du sein au point de vue anatomo-chirurgical, *Echo méd. du Nord*, 1931, N° 9, p. 97 à 103.

Guttierrez Avelino. Planos y paredes de la región axilar. Su importancia anatómica, clinica y quirúrgica. *Rev. de Cir. de Buenos-Aires*, avril 1933, p. 260 à 266.

Heiderich (F.). Die Fascien und Aponeurosen der Achse-l höhle ; zugleich ein Beitrag zur Achselbogenfrage. *Anat. Hefte, Wiesb.*, 1905-1906, XXX, p. 517 à 557.

Huguenin (P.). Phlegmons de l'aisselle, *Concours Méd.*, Paris, 1897, p. 127 à 130.

Lévy (W.). Schnittführung bei der tiefen Phlegmone der Achselhöhle. *Zentralbl. f. Chir.*, Leipzig, 1920, p. 101 à 104.

Ménégaux (G.). *Pratique médico-chirurgicale*, Masson 1931, t. 1, p. 228.

Milian (G.) et Lelong (M.). Phlegmon ligneux de l'aisselle, *Bull. Soc. franç. dermat. et syphil.*, Paris 1922, p. 304 à 306.

Moreau (L.). Recherches anatomo-chirurgicales sur les aponévroses de l'aisselle dans leurs rapports avec les adéno-phlegmons de cette région, *Revue de chir.*, Paris 1914, p. 740 à 772.

Pauchet (V.). Phlegmons de l'aisselle. Leur traitement, *La Clinique*, Paris 1909, p. 436.

Pautrier (L. M.). Abcès à levures des deux mamelons et des aisselles, *Bull. Soc. franç. de dermat. et syphil.*, Réunion dermat. de Strasbourg, p. 199 à 202, fév. 1933.

Poirier. Notes anatomiques sur les aponévroses et le ligament suspenseur de l'aisselle, *Progrès Méd.*, 1888, p. 68.

Prieur (H.). Le phlegmon sous-pectoral, *Concours Méd.*, 1897, N° 1, p. 6.

Rœdelius. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1919, N° 26.

Schumaker (O.) et Gerstmann (H.). Ueber die Bindegervebraüme der Pectoral und Axillargegend. *Zeitschrift. f. d. ges. Anat.*, p. 71 à 82, 25 mars 1929.

Vanverts et Prouvost. Angiome profond de l'aisselle. Hémorragie intra et extra-angiomateuse au cours d'une broncho-pneumonie ; suppuration de l'hématome. Ouverture de l'abcès et extirpation de l'angiome, *Bull. et Mém. Soc. Médico-chir. du Nord*, Lille 1905, *Nord Méd.*, Lille 1905, p. 211.

Veau (V.) et d'Allaines (F.). *Chirurgie d'urgence*, Masson et Cie, 1935, p. 212.

PRATIQUE MÉDICALE

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX AU MOYEN DES INJECTIONS D'HISTIDINE APRÈS DEUX ANNÉES D'EXPÉRIENCE CLINIQUE (1)

d'après le prof. E. Aron

Les professeurs Fontès et Thivolle, de Strasbourg, dans une série de communications à la Société de Biologie et à l'Académie des Sciences, ont mis en lumière le rôle essentiel joué par certains acides aminés dans l'hématopoïèse, dans le métabolisme azoté et tiré de leurs travaux des conclusions particulièrement intéressantes en ce qui concerne leur emploi dans les anémies : ces auteurs ont utilisé le tryptophane et l'histidine (hémostra). Ces acides aminés, par voie sous-cutanée, dans les anémies de toute origine, donnent des résultats plus nets, plus rapides et plus constants que l'hépatothérapie.

A la suite de ces travaux, les Prof. Weiss et Aron ont proposé la solution à 4 % d'histidine (laristine), dans la thérapeutique de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale. Leurs études expérimentales et cliniques ont été confirmées par les nombreux travaux de Stolz, Desplas, Lenormand, Vasselle, Lœper, Castaigne, Chaumerliac, Fournial, Bonnet, Mollard, Costa, Etienne, Hemant, Lambling, Langeron, Pichon, Rieux, Sabrazès, Véran, etc., etc.

M. Aron vient de publier les résultats du traitement de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale par la solution à 4 % d'histidine (laristine) après deux années d'expérience clinique et il constate que tout d'abord le premier fait qui frappe les malades est la tolérance remarquable d'un estomac jusqu'alors particulièrement sensible à un régime alimentaire normal. En même temps les douleurs s'atténuent progressivement et disparaissent généralement après la 5e ou 6e injection quotidienne.

Le retentissement sur l'état général mérite d'être particulièrement souligné ; sous l'influence de cette médication, on constate, souvent, une reprise de poids considérable variant de 2 à 7 kg., pendant la série de piqûres ; la laristine s'avère ainsi comme le médicament de choix de la poussée ulcéreuse.

Les injections de laristine ont également une influence très nette sur le rythme des crises ulcéreuses, mais il vaut mieux soumettre les malades à des cures d'entretien pour éviter les récidives. Voici la technique recommandée par cet auteur : cure d'attaque de 3 semaines : une ampoule de laristine quotidienne sous-cutanée de 5 cc., dans l'année qui suit cette cure d'attaque, faire 3 cures de 12 ampoules quotidiennes de 5 cc. espacées de 2 ou 3 mois. Les années suivantes, si le résultat est bon, si l'on n'a constaté aucune récidive, 2 cures : l'une au printemps, l'autre à l'automne. Enfin dans l'état actuel de la question, il est bon de soumettre à une série de 6 ou 12 ampoules quotidiennes de 5 cc. les malades ulcéreux que leur état clinique vouait à l'opération et de même l'auteur conseille une première cure chez les opérés pour combattre l'ulcère peptique. Ce sont là les indications majeures de la laristinothérapie qui s'avère aujourd'hui susceptible de donner à la thérapeutique de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale des possibilités curatrices insoupçonnées.

(1) *Gazette Médicale de France*, tome 43, n° 1, 1936.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 11 juin 1936)

Javellisation. — M. Kerny présente un nécessaire pour la javellisation de l'eau de boisson en campagne.

Myopathie progressive. — MM. Pomme, Lassale et Henri présentent un malade de 26 ans atteint de myopathie progressive primitive du type pseudo-hypertrophique. Ils soulignent le caractère tardif de l'apparition, dont les premières manifestations ne semblent pas remonter à plus d'un an, et, surtout, les troubles cardiaques associés : dyspnée d'effort, aspect globuleux et augmentation importante de volume du cœur à l'orthodiagramme, anomalies notables des tracés électrocardiographiques ; bas voltage des ondes R.S., déformation et élargissement des complexes ventriculaires, crochetage de l'onde R, étalement et affaissement de l'onde T. Ces troubles témoignent de la participation du myocarde au processus de dystrophie musculaire somatique de la myopathie.

Contribution à l'étude de l'amnésie post-typhique. — M. Chevillet fait ressortir dans une auto-observation très détaillée l'importance de l'amnésie post-typhique et ses conséquences sociales parfois très préjudicables au malade, dont les moyens de défense sont diminués. Il montre que les réactions de l'amnésique sont parfois mal observées, mal comprises ou mal interprétées.

Sur un cas de lymphogranulomatose pulmonaire probable, complication secondaire d'une maladie de Nicolas Fabre. — M. H. Phylactos (d'Athènes).

A propos d'une arachnoïdite spinale diffuse. — M. Carrot.

A propos d'une observation de myotonie atrophique. — M. Carrot rapporte une observation typique de maladie de Steinert chez un homme de 46 ans : amyotrophie du type myopathique, avec prédominance sur les sterno-mastoïdiens

et les muscles de la nuque, luxation paralytique du maxillaire, myotonie, cataracte bilatérale, atrophie testiculaire, chute des dents, selle turcique petite et fermée. Absence de cas familiaux. Apparition des premiers symptômes en 1915, quatre mois après une commotion cérébrale par explosion d'obus. L'origine traumatique doit logiquement être invoquée.

La roentgenthérapie dans les affections inflammatoires aiguës. — M. CULTY. Appliquée à diverses affections aiguës inflammatoires (furoncles, panaris, furoncles du conduit auditif, otites, fluxions dentaires), la radiothérapie obtient au stade de début de l'inflammation une rétrocession de l'infection, à un stade plus avancé une accélération du processus normal de guérison ; elle évite l'ensemencement périphérique et supprime, après une accentuation temporaire, les phénomènes douloureux. Les doses thérapeutiques doivent être très faibles.

Métastase pulmonaire fébrile, expression clinique d'un cancer méconnu du pancréas. — MM. G. HUGONOT, L. FERRABOUC, P. GUICHÈNE et J. PARNET.

Syndrome de myélite ascendante au cours d'une fièvre scarlatine. — MM. HAMON et BOLZINGER.

Oostéochondrite de la hanche chez un hérédo-syphilitique. — MM. BOLZINGER et HAMON.

Apnée volontaire et protection individuelle contre les gaz toxiques. Etude d'un procédé susceptible d'augmenter la durée de l'apnée volontaire. — MM. GENAUD et R. SOHIER ont recherché le moyen d'assurer la protection des sujets se trouvant pris brusquement dans une vague de gaz toxiques. Considérant que le temps nécessaire pour mettre en place un masque protecteur reste supérieur dans la pratique au temps pendant lequel un sujet peut suspendre sa respiration, ils ont été conduits à étudier les procédés susceptibles d'augmenter la durée de l'apnée expiratoire, notamment un procédé direct dit de la note « filée », ayant pour but essentiel d'accoutumer le centre respiratoire à des concentrations progressives de gaz carbonique.

SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER

(SÉANCE DU 17 AVRIL 1936)

Rachitisme précoce et tumeur hydatique de la rate. — MM. GILLOT, DENDALE, AQUILINA et Mlle CORRIZI.

Urticaire au cours d'accès palustres. — MM. LEMAIRE, PORTIER et BATTINI. Observation d'une malade qui, en l'espace de 13 mois, a présenté 5 fois des poussées d'urticaire, coïncidant avec des accès palustres.

Dans le but d'élucider le problème pathogénique inhérent à de tels faits, les auteurs ont pratiqué des intradermo-réactions avec des substances qui pouvaient révéler un état de sensibilisation.

Le bouillon peptoné, la mélanine, le pigment paludéen à 5 % n'ont donné que des résultats négatifs.

Il est très probable qu'il s'agit, en pareilles circonstances, de troubles fonctionnels d'autant plus difficiles à mettre en évidence au cours d'accès paludéens, que ceux-ci s'accompagnent habituellement de crise hémo-clasique et que l'urticaire est au contraire une rareté.

Un nouveau cas d'infiltration hématique de la cornée. — MM. TOULANT et MORARD. Le lendemain d'une trépanation d'Elliott effectuée sans incident, infiltration hématique de la totalité de la cornée gauche. L'évolution habituelle est un peu modifiée par l'apparition au quinzième jour d'un ulcère central de la cornée.

Nouveau cas de kyste hydatique de l'orbite. — MM. TOULANT, MEDINGER et MORARD.

540 injections d'ouabaïne consécutives dans un cas d'infarctus du myocarde à forme asystolique. — MM. BENHAMOU, FOURÈS et PARROT rapportent l'observation d'un homme de 40 ans qui présenta le tableau d'une asystolie irréductible après un infarctus du myocarde, identifié par le tracé électro-cardiographique. Seule, l'injection intraveineuse d'ouabaïne apporta un soulagement tel que le malade ne put jamais se passer de sa drogue ; à ce jour, 540 injections consécutives d'un quart de milligr. ont pu être pratiquées ; et bien que le malade n'ait pu reprendre encore une vie active, la dyspnée à l'effort s'est atténuée, les épanchements pleuraux sont devenus plus rares, le bruit de galop a disparu, l'onde de Pardée a fait place à une inversion de T... ; et la tension artérielle, après être restée plus d'un an aux environs de 12, est remontée et se maintient autour de 19. Suivant l'expression de Clerc et Bascourret, l'ouabaïne intraveineuse est devenue chez ce malade un aliment thérapeutique journalier et essentiel.

Méningo-encéphalite à mélitocoques. — MM. LEMAIRE et PORTIER soulignent les points suivants :

1° Les phénomènes relevant d'une atteinte du système nerveux que l'on croyait rares autrefois, s'observent plus fréquemment, semble-t-il, à mesure qu'on les recherche plus soigneusement.

2° La gravité des fièvres continues au cours de la mélitococcie, sur laquelle l'un d'eux a déjà insisté autrefois, se confirme une fois de plus par cette nouvelle observation.

3° L'inefficacité de la trypaflavine dans le cas présent n'est pas démontrée, car elle n'a pas été administrée pendant une assez longue période de temps.

4° La recherche du mélitocoque dans le liquide céphalo-rachidien est grandement facilitée par la centrifugation préalable.

Tumeur du nerf optique (gliose neurale et périneurale). — MM. DUPUY D'UBY, MONTPELLIER, LE GENISSEL, LAQUIÈRE rapportent l'observation très complète d'un cas de ces tumeurs exceptionnelles, pour lesquelles on est en droit de se demander s'il s'agit d'une gliomatose simple par dysembryoplasie ou d'une tumeur gliomateuse vraie.

Kyste hydatique du foie fistulisé dans les bronches. — MM. COSTANTINI et LIARAS. Ce cas illustre fidèlement les faits rapportés par Dévé et Couniot dans leur rapport sur cette question.

Les auteurs insistent sur l'intérêt, trop souvent dédaigné, du pneumopéritoine pour repérer avec précision un kyste dont la recherche chirurgicale pourrait être sans cela difficile.

Les principes du traitement antiseptique des infections aiguës de la conjonctive et de la cornée. — M. TOULANT. Il est important d'éviter toute action caustique sur l'épithélium cornéen. Nous devons choisir les collyres offrant une marge de sécurité suffisante entre l'action antiseptique et l'action caustique (iode, sels organiques du chlore et de l'argent). Le Ph, l'isotonie, la diffusibilité des collyres doivent être surveillés.

(SÉANCE DU 1er MAI 1936)

Sténose pylorique par ulcus chez une fillette. Gastro-entérostomie. Guérison. — MM. LOMBARD, GILLOT, MORAND rapportent l'histoire d'une fillette de 13 ans, musulmane, présentant un syndrome pylorique typique, précédé d'hé-

matémèses. Etat cachectique. Volumineux ulcère calleux juxta-pylorique.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Guérison contrôlée après un an.

Echinococcose hépatique. Pleurésie purulente. Thrombophlébite porto-cave. Guérison. — M. LOMBARD rapporte l'histoire d'un garçon de 13 ans qui, outre un kyste de la face inférieure du foie, porte un kyste de la face postérieure, infecté, qui est abordé par voie transpleuro-diaphragmatique. Pleurésie purulente secondaire à streptocoques. Signes de thrombo-phlébite porte et cave. Guérison.

L'auteur insiste sur les relations étroites de certains kystes avec les parois veineuses — relations depuis longtemps signalées par Dévé — et qui suffiraient à faire rejeter formellement le procédé de l'énucléation totale.

Arthrodèse juxta articulaire dans la coxalgie de l'enfant. — M. LOMBARD résume les conditions dans lesquelles peut être pratiquée l'arthrodèse extra-articulaire de la coxalgie de l'enfant, arthrodèse en fin d'évolution destinée, dans certains cas bien précis, à stabiliser la guérison préalablement obtenue par traitement orthopédique et cure sanatoriale. Observations à l'appui.

Le nitrite d'amyle dans la crise hypertensive par inhalation de fumée de tabac ou par injection intra-veineuse d'adrénaline. — MM. TOURNADE et Ed. BERNOT démontrent, avec gaphiques à l'appui, que pendant la crise hypertensive déterminée par l'inhalation de fumée de tabac (ou l'injection intra-veineuse de nicotine ou même d'adrénaline), *alors que les mécanismes physiologiques de corrections ne jouent plus*, le nitrite d'amyle et l'acécoline exercent leur pouvoir hypotenseur.

Atélectasie pulmonaire partielle au cours d'une tuberculose pulmonaire chronique. — MM. LEVI-VALENSI, F. CHARLES et Mlle S. MUTIN. Observation d'une malade chez laquelle on vit se développer, au cours d'une tuberculose pulmonaire d'évolution très lente, une image de rétraction pleuro-pulmonaire dans l'hémithorax gauche, en imposant pour une tuberculose fibreuse rétractile. Une tentative de pneumothorax hémostatique contre de graves hémoptysies montra une pression intra-pleurale fortement négative et permit un décollement facile du poumon, complet dans ses deux tiers inférieurs, partiel dans son tiers supérieur.

La filariose oculaire. — MM. TOULANT et MEDINGER étudient les filarioses intra-oculaires (Onchocerca, filaria lentis, f. Bancrofti, etc.) et les filaires sous-conjonctivales (F. loa, F. conjunctivae, Thelazia, etc.). Deux observations personnelles de filaria loa.

Anophtalmie apparente avec kystes colobomateux. — MM. TOULANT et MORARD. A propos d'un cas observé chez un nourrisson indigène ne présentant aucune autre malformation, les auteurs résument les diverses théories pathogéniques et les expériences de Hale montrant le rôle de la carence en vitamine A.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1936)

Traitement radiothérapique de l'acné (présentation de malade). — M. P. DAVID.

Arrachement traumatique d'un bras (présentation de pièce). — MM. CAMELOT et CASTEL.

Electrocution par courant de basse tension chez un homme jeune, point de contact à la nuque ; apparition secondaire d'un syndrome d'hypertension artérielle, avec complications mortelles. — MM. VINCENT et DELNATTE.

Cancer expérimental (présentation d'animaux). — MM. DELATTRE et LOU-CHANG.

Ostéomyélites subaiguës (présentation de pièce). — M. BILLET et Mlle ROSSIGNOL.

Syphilis polyrésistante, guérie par le néosilbersalvarsan. — MM. DANEL et P. DAVID.

Les troubles de la glyco-régulation dans les pleuro-pneumococcies aiguës. — MM. BERNARD et PAGET.

Drame abdominal dans la maladie de Bouillaud. — MM. BERNARD et TORCK.

Péritonite suppurée chez un nourrisson. — Mlle ROSSIGNOL.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(SÉANCE DU 6 MARS 1936)

A propos d'un cas de commotion labyrinthique pure par détonation de canon. — MM. J. TERRACOL et J. CHEYNEL.

Tuberculose surrénale bilatérale sans syndrome addisonien. Insuffisance mortelle déclenchée par un processus infectieux. — MM. L. RIMBAUD, ANSELME-MARTIN, BERT et SOULIER.

Le traitement des prurits par la ponction lombaire. — MM. J. MARGAROT, P. RIMBAUD et A. SAUVY ont obtenu la sédation rapide et complète de trois cas de prurit essentiel qui avaient résisté à toutes les thérapeutiques, résultats qui confirment leurs constatations antérieures. Ils pensent que la décompression rachidienne entraîne une excitation vagale susceptible de compenser l'irritabilité sympathique, cause déterminante du prurit.

Lymphadénie aleucémique avec poussées inflammatoires péri-ganglionnaires et crochet de positivité des réactions sérologiques chez un enfant atteint de syphilis congénitale. — MM. J. MARGAROT et P. RIMBAUD.

(SÉANCE DU 13 MARS 1936)

Historadiographie. — M. P. LAMARQUE.

Tumeur rétinienne polymorphe. — MM. DEJEAN, HARANT et CAZALIS.

L'imperméabilité globulaire aux composés azotés dans l'insuffisance surrénale expérimentale. — M. P. MONNIER.

Fracture du toit du cotyle et luxation de la hanche. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et GINESTIE attirent à nouveau l'attention sur le mécanisme de ces luxations-fractures, dont les accidents d'automobile paraissent augmenter considérablement la fréquence. Ils indiquent l'excellent résultat anatomique et fonctionnel obtenu chez leur malade par la simple extension continue en abduction, qui paraît suffisante dans la plupart des cas.

(SÉANCE DU 20 MARS 1936)

Erythrodermie et polynévrite arsenicales consécutives à un traitement thermal non surveillé. Présence dans les squames d'arsenic en quantité considérable. — MM. J. MARGAROT, P. RIMBAUD et P. MONNIER.

Œdème aigu du poumon au cours d'un premier traitement antisyphilitique par le bismuth. — MM. J. MARGAROT, P. RIMBAUD et A. SAUVY.

Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre par les injections intradermiques d'antigène simien. — MM. J. MARGAROT et P. RIMBAUD ont pratiqué des injections hebdomadaires d'antigène à l'exclusion de toute autre thérapeutique. Guérison en 6 à 8 semaines, même dans des formes suppurées et fistulisées. Ces injections ne provoquent aucune réaction générale, elles peuvent être considérées comme un mode de vaccinothérapie spécifique.

Rupture complète de l'urètre membraneux par fracture du bassin. Cystostomie immédiate. Réfection secondaire de l'urètre. Guérison. (Présentation de malade.) — MM. E. JEANBRAU, H. HERAN et R. ALQUIE.

La fièvre typhoïde à Montpellier. MM. BERTIN-SANS et CARRIEU.

(SÉANCE DU 27 MARS 1936)

Le traitement pathogénique de l'asthme et la cure du Mont-Dore. — M. DEBIDOUR.

REVUE DES THÈSES

L'emploi de l'amidopyrine lactique dans le traitement de la typhoïde, par le docteur Jean-René BERNARD (1).

Une grave épidémie survenue au Havre en 1934 a donné à J.-R. Bernard l'occasion de soigner 40 typhiques dans un délai relativement court.

Il ne pouvait être question de les baigner systématiquement, les moyens en personnel et en matériel de l'hôpital du Havre ne le permettaient pas.

Il eut alors recours à un antithermique : l'amidopyrine lactique (érythra) qu'il avait déjà vu employer avec succès dans la rougeole.

Grâce à cet agent thérapeutique, il réussit ainsi chez ses 40 malades à ramener la température vers la normale sans bain, ni enveloppement froid, par action directe sur le centre thermo-régulateur.

Comme conséquence, il lui apparut que ses malades étaient beaucoup moins déprimés, ils ne présentèrent pas de céphalée, pas d'agitation, et gardèrent, au contraire, une certaine euphorie. Les malades manifestant un certain appétit dès le deuxième septénaire, il put enfin, à l'encontre des données classiques, les soumettre à une alimentation relativement substantielle. La convalescence fut facile et rapide.

Aussi, devant ces résultats, s'élève-t-il avec vigueur contre la défaveur des antithermiques dans la fièvre typhoïde.

On les a accusés, en effet, de masquer la chute thermique, symptôme d'alarme d'hémorragie ou de perforation.

Outre que le bain, traitement pourtant classique, offre le même inconvénient, la chute thermique n'a rien de carac-

(1) *Thèse de Paris* 1935.

téristique par elle-même, elle peut avoir d'autres causes que ces complications. Il est dangereux, au dire de l'auteur, de se priver sytématiquement des bénéfices certains de l'érythrothérapie à cause de ces complications problématiques.

Bernard n'a d'ailleurs eu à déplorer ni perforation, ni hémorragie chez ses 40 malades.

Par contre, il remarqua que le fait de voir diminuer l'action de l'amidopyrine et la fièvre remonter de façon durable (48 h. au moins) décelait une complication hyperthermisante (abcès, pleurésies, broncho-pneumonies, etc...).

Il a employé une solution d'érythra titrée à un centigramme par goutte, en donnant dans un demi-verre d'eau sucrée, quatre gouttes par année d'âge chez l'enfant, et soixante à quatre-vingts gouttes chez l'adulte, jour et nuit, toutes les huit heures, pendant au moins vingt jours.

Vaccinothérapie intradermique antistaphylococcique dans le zona (1), par le docteur BABOCK.

L'auteur, dans une étude très documentée, passe en revue tous les traitements préconisés jusqu'à présent dans le zona (traitements locaux, désensibilisants, anti-infectieux et vaccinothérapiques).

Il donne sa préférence à la vaccinothérapie antistaphylococcique.

D'après lui, l'efficacité de ce mode de vaccinothérapie dépend du vaccin employé. Une méthode spéciale de préparation s'impose afin de pouvoir injecter le vaccin dans le derme. Comme la peau ne peut supporter l'injection d'une trop grande quantité de liquide, il faut préparer un vaccin concentré, qu'on administre par gouttes.

Ses conclusions sont comme suit :

1° Les divers traitements proposés dans le zona ont tous à leur actif de beaux succès, mais également des échecs, et les séquelles nerveuses redoutables observées dans certaines infections zostériennes obligent à ne pas se contenter du traitement local classique.

2° Parmi les traitements généraux du zona, certains paraissent avoir des risques propres disproportionnés à la possibilité de formes bénignes de l'infection, d'autres sont assez pénibles pour le malade, coûteux, difficiles à appliquer en clientèle, ou doivent être réservés aux complications nerveuses.

3° Les succès thérapeutiques de la vaccinothérapie sous-cutanée locale antistaphylococcique, suivant les règles d Camescasse et Craps, dans les zonas, nous ont conduit à réunir les avantages de l'introduction intradermique du vaccin et de la vaccinothérapie habituelle.

4° La vaccinothérapie intradermique antistaphylococcique dans le zona exige cependant un vaccin concentré actif, ne donnant ni réaction locale importante, ni réaction générale.

5° La vaccinothérapie intradermique dans cette affection paraît agir en stimulant les défenses de la peau et de l'organisme et en attaquant directement le mécanisme même des algies zostériennes.

6° Nous apportons neuf observations de malades de consultation ; dans tous ces cas, il n'y eut ni complications locales, ni séquelles nerveuses, l'action thérapeutique parut se manifester à la sixième injection intradermique et être maxima à la dixième.

7° La vaccinothérapie intradermique antistaphylococcique, par sa simplicité, son innocuité et son activité, doit, à notre avis, prendre une place importante dans la thérapeutique antizostérienne.

(1) *Th. de Paris*, 1935.

LIVRES NOUVEAUX

Les ostéotomies sous-trochantériennes dans le traitement des luxations congénitales invétérées de la hanche (1), par P.-M. LANCE. Préface du professeur OMBRÉDANNE.

Dans cet ouvrage, basé sur l'étude d'un grand nombre d'observations inédites, l'auteur met au point la question complexe et controversée des ostéotomies sous-trochantériennes.

Après avoir rappelé les points essentiels de l'anatomie pathologique des luxations congénitales invétérées, et des troubles statiques observés chez ces malades, l'auteur groupe les différents types d'ostéotomie en deux grandes classes : l'ostéotomie de direction, l'ostéotomie d'appui.

L'ostéotomie de direction est étudiée tout d'abord : technique, accidents, résultats, indications.

A l'ostéotomie d'appui est consacrée la principale partie de cet ouvrage ; un long chapitre envisage la technique, les résultats, les inconvénients de la bifurcation de Lorenz ; une même étude critique est ensuite consacrée aux ostéotomies d'angulation (Froelich-Schanz).

L'auteur est enfin amené à étudier un autre procédé peu utilisé jusqu'à présent : l'ostéotomie à appui sur le fragment supérieur dont il montre les avantages théoriques et pratiques sur les procédés antérieurs ; il en décrit avec précision la technique.

Le dernier chapitre met au point la question des indications de l'ostéotomie d'appui dans le traitement des luxations invétérées.

L. G.

Leçons de cardiologie de l'hôpital Broussais (2), par Ch. LAUBRY, avec la collaboration de MM. V. Aitoff, Jean Cottet, Ed. Doumer, R. Heim de Balsac, A. Jaubert, J. Lemant, J. Louvel, Georges Marchal, M. Poumailloux, D. Routier, L. Samain, Ad. van Bogaert, J. Walser. *Première série.*

Les leçons faites annuellement au Cours de perfectionnement de l'hôpital Broussais forment, pour cette première série, un ensemble consacré aux *arythmies*. Il ne s'agit pas pour chacun des sujets traités d'une revue générale complète, et le recueil n'a pas pour but de présenter au lecteur une monographie des arythmies, pas plus d'ailleurs qu'une mise au point des dernières notions à leur sujet. Chaque auteur a exposé la question de son choix avec ses vues personnelles, son tempérament, son expérience, ses connaissances, en ne s'attachant qu'aux points qui ont retenu son intérêt. C'est ce qui explique qu'autour des arythmies divers sujets qui leur sont complètement étrangers ont été l'objet de conférences, parce que leurs auteurs étaient particulièrement qualifiés par leurs travaux pour en être chargés.

Si la recherche de l'homogénéité n'a pas présidé à l'élaboration de ce livre, par contre chacun des auteurs de ces leçons s'est efforcé d'y mettre tout le soin voulu pour en faire ressortir l'intérêt et l'originalité. C'est à ces qualités, basées sur la discussion et le sens critique, que se reconnaît une véritable « Ecole ». Ce livre et ceux des séries à venir concourent à exprimer les idées d'une Ecole de Cardiologie justement réputée.

L. G.

(1) In-8 de 140 pages avec 41 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de 250 pages avec 79 figures dans le texte. — Prix : 60 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 72.— MERCREDI 9 SEPTEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE BORDEAUX. — M. le Dr Duthil a été nommé médecin ophtalmologiste adjoint du service de l'assistance médicale gratuite.

M. le Dr Philipp a été nommé oto-rhino-laryngologiste adjoint du même service.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — Après concours M. le docteur Antoine Recordier a été nommé médecin adjoint des hôpitaux de Marseille.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Concours des prix pour l'année scolaire 1935-1936 :

2e année : Giannolli, 2e prix; Stéphanopoli de Comnène, mention honorable.

3e année : Guérin, 1er prix; Chiaverini, 2e prix; Khayat, mention honorable.

4e année : Bonnefoi et Buerle, 2e prix ex-æquo; Gaujoux, mention honorable.

5e année : Robert Jean, 1er prix; Poitrot, mention honorable.

MINISTÈRE DES COLONIES. — Par décret en date du 30 août 1936, M. le professeur Achard, membre de l'Institut, secrétaire général de l'Académie de médecine, est chargé d'une mission en Afrique occidentale française pour étudier sur place la réorganisation sanitaire de la colonie.

GUERRE. — Le *J. O.* du 2 septembre publie :

1° Un décret instituant un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux;

2° Un décret instituant un concours pour l'obtention du titre de médecin, chirurgien, spécialiste des hôpitaux coloniaux et de pharmacien-chimiste du service de santé des troupes coloniales;

3° Un décret modifiant l'organisation du service de santé des troupes coloniales.

ORGANISATION DE L'ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — En date du 10 août 1936, le Président de la République française,

Décrète :

Art. 1er. — Le deuxième alinéa de l'article 10 du décret du 22 août 1928, fixant l'organisation de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales, est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Les médecins commandants et les médecins capitaines, les pharmaciens commandants et les pharmaciens capitaines des troupes coloniales présents en France ou effectuant un séjour métropolitain en Algérie, Tunisie, et ayant accompli au moins un séjour normal aux colonies, en Chine, au Maroc ou au Levant, sont seuls admis à concourir. »

CONSEIL SUPÉRIEUR DES SPORTS. — Sont nommés membres du conseil : MM Chappert et Belin du Coteau.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE. — Les Journées orthopédiques de 1936 auront lieu à Turin, à l'occasion du IIIe Congrès de la société internationale de Chirurgie orthopédique (Bologne et Rome), les 18 et 19 septembre, sous la présidence du professeur Ugo Camera, de Turin.

Séance d'ouverture le 18 septembre, à 14 heures. Au cours des séances de travail, seront étudiés :

a) Le traitement orthopédique des affections de la hanche;

b) Le traitement chirurgical des grandes différences de longueur des membres inférieurs;

c) Les décollements épiphysaires, etc.

Le samedi matin, 19 septembre, des démonstrations de techniques chirurgicales seront faites à l'hôpital Regina-Margherita, par le professeur Ugo Camera et ses assistants.

Pour renseignements, s'adresser directement au professeur Ugo Camera, Corso Cairoli, 8, à Turin ou au docteur Rœderer, 10, rue de Pétrograd, à Paris (8e).

Pour les facilités de transport et le séjour à Turin, s'adresser à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris (9e).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HÔPITAUX. — M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence), en onze leçons, par MM. les docteurs Pierre Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 21 septembre 1936, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer à Moulin, Paris (5e).

Un deuxième et même cours, en onze leçons, commencera le 21 septembre 1936.

1er Congrès international de pyrétothérapie (Dr. William Bierman, Secr. gén., 471 Park Avenue, New York, Columbia University New York, 29 septembre-3 octobre 1936). — « *Columbia University de New-York* » a décidé d'organiser chez elle, à la fin du mois de septembre de cette année, le « *Premier Congrès international de Pyrétothérapie* ».

Cinq années consécutives, les médecins américains se sont réunis en Conférence nationale pour discuter des résultats obtenus dans cette branche de la thérapeutique, qui est, à l'heure actuelle, l'objet de nombreux travaux.

Ces réunions s'étant montrées de plus en plus suivies et de plus en plus importantes, ils ont décidé de transformer celle de 1936 en un vaste Congrès international. On y discutera tous les problèmes concernant la physiologie, la pathologie et les applications thérapeutiques de la fièvre. Les rapports seront traduits en anglais, français et allemand, et largement diffusés dans le monde.

« *Columbia University* » a demandé à M. le professeur Abrami de se charger de l'organisation européenne de ce Congrès et de former un Comité français, qui se rendra à New-York à la tête de la délégation française et des délégations de chacune des nations d'Europe.

Le Comité français a été ainsi constitué : sous le haut patronage de M. le Ministre de la Santé publique : M. d'Arsonval, Président d'honneur ; M. Abrami, Président ; Secrétariat général : MM. André Halphen, Jacques Auclair ; membres du Comité : MM. Alajouanine, Binet, Claude, Janet, Lardennois, Laubry, Levaditi.

Les membres du Comité français grouperont et commenteront, suivant leurs spécialités, toutes les publications françaises ayant trait à la Pyrétothérapie (quel que soit l'agent pyrétogène) qui parviendront au Secrétariat général, 222 *bis*, rue Marcadet, Paris (18e).

Tous les confrères qui auraient des suggestions à présenter, des renseignements à demander sur l'organisation de ce Congrès, sont priés de s'adresser à l'adresse ci-dessus.

Le Comité français a été constitué uniquement par des Parisiens, pour que les réunions puissent avoir lieu effectivement et pour faciliter l'organisation de ce Congrès, rendu difficile par la proximité de sa date de réunion et par l'échéance des correspondances nécessaires.

CHRONIQUE

EN ESPAGNE

L'atroce guerre civile qui déchire l'Espagne n'aura pas épargné les médecins. Je reçois, en effet, à ce sujet, de Bordeaux, une lettre de mon ami le professeur Jeanneney. Il m'annonce que le professeur Marañon, l'illustre maître de la médecine espagnole compte, ainsi que plusieurs confrères, au nombre des otages emprisonnés à Madrid.

Je laisse la parole à Jeanneney : « J'apprends, écrit-il, que notre ami Marañon est emprisonné à Madrid. Cette nouvelle bouleversera les amis et les admirateurs de ce grand savant si représentatif de la science espagnole. Ne pourriez-vous faire un appel au nom de la civilisation en faveur de Marañon et de quelques médecins espagnols qui doivent être ses compagnons de chaîne. Sans doute les révolutions croient-elles n'avoir pas besoin de savants, mais la science ne saurait perdre un homme comme Marañon... »

Que pourrais-je ajouter à l'émouvant appel de Jeanneney ?

C'est avec ferveur que nous souhaitons que le grand Marañon, si attaché à notre pays, recouvre la liberté. Avec la même ferveur, nous formons le vœu que l'Espagne retrouve enfin la paix intérieure, répare ses ruines et reprenne dans le monde latin le rôle historique que lui assigne son glorieux passé.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanies. Leur lien avec les maladies mentales (1). — Docteur Amélie BUVAT-COTTIN. En même temps que des intoxiqués et surtout avant même d'être des intoxiqués, les toxicomanes sont presque toujours des psychopathes. Comme le montrent un nombre important d'observations rapportées par l'auteur, il s'agit surtout de psychoses fonctionnelles que l'examen clinique et l'étude des antécédents permettent de bien caractériser.

L'opium n'est d'ailleurs pas, malgré l'opinion courante, le plus dangereux des poisons en cause ; héroïne et surtout cocaïne et alcool sont à des titres divers des poisons encore plus redoutables en pratique.

La cure de désintoxication, dont la technique doit être appropriée à la nature de l'intoxication — ou des intoxications associées, éventualité fréquente — n'est qu'une partie du traitement ; le traitement du terrain psycho-névrotique ne lui cède pas en importance, bien au contraire ; l'isolement en est partie intégrante. Du soin apporté à cette cure dépend entièrement la solidité de la guérison.

Les mesures sociales, administratives et juridiques seront dans cette lutte des armes dont on a trop longtemps dédaigné la puissance.

L. BABONNEIX.

(1) Paris, Le François, 1936.

LES ICTÈRES AIGUS PAR RÉTENTION

Par M. le professeur M. LOEPER et M. Jean COTTET.

Il est universellement admis, aujourd'hui, que l'ictère catarrhal est une hépatite, et que cette hépatite est due à un produit spécifique dont nous ignorons la nature. Il ne faudrait cependant pas croire que tout ictère aigu qui prend la physionomie de l'ictère catarrhal est dû à une hépatite. Avec une telle hypothèse, on comprendrait mal que certains ictères dits catarrhaux puissent céder au drainage biliaire comme des ictères par obstruction. Il serait surprenant, surtout, que des ictères catarrhaux durables, évoluant depuis plusieurs semaines ou même deux ou trois mois, puissent guérir subitement à la suite d'un ou deux tubages duodénaux.

Il y a environ dix ans, alors que j'avais pour interne M. Jacques Decourt, nous avons eu l'occasion de constater cette guérison subite ; un de nos malades présentait depuis environ deux mois un ictère très foncé avec prurit accentué, forte cholurie et selles complètement décolorées ; la cachexie progressive laissait supposer une maladie plus grave qu'un ictère banal. Avec un seul tubage duodénal, les urines s'accrurent, les selles se recolorèrent et le teint reprit son aspect normal. Dans cette observation, qui n'est pas unique, car d'autres auteurs en ont signalé (1) de semblables, on peut suspecter un obstacle cholédocien à l'origine de l'ictère. On peut donc se demander s'il n'existe pas un groupe d'ictères catarrhaux ou dits catarrhaux, dus non pas à une hépatite, mais à une cholédocite. Cette hypothèse avait été émise, il y a déjà longtemps, par Virchow ; mais alors que cet auteur pensait qu'elle s'appliquait à tout ictère, nous croyons aujourd'hui qu'elle ne peut s'appliquer qu'à quelques-uns. D'ailleurs, une obstruction transitoire du cholédoque peut être due à d'autres facteurs que le classique bouchon muqueux. On a accusé justement une inflammation du cholédoque, des adénopathies le long du canal, une pancréatite ou un spasme du sphincter d'Oddi.

L'inflammation intra-cholédocienne.— En faveur de ce mécanisme, il ne faut pas oublier que, dans des travaux faits il y a maintenant près de 30 ans, en injectant du pneumocoque et même du colibacille dans les voies biliaires, MM. Gilbert et Dominici avaient déterminé dans le cholédoque l'apparition d'un bouchon muqueux. M. Dufour lui-même, à l'occasion d'une communication faite par moi-même avec Soulié sur le rôle de la pancréatite dans l'ictère catarrhal, n'hésitait pas à rappeler l'existence de ce bouchon muqueux, et Marcel Labbé, prenant la parole le même jour, ne croyait pas devoir le rejeter absolument Etudiant un malade après une cholécystostomie, MM. Bérard et Mallet-Guy (1) suivirent le jeu biliaire de trois heures en trois heures ; tantôt le drain donnait de la bile, et tantôt du mucus ; le mucus prenait véritablement la place de la bile : quand le mucus passait, la bile ne passait plus et inversement. Il semble même que, à certains moments, et particulièrement trois heures après le repas, le mucus était sécrété en abondance jusqu'à 100 grammes, oblitérant le drain. Chabrol et ses collaborateurs ont rapporté un fait analogue (2). On peut donc se demander si dans quelques cas publiés d'ictère dit catarrhal, le mucus ne pourrait pas être en cause.

L'irritation des voies biliaires peut certes produire du mucus ; la mucorrhée est un phénomène d'irritation d'ordre assez banal ; la bile peut contenir beaucoup de mucus et ce mucus être très épais.

Rowsing rapporte l'observation pleine d'intérêt d'une femme de 35 ans opérée jadis pour gastroptose, et qui, au cours d'une épidémie d'ictère infectieux familial, tombe elle-même malade, avec 38° et 39°, ictère, selles décolorées, des pigments biliaires dans les urines. Rowsing, alarmé par certains symptômes, demande l'intervention chirurgicale. Une cholécystostomie est faite. Le chirurgien trouve un foie un peu gros qui paraît peu malade et une vésicule un peu dilatée. Il pense à des calculs mais il n'en trouve pas. Par contre il signale un mucus extrêmement abondant, de coloration vert clair, tirant un peu sur le noir ou grisaille, très visqueux, obstruant littéralement le cystique, le cholédoque, les voies intra-hépatiques elles-mêmes. La masse muqueuse, dit-il, est comme un filament ou une algue sans fin qu'on a peine à extraire des canaux hépatiques. Matsuo et Mijuta ont donné la relation d'un cas semblable évacué par tubage.

Dans ces conditions, certes, le mucus peut être une cause d'oblitération, et il est logique que, dans les pseudo-ictères catarrhaux l'oblitération puisse être causée par du mucus. Mais le fait doit être exceptionnel ; les observations sont extrêmement rares et peu d'entre elles sont convaincantes.

Le mucus doit être plus souvent la conséquence de l'inflammation biliaire que sa cause. Tout au moins il lui est parallèle.

La cholédocite.— Il faut donc invoquer d'autres raisons si l'on veut prouver que certains ictères catarrhaux sont des ictères par obstruction. Les lésions de la partie inférieure du cholédoque, au cours des lithiases biliaires, sont aujourd'hui fréquentes et classiques. Elles accompagnent les calculs cholédociens et sont les intermédiaires entre le calcul et la pancréatite voisine.

Dans une thèse déjà ancienne, d'ailleurs fort bien faite, Mlle Maugeret insistait sur cette inflammation des voies lymphatiques qui va du cholédoque à la pancréatite de voisinage. Une telle cholédocite n'existerait-elle pas sans les calculs ? Cette cholédocite ne peut-elle pas déterminer l'oblitération des voies biliaires ? Et l'ictère dit catarrhal qui est un ictère épisodique,

(1) HARVIER et ANTONELLI. Ictère catarrhal prolongé. Traitement par le tubage duodénal ; *Paris Méd.*, n° 20 ; 19 mai 1934, page 420. — Léon POLLET et Boris KREISS. Ictère et cholédoque, *Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie*, janvier-février 1936, n° 1, p. 26. — M. BRULÉ, Jean COTTET et Jean HAMBURGER. Sur un type clinique d'ictère prolongé avec hépatomégalie et splénomégalie curable par tubage du duodénum, *Presse Méd.*, 1934, p. 1715. — M. BRULÉ, Jean COTTET et A. NETTER. Deux nouveaux cas d'ictère par cholédocite traités par tubage du duodénum, *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1er mars 1935, p. 370.

(1) BÉRARD et MALLET-GUY. *Exploration fonctionnelle des voies biliaires en chirurgie*, Masson et Cie édit., Paris 1932.

(2) Et. CHABROL, Jean COTTET et Jean HAMBURGER. A propos d'une cirrhose biliaire d'origine syphilitique, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. de Paris*, Séance du 17 juin 1932, n° 22.

passager, en général bénin, ne peut-il pas traduire parfois une obstruction biliaire par inflammation oblitérante du cholédoque ?

M. Eppinger rapporte le cas d'un soldat atteint d'ictère catarrhal, tué d'une balle à la guerre en montant à l'assaut ; le foie et les voies biliaires avaient pu être examinés assez tôt et étudiés anatomiquement. A l'extrémité inférieure du cholédoque, il existait une zone un peu enflammée dans l'intérieur de laquelle on trouva quelques lymphocytes à la terminaison même du canal : c'est beaucoup ou pas assez pour dire qu'il s'agit d'une cholédocite, d'autant plus que ce malade présentait également des lésions hépatiques.

Il y a mieux : en France et à l'étranger, toute une série de travaux apportent des observations multiples de cholédocites.

Benoit (1), dans sa thèse, donne cette observation très probante du professeur Cunéo :

Une femme d'une quarantaine d'années fait, en pleine grossesse, une crise hépatique douloureuse ; une nouvelle crise survient avec des douleurs et une température de 38°. Le foie est gros, débordant ; la vésicule biliaire n'est pas perçue ; la galactosurie atteint 6 gr. au total. On pense à un calcul du cholédoque et c'est pour cela qu'on opère. Le cholédoque est, en effet, tuméfié, la vésicule est plutôt rétractée et fibreuse que distendue ; le pancréas n'est pas induré. Un simple drainage est pratiqué.

L'ictère disparaît pendant deux mois. Mais deux mois plus tard, la malade est reprise de ses troubles, l'ictère reparaît. On constate dans le pansement un écoulement de bile important par la fistule, ce qui indique un passage insuffisant de la bile dans l'intestin. On fait une exploration au lipiodol, injectant la substance opaque dans la fistule et suivant radiologiquement le trajet du lipiodol. On constate que les voies biliaires sont très dilatées et que le lipiodol s'arrête dans le duodénum. On cathétérise. La guérison survient d'une façon définitive grâce à ce cathétérisme de la partie terminale du cholédoque.

M. Cunéo n'hésite pas à considérer ce cas comme étant une cholédocite, mais ne fait le diagnostic ni de sa nature ni de son origine.

D'autres observations sont encore à citer : celles en particulier de M. Petit-Dutaillis ; elles sont intéressantes, mais ne sont pas pures, car elles signalent des ganglions, l'atteinte du cystique comme du cholédoque et de l'hépatique. Le foie même n'est pas indemne.

A l'étranger, un cas remarquable appartient à deux auteurs japonais, Matsuo et Mijuta. Je l'ai déjà cité, mais la preuve de la lésion cholédocienne n'est pas absolument faite.

Il y a d'ailleurs des cholédocites plus pariétales, où l'examen du canal cholédoque fait à l'opération a révélé une induration de la partie inférieure au voisinage de l'ampoule de Vater ; quelquefois l'induration est plus étendue, donnant l'impression d'une infiltration inflammatoire suffisante pour boucher le canal cholédoque, mais insuffisante pour déterminer une maladie chronique.

De M. Gosset, de MM. Charrier et Thalheimer, de MM. Quénu et Duval, et surtout de M. Anschutz, nous avons un certain nombre de preuves de cette lésion du cholédoque : lésion inflammatoire et même sténosante capable de provoquer des accidents de rétention biliaire. L'origine n'en est pas dans une opération antérieure, non plus que dans une maladie générale ou dans une lithiase biliaire. La lésion est cependant indiscutablement oblitérante et elle fut indiscutablement guérie par une cholédocotomie et un drainage du canal cholédoque.

Dans une observation de von Haberer, nous trouvons plusieurs faits intéressants : un malade a quatre crises d'ictère (l'ictère catarrhal ne fait pas quatre crises) en deux ans, sans température, sans diarrhée, sans vomissements. La dernière eut lieu après l'absorption d'un verre de bière froide ; un prurit apparaît avec ictère, les selles sont complètement décolorées. La palpation montre une vésicule très grosse, un foie sensible qui est lui-même très volumineux. On pense à un cancer de la vésicule, ou du canal cholédoque, ou encore de l'ampoule de Vater ou du pancréas et on se hâte d'opérer. On fait une cholécystostomie ; la vésicule est, en effet, très distendue; il n'y a pas de calculs; le foie est parcouru de lymphatiques blancs ; le cholédoque est très nettement dilaté, la tête du pancréas à peine indurée. L'ictère disparaît. On bouche le drain, l'ictère reparaît ; on le débouche à nouveau, l'ictère disparaît encore et ainsi de suite. A la radiologie, injectant du liquide opaque par l'intermédiaire du drain, une grosse dilatation des voies biliaires est constatée, au-dessus d'une sténose sus-duodénale. On fait une cholédoco-duodénostomie et la guérison survient.

Ainsi on ne peut guère nier, d'après ces observations, l'existence de la cholédocite ; que cette dernière puisse se traduire par des phénomènes anatomiques très discrets, par ce catarrhe simple du cholédoque à forme membraneuse que je signalais dans l'observation des auteurs japonais, ou par une inflammation pariétale plus marquée comme dans l'observation de MM. Gosset, Charrier et Thalheimer.

Et il faut remarquer que le tubage seul, plus souvent l'intervention, le cathétérisme du canal cholédoque, la cholédocotomie ou la cholédoco-duodénostomie ont donné de bons résultats.

J'ajoute que dans ces cas, plusieurs fois la tête du pancréas apparaît un peu indurée ; que plusieurs fois il y a des ganglions importants le long des canaux. Je voudrais donc examiner si, dans d'autres cas, les adénopathies et le pancréas ne peuvent être cause d'oblitérations.

Les adénopathies cholédociennes. — Les lymphatiques de la vésicule biliaire, les lymphatiques des voies biliaires se rendent suivant l'étage au ganglion du hile du foie près du col de la vésicule biliaire et du hile ; tantôt plus haut, au voisinage du duodénum au-dessus de la tête du pancréas. Ces lymphatiques ont été très bien étudiés par Rouvière. Il y en a deux groupes dont un très haut, sous le foie, un plus bas, au-dessus de la tête du pancréas, près de l'hiatus de Winslow et qui pénètre même dans cet hiatus.

(1) H. Benoit, Le traitement chirurgical des ictères dits « médicaux », *Th. Paris*, 1935.

Ces ganglions sont naturellement enflammés quand il y a lésion du cholédoque ou de la vésicule biliaire. Aussi n'est-il pas surprenant que la plupart des auteurs constatant des adénopathies au hile du foie ou à la terminaison du canal cholédoque, les premières pouvant oblitérer le canal hépatique, les secondes le canal cholédoque, les aient considérées comme secondaires, sans importance, un peu comme ces ganglions qui accompagnent les oreillons et n'ont aucune part dans le gonflement de la parotide.

Il y a au moins 7 observations de Wessel constatant l'existence de ganglions au voisinage du canal cholédoque. Dans ces 7 observations, Wessel n'a jamais eu l'idée d'attribuer à ces adénopathies une responsabilité quelconque. Il dit : cholécystite, inflammation vésiculaire, pancréatique, et ajoute : ganglions volumineux, sans insister davantage.

Or, il y a cinq ou six ans, une observation curieuse a été publiée par mon regretté ami Lecène. Une malade de 36 ans présente un ictère intermittent, avec des périodes bonnes et mauvaises, fébriles et apyrétiques. Cet ictère s'est installé après un accouchement suivi de fièvre. Lecène se demande s'il ne s'agit pas d'un ictère provoqué par une infection d'origine obstétricale ; le prurit est modéré, les matières sont décolorées, le foie paraît normal, les urines contiennent une certaine quantité de sels biliaires. La chalestérine n'est pas abondante, ne dépasse pas 1 gr. 35. Pensant à une infection des voies biliaires, Lecène intervient.

A l'opération, il n'y a pas d'adhérences, pas de calcul, pas de pancréatite, mais plusieurs gros ganglions au voisinage de la partie terminale du canal cholédoque et le long du cystique. Lecène en prélève un ; il lui semble tuberculeux à première vue, car il y distingue une séries de petites taches blanchâtres rappelant des follicules bacillaires, mais il n'est qu'inflammatoire. : pas de bacilles de Koch, pas de cellules géantes. Lecène pense alors que ces ganglions ont pu comprimer les voies biliaires et qu'ils sont la cause de l'ictère, d'ailleurs intermittent.

M. Brulé (1), avec son élève Jean David, qui a fait une thèse sur les adénopathies causes d'ictère, a publié, il y a deux ans, une observation intéressante, à propos de laquelle il fait allusion à celle de Lecène. L'observation de M. Brulé est nettement en faveur d'une oblitération du canal cholédoque par un ganglion : il s'agit d'un garçon de 15 ans qui avait été au Maroc et avait été déjà soigné pour un ictère. Pendant trois jours, il présente des troubles digestifs ; il est gêné, constipé, la température est à 39°5, l'ictère est évident, les selles sont très blanches, le prurit est accentué.

On amène ce jeune garçon au Val-de-Grâce. Comme il n'est pas guéri au bout de 6 semaines, on le confie au chirurgien avec le diagnostic d'obstruction du canal cholédoque qu'on croit provoquée par une lésion importante ou par un calcul. On trouve le pancréas normal ; les canaux sous-hépatiques larges et, à l'angle cystico-hépatique, dans une région qui est plus haute que la terminaison du cholédoque, on constate un gos nodule qui paraît être ganglionnaire ; on l'extirpe : instantanément la bile s'écoule, et la guérison survient au 28e jour. A l'examen histologique de ce ganglion, ou trouve une réaction hyperplasique banale, follicules gros et, chose curieuse, un peu de pigment ocre dans l'intérieur.

Si on lit la thèse de Jean David (1), on y trouve plusieurs observations semblables, dont je dois dire que quelques-unes ne me paraissent pas avoir une valeur démonstrative aussi grande que celle de M. Brulé.

Que le ganglion soit la conséquence d'une inflammation des voies biliaires, comme dans l'observation de M. Brulé où le malade a séjourné au Maroc et que ce ganglion soit ou non primitif, il a pu tout de même comprimer le canal cholédoque ou l'hépatique. Remarquons que M. Brulé a précisé que la bile était retenue au-dessus du ganglion et qu'elle s'est mise à couler dès son extirpation.

Le Pancréas. — Il est logique de suspecter la pancréatite dans la genèse des ictères par rétention. Non seulement le pancréas est très proche du foie et participe souvent de ses infections, mais il a tendance à s'infecter, à s'enflammer, à s'irriter avec le foie, car il est en partie couplé avec lui dans son irrigation et son fonctionnement.

J'ai observé en 1922, à l'hôpital Tenon, un ictère datant de trois mois dont le début avait été fébrile. Pas d'antécédents de lithiase, pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Le tubage duodénal ne donna aucun écoulement de bile, et l'amaigrissement du malade était considérable. Après avoir pensé à un ictère catarrhal prolongé, nous l'avons fait opérer par Riche. Le pancréas était très dur, le cathétérisme du cholédoque très difficile ; on pensa à une tumeur de la tête du pancréas. Or, au bout du cinquième jour, l'ictère s'atténua, signe vraisemblable de la disparition de ce noyau pancréatique et de la compression qu'il provoquait. Le malade n'avait certes pas de néoplasme du pancréas, puisque, deux ans après l'opération, il était encore vivant.

Il m'a paru intéressant de rechercher des observations semblables, et j'ai étudié avec Soulié (2) la participation du pancréas au syndrome de l'ictère catarrhal.

Schlegel avait déjà rapporté, il n'y a pas très longtemps, l'histoire d'un malade de 44 ans qui, pendant dix jours, eut des vomissements liquides, sans douleur, et des matières tout à fait blanches. Il l'opéra et trouva un cholédoque sain, un foie sain, mais un pancréas induré, comme dans notre observation. Après l'intervention, le malade guérit.

J'ouvre une parenthèse pour signaler l'action sérieuse de la thyroïde et de la thyroïdine ; cette thyroïdine accrut l'écoulement de bile par la fistule de 500 à 600 cc. au lieu de 100 à 150 cc.

M. M. Weill (de Bruxelles), publiant dans la *Presse Médicale* et dans le *Bruxelles Médical* (3) plusieurs cas d'ictère, mit en évidence l'existence d'une pancréatite catarrhale. Non seulement il n'est pas loin de lui attribuer une part dans l'embarras gastrique, mais encore il pense que la compression qu'elle provoque peut ame-

(1) Brulé (M.) et David (J.). Les obstructions du cholédoque par adénopathies, *Presse Méd.*, n° 52, 30 juin 1934, p. 1049.

(1) Jean David. Les osbtructions cholédociennes par adénopathies inflammatoires simples, *Th. de Paris*, 1934.

(2) Loeper et Soulié. Participation du pancréas au syndrome de l'ictère catarrhal, *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris* 1932, p. 308.

(3) O. Weill. Ictère par rétention et tubage duodénal, *Bruxelles Méd.*, avril 1934, p. 342.

ner une rétention biliaire. La relation n'est pas certaine, mais la concomitance est indiscutable : le pancréas participe à l'inflammation hépatique et l'ictère catarrhal n'est pas seulement une hépatite, mais une *hépato-pancréatite aiguë.*

Nous avons étudié cette question avec Soulié il y a trois ans ; récemment Chiray et Bolgert, Bolgert dans sa thèse, y ont consacré d'importants travaux.

Voici nos recherches avec Soulié. En pratiquant plusieurs tubages duodénaux chez sept malades atteints d'ictère catarrhal, nous avons trouvé des signes d'insuffisance pancréatique. Nous avons injecté par la sonde d'Einhorn, tantôt du lait, tantôt du sulfate de magnésie, afin de doser les ferments dans le liquide duodénal. Nous avons examiné successivement les biles A, B et C ; nous avons toujours remarqué dans ces sept observations que, pendant la période d'état, il y avait une diminution parfois énorme, en tout cas toujours notable, de la lipase dans le liquide extrait. Les variations sont assez importantes pour qu'on puisse les considérer comme la moitié ou le quart des chiffres normaux.

Lorsqu'on pratique un nouvel examen au moment de la convalescence, on constate que la lipase s'est accrue soit dans le liquide A, soit dans le liquide B, soit dans le liquide C dans une proportion parfois double de ce qu'elle était auparavant. Il paraît donc bien qu'il y a diminution de la lipase pendant la maladie et qu'il existe un rapport entre la maladie et la diminution de la lipase. Comme cette lipase vient du pancréas, il y a de grosses chances pour qu'elle traduise des modifications de la sécrétion pancréatique.

Au cours de l'évolution de l'ictère j'ai été particulièrement frappé de voir que la lipase des trois liquides d'abord assez basse puisqu'elle ne dépasse pas 10 ou 12 au lieu de 24 et 26, chiffres normaux, se relève au fur et à mesure de l'amélioration de la maladie jusqu'à 20, quelquefois au delà. La courbe urinaire coïncide d'ailleurs très exactement avec la reprise de l'activité lipasique.

Quand j'ai publié ces observations à la Société Médicale des Hôpitaux, certains auteurs m'ont reproché de dire que le pancréas était la cause de l'ictère catarrhal. Or je n'ai jamais prétendu que le pancréas, par la compression qu'il exerce, fût la cause de l'ictère catarrhal. J'ai dit qu'il y avait coexistence de signes d'insuffisance hépatique et d'insuffisance pancréatique et que cette coexistence était assez curieuse pour qu'on pût suspecter une hépato-pancréatite plus qu'une hépatite simple. Mon ami Marcel Labbé m'avait objecté qu'à côté de l'insuffisance de la lipase il y avait aussi insuffisance de la trypsine. Et je l'accepte volontiers.

Dans le travail de Bolgert (1), un certain nombre d'examens, faits sous l'inspiration et quelquefois avec la collaboration de son maître Chiray, ont un très gros intérêt. D'abord ils confirment la fréquente diminution de la trypsine dans le liquide duodénal. Puis l'auteur reprenant l'épreuve de la sécrétine pour voir si la réponse du pancréas à l'injection de la sécrétine est aussi marquée dans l'ictère catarrhal que dans d'autres affections hépatiques, constate que cette réponse est retardée ou insuffisante, que ses effets ne se font sentir que très tard ou pas du tout. Il en conclut qu'il existe une localisation inflammatoire à la tête du pancréas.

A-t-on le droit de penser que cette inflammation, ce gonflement fréquent de la tête du pancréas dans les ictères dits catarrhaux puisse exercer une compression ? A-t-on au contraire le devoir de dire qu'il y a parallélisme entre les deux phénomènes, parallélisme qui n'est pas autre chose que la subordination de deux effets à une même cause ?

La deuxième conclusion me semble plus logique et si la participation du pancréas au syndrome n'indique pas que le pancréas comprime le cholédoque, elle indique que l'ictère catarrhal, ou dit catarrhal, est une hépato-pancréatite subaiguë ou aiguë.

La méthode permettant d'apprécier la diminution de la lipase a été critiquée par mon collègue et ami Fiessinger. Cet auteur a prétendu que certains dosages de lipase n'avaient pas un très gros intérêt, parce que l'activité de la lipase ne dépend pas toujours de sa quantité vraie mais de l'abondance des sels biliaires présents dans le liquide duodénal en même temps que le liquide pancréatique. L'absence ou l'augmentation de ces derniers pourrait modifier dans une telle proportion l'activité apparente de la lipase duodénale qu'on ne pourrait en tenir compte dans l'appréciation des résultats. A cela M. Bolgert et moi-même pouvons répondre qu'il n'y a pas de rapport précis entre la proportion des sels biliaires trouvée dans le duodénum et l'activité de la lipase, entre leur disparition et leur réapparition.

D'ailleurs l'insuffisance de la lipase est trop constante dans l'ictère catarrhal et le taux des sels au contraire trop variable pour qu'on puisse accepter sans discussion l'objection de Fiessinger.

***

On a encore invoqué bien d'autres facteurs comme causes de l'ictère aigu par rétention ; on a en particulier incriminé les *réactions inflammatoires du hile* hépatique. Eppinger avait déjà signalé l'œdème du foie dans l'ictère catarrhal, il décrit aussi dans un cas un fort œdème péritonéal sous-hépatique. J'ai peine à croire que cet œdème puisse déterminer une oblitération durable ou importante des voies biliaires.

Une observation de Schlegel, cependant, parue en 1926, le remet en question. Elle concerne un homme de 25 ans présentant un peu d'ictère depuis 14 jours, avec légères douleurs, matières décolorées, foie un peu volumineux. A l'opération on trouve un œdème périvésiculaire et péri-cholédocien tellement accentué que l'auteur se demande si cette péritonite œdémateuse sous-hépatique n'est pas capable de déterminer une rétention.

On a bien entendu cité des cas d'adhérences, mais il est difficile de distinguer les adhérences en quelque sorte primitives et autonomes de celles, banales, qui succèdent à une inflammation de la vésicule ou obli-

(1) Marc Bolgert, Lésions du pancréas et troubles fonctionnels pancréatiques. Diagnostic clinique par l'épreuve de la sécrétine purifiée. *Th. de Paris*, 1931, Masson édit.

tération du cholédoque. Presque jamais le diagnostic ne peut être fait avec exactitude.

Cependant MM. Aumont (de Versailles) et Peugniez ont publié il y a deux ans l'observation suivante :

Une femme de 37 ans fait une grossesse. Au cours de cette grossesse elle présente des troubles hépatiques mal définis. Quatre ans après, elle est à nouveau enceinte, fait une fausse couche de 4 mois que compliquent infection, fièvre, hématurie, pyurie. On enlève l'appendice sans succès. Huit ans après, une nouvelle crise survient avec poussée fébrile, et justifie une cholécystectomie. Mais la malade, après quelques manifestations fébriles, maigrit notablement ; on l'opère à nouveau et l'on trouve un bloc d'adhérences tellement étendues qu'il atteint le foie, le côlon, le duodénum, et que le cholédoque lui-même, pris dans ce magma, est difficile à sculpter, à dissocier. En somme, il s'agit d'une infection péricholédocienne dont l'origine paraît bien être dans la fausse couche de 4 mois et dans l'infection péritonéale qui en a été la conséquence.

Je pense avoir démontré que le syndrome d'ictère catarrhal peut ressortir à un processus d'obstruction et que l'obstruction peut être due à l'inflammation terminale du cholédoque, à celle aiguë du pancréas, à la péri-cholédocite, aux adénopathies peut-être aussi. Mais la part de ces facteurs semble si peu importante que la rétention est, dans la production de l'ictère dit catarrhal, bien moins fréquente que l'hépatite et ne peut prétendre même à en balancer l'importance au point de vue clinique.

Je n'insiste pas sur les observations données de contraction du sphincter d'Oddi, bien qu'on en ait beaucoup et, je crois, beaucoup trop parlé. Elle me paraît être du domaine de l'hypothèse. Le sphincter d'Oddi est-il si puissant : se contracte-t-il vraiment avec une telle énergie et une telle persistance qu'il ne se relâche guère pendant plusieurs jours ? Aucune observation frappante ne me paraît avoir été donnée ; personne n'a jamais perçu la contraction du sphincter d'Oddi et la seule observation citée comme probante, celle de Pavel, fait tellement mention de la lésion hépatique et si peu du sphincter d'Oddi qu'on est tenté de se dire que la lésion hépatique primait beaucoup la contraction du sphincter.

Diagnostic. — Il faut différencier, non pas seulement au point de vue didactique mais au point de vue clinique, les ictères aigus par rétention des autres ictères ; l'ictère catarrhal en effet doit guérir sans opération, il ne la commande presque jamais ; l'ictère par rétention aiguë peut nécessiter au contraire une intervention précoce ou un tubage duodénal rapide et ces deux interventions peuvent avoir un effet radical et immédiat.

Pour différencier l'ictère par rétention aiguë des ictères catarrhaux on a fait valoir certains arguments.

D'abord, dans l'ictère aigu par rétention, le prurit est fréquent.

Dans l'ictère catarrhal, il est rare. Tout cela est exact.

L'évolution de l'ictère catarrhal est presque cyclique, il dure 10 à 12 jours, est rarement prolongé et, guéri, ne récidive guère. Il est bien exceptionnel qu'il se termine mal.

L'ictère par compression est moins cyclique ; il récidive ; il présente ou peut présenter des intermittences. L'ictère catarrhal s'accompagne rarement d'accidents généraux graves.

La fièvre est en général très fugace, elle persiste 24 à 36 heures, quelquefois même elle n'apparaît pas.

L'augmentation des globules blancs y est exceptionnelle, quelquefois un peu de mononucléose. Dans les observations, peu nombreuses d'ailleurs, où la leucocytose a été étudiée au cours de quelques ictères aigus par compression, la leucocytose est fréquente, elle est polynucléaire ; elle est irrégulière. C'est un moyen de diagnostic qui a sa valeur.

Le foie n'est pas gros dans l'ictère catarrhal. Il l'est souvent dans les ictères par rétention aiguë.

M. Brulé a justement attiré l'attention sur l'importance de cette augmentation du volume du foie dans le diagnostic de l'ictère par compression ; il dit explicitement : l'ictère catarrhal n'accroît le volume du foie que s'il se prolonge longtemps, c'est-à-dire de façon exceptionnelle. Et il y voit la preuve que l'ictère catarrhal est dû à une hépatite et non à une rétention biliaire.

La vésicule peut être un peu sensible et tendue dans l'ictère par rétention quand l'obstacle siège au niveau du canal cholédoque. Elle ne l'est pas dans l'ictère catarrhal.

Les sels biliaires du sang semblent disparaître très tardivement dans l'ictère par obstruction, et seulement quand il y a cachexie ; ils disparaissent, au contraire, de façon précoce dans l'ictère catarrhal ; le moment de la dissociation pigmento-cholalique a donc un certain intérêt diagnostic.

Voici encore deux autres signes auxquels il faut faire crédit dans le diagnostic même de ces deux variétés d'ictères.

L'un est l'épreuve de la galactosurie, l'autre l'épreuve de l'eau.

L'épreuve de la galactosurie est fort importante. Elle a été mise en évidence en Allemagne, en 1906, par Bauer, modifiée, renforcée, précisée, à Paris, par MM. Noël Fiessinger, Thiebaut et Dieryck.

Si l'on étudie les troubles de la galactosurie dans l'ictère catarrhal par hépatite, on voit que sur 2 ou 300 cas, l'épreuve de la galactosurie est le plus souvent positive, à tel point que certains auteurs, en particulier Lepehne, prétendent que tout ictère qui ne s'accompagne pas de galactosurie positive n'est pas un ictère catarrhal, ce qui revient à dire que la galactosurie est un signe immanquable d'hépatite. Dans l'ictère par rétention, elle n'existe pas.

Dans l'ictère catarrhal, au contraire, la galactosurie est souvent marquée. Elle atteint 30 p. 1.000 dans le premier échantillon d'urine ; dans l'ictère par obstruction, pendant une longue période, le sucre ne passe pas dans l'urine, et, s'il y passe au bout d'un certain temps, il n'y passe jamais à un taux aussi élevé que dans l'ictère par hépatite.

On peut donc fonder sur l'épreuve de la galactosurie alimentaire, du moins sur sa précocité et son im-

portance, le diagnostic différentiel entre les ictères par oblitération et l'ictère par hépatite.

On sait que la rétention chlorurée est beaucoup plus importante dans les ictères catarrhaux par hépatite que dans les ictères par obstruction. La rétention d'eau est encore plus évidente.

L'épreuve de diurèse provoquée peut, au dire de Brulé et Jean Cottet, donner de bonnes indications. Au cours des obstructions cholédociennes, les troubles du transit de l'eau font défaut au début et n'apparaissent que tardivement et inconstamment. Au cours des ictères par hépatite, les troubles du transit de l'eau sont d'emblée accentués, et tendent à disparaître au contraire entre le dixième et le trentième jour.

De plus si l'on voit chez un malade au trentième ou quarantième jour d'un ictère une épreuve de l'eau très anormale, on pensera à un ictère par obstruction; si l'épreuve tendait vers la normale on pense à un ictère catarrhal prolongé.

Il y a dans l'épreuve de l'eau comme dans celle de la galactosurie alimentaire des éléments d'appréciation du fonctionnement hépatique, et partant, de lésions du foie.

Tous ces éléments ne sont pas seulement intéressants au point de vue diagnostic, mais encore thérapeutique.

Lorsqu'on est en présence de tels malades, on ne doit donner seulement que des médicaments cholérétiques et cholagogues, agir sur la bile hépatique comme sur la bile vésiculaire ; on ne doit pas se contenter de donner des sels de magnésie qu'on a appelés pourtant très justement des « apéritifs » biliaires, pour ouvrir les voies biliaires et le sphincter d'Oddi ; on ne doit pas se contenter des médicaments comme l'uroformine qui est incontestablement un des meilleurs pour désinfecter les voies biliaires. On a mieux à faire et plus. On doit faire le tubage duodénal ; et cette fois dans un but non de diagnostic mais de traitement. Le résultat en sera parfois rapide, providentiel, s'il s'agit d'une obstruction cholédocienne du type de celles que nous venons d'étudier.

Un mot encore de l'intervention chirurgicale. Si l'obstruction est patente et si elle est ancienne, si le malade s'amaigrit, se cachectise, tous troubles qui font craindre pour sa vie, on doit intervenir.

Il est vrai que l'on intervient souvent parce qu'on cherche un diagnostic et qu'on a pensé, sans preuve suffisante, à une lésion plus grave, à un calcul, à un néoplasme. On opère. On fait une cholécystostomie, ou une cholédocotomie, ou une cholécysto-gastrotomie, ou une cholécysto-duodénostmie, c'est-à-dire un abouchement de la vésicule dans l'estomac ou le duodénum.

L'obstacle est souvent levé. S'il ne l'est pas au bout de deux ou trois jours, on pratique alors une injection de lipiodol et l'on vérifie à l'écran que cet obstacle existe encore, on se rend compte de son importance et l'on tente de le faire disparaître par un cathétérisme.

Ces considérations sur les oblitérations du canal cholédoque, sur les ictères par rétention, ne sont donc pas seulement des considérations de doctrine. Leur intérêt clinique et pratique ne peut échapper.

En conclusion, je dirai qu'il y a très peu d'ictères aigus par rétention, que l'ictère catarrhal est le plus souvent une hépatite. Mais je signale l'intérêt qu'il y a de connaître les compressions aiguës, rares mais possibles, parce que ces compressions commandent d'une façon impérative le tubage duodénal et parfois l'intervention.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

VACCINATIONS ASSOCIÉES CHEZ L'ENFANT

Par M. L. BABONNEIX
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Depuis longtemps déjà, on s'est préoccupé de protéger les personnes particulièrement exposées par leur profession : médecins, étudiants, nurses, etc., en les vaccinant contre les infections courantes : tétanique, diphtérique, typhique et paratyphique.

Jusqu'à ces dernières années, on y était arrivé en multipliant les vaccinations : méthode qui n'est pas sans inconvénient, si l'on songe que leur nombre peut dépasser la dizaine, comme c'est le cas pour certaines infirmières, aux Etats-Unis. Aussi faut-il reconnaître qu'un grand progrès a été réalisé, dans ce sens, par M. Ramon (1).

Principe de la méthode. — M. Ramon, ayant noté qu'en ajoutant à de l'anatoxine une substance légèrement irritante, comme le tapioca, on augmente sensiblement le taux de l'antitoxine chez les animaux auxquels on injecte le mélange, a eu l'idée, avec C. Zoeller, de remplacer le tapioca par un vaccin. Ils constatèrent alors que, chez l'homme auquel on injecte le mélange, non seulement le taux de l'antitoxine s'accroît, mais encore qu'il apparaît dans son sérum des agglutinines spécifiques en quantité au moins aussi importantes que si on avait injecté le vaccin seul.

Ces résultats ayant été confirmés par MM. L. Martin, G. Loiseau et Laffaille, M. Ramon poursuivit ses expériences en mettant en présence, non plus de l'anatoxine diphtérique et du vaccin antitétanique, mais bien de l'anatoxine diphtérique et de l'anatoxine tétanique et du vaccin antitypho-antiparatyphique ; il constata alors que l'immunité ainsi acquise est supérieure à celle que produit l'injection séparée de chacun des trois. Aussi, dès 1926, proposa-t-il d'utiliser couramment en pratique les trois mélanges suivants :

Antidiphtérique-antitétanique ;
Antidiphtérique-antitypho-antiparatyphique ;
Antidiphtérique - antitétanique-antitypho - antiparatyphique.

Cette technique a été suivie par de nombreux auteurs, parmi lesquels nous citerons, pour la France, MM. L. Martin, Loiseau et Laffaille, Crouzon, Cathala, Dopter, Liger, Giraud, Doche, Mlle G. Dreyfus-Sée et, en Amérique, M. Anson B. Ingel.

Indications. — « La méthode permet d'effectuer deux ou plusieurs immunisations en une seule série d'opérations, et ce, dans les meilleures conditions de commodité et d'économie, avec des chances de succès de plus en plus grandes. » (Ramon.)

Chez l'enfant, qui peut être soumis à cette méthode dès les 15e-18e mois (J. Cathala), on utilisera surtout le vaccin triple.

(1) G. RAMON. La vaccination antidiphtérique et la vaccination antitétanique au moyen des anatoxines spécifiques et les vaccinations associées dans la pratique, *Revue d'immunologie*, I, 1935, p. 37-73.

Contre-indications. — Ce sont celles des vaccinations en général : existence d'un *état fébrile*, d'une *tuberculose en évolution*, d'une *dermatose*, d'une *affection cardiaque ou rénale*, du *diabète*, d'une *fragilité rénale*, d'une *insuffisance hépatique*, de l'*asthme*, de la *spasmophilie* (G. Dreyfus-Sée). Elles impliquent l'obligation, pour les vaccinations associées, d'être faites par le médecin de famille (Id.).

Le vaccin mixte, ne contenant pas de sérum, n'est *nullement contre-indiqué chez les sujets auxquels on a fait une injection de sérum, pas plus qu'il ne contre-indique l'emploi ultérieur de sérum ou de vaccin.*

Technique. — Les aiguilles —fines — et les seringues ayant été stérilisées par ébullition, ou, mieux encore, par passage à l'autoclave, il faudra :

Utiliser un moment favorable : *deux ou trois heures avant le repas du soir ;*

Choisir la place de l'injection : *fosse sus-épineuse* en général, et aussi, pour les vaccins antitypho et antiparatyphoïdiques, régions deltoïdienne et sous-claviculaire ;

Procéder à une *asepsie très soignée* en frottant la peau avec un tampon d'ouate imbibée d'alcool ou d'éther ;

Agiter fortement l'ampoule avant de s'en servir, pour en rendre le contenu homogène ;

Aspirer *directement* le vaccin de l'ampoule dans la seringue ;

Faire l'injection dans le *tissu cellulaire sous-cutané.* Une fois qu'elle sera terminée, on se gardera de masser la boule d'œdème et on se contentera de désinfecter à nouveau les téguments, à la teinture d'iode, cette fois.

Il est bon que le patient *reste couché* le jour et le lendemain et qu'il soit *soumis à un régime restreint.*

Les doses. — Envisageons successivement :

1° Le *vaccin antidiphtérique-antitétanique ;*

2° Le *vaccin triple antityphoïdique et antiparatyphoïdique ;*

3° Le *vaccin mixte antidiphtérique, antityphoïdique et antiparatyphoïdique A et B.*

4° *Le vaccin mixte antidiphtérique, antitétanique et anti-typhoparatyphique.*

1° *Vaccin antidiphtérique-antitétanique.* — Ce vaccin mixte est délivré par l'Institut Pasteur, pour vaccinations collectives, en ampoules de 10 cm³, pour vaccinations individuelles en boîtes de 3 ampoules d'une contenance de 2 cm³ chacune.

Doses :

Première injection : deux cm³.
Deuxième injection : deux cm³.
Troisième injection : deux cm³.

Au-dessous de six ans, on ne fera que la moitié de la dose.

L'intervalle de temps entre les injections est de *trois semaines.* Si, pour une raison quelconque, la série des injections a été interrompue, il vaut mieux la reprendre en totalité.

Une précaution excellente est celle de l'injection dite « *de rappel* » (deux cm³) à pratiquer, par exemple, un an après la vaccination, ou bien à l'occasion d'une blessure.

La Société des Médecins inspecteurs scolaires de Paris a émis le vœu que ce vaccin mixte soit substitué au vaccin antidiphtérique simple.

2° *Vaccin triple antityphoïdique et antiparatyphoïdique A et B.* — Ce vaccin, préparé par l'Institut Pasteur de Paris, est une suspension dans l'eau physiologique à 8 p. 1000 des trois bacilles : typhique, paratyphique A et paratyphique B.

Chaque cm³ renferme :

1 milliard 800 millions de bacilles typhiques ;
1 milliard 200 millions de bacilles paratyphiques A ;
1 milliard 200 millions de bacilles paratyphiques B.

Aucun antiseptique n'est ajouté au vaccin ; sa stérilité est assurée par un chauffage de 1 heure à 56° C.

Il est contenu dans les ampoules de 2 cm³ et livré en boîte de 3 ampoules ; chaque boîte porte une étiquette indiquant la date limite d'utilisation du vaccin.

Doses :

Pour les adultes : première injection : 3/4 cm³ ;
Deuxième injection : 1 cm³ ;
Troisième injection : 1 1/2 cm³.
Pour les enfants : première injection : 1/4 cm³ ;
Deuxième injection : 1/2 cm³ ;
Troisième injection : 1 cm³.

Les injections vaccinales seront faites avec un intervalle de 7 à 10 jours.

La durée de l'immunité conférée par le vaccin est d'un an au moins.

Pour la revaccination, dose unique :
Pour les adultes : 1 1/2 cm³ ;
Pour les enfants : 1 cm³.

Pour les vaccinations collectives, l'Institut Pasteur délivre sur demande des ampoules contenant 10 à 20 cm³ de vaccin.

3° *Vaccin mixte antidiphtérique, antityphoïdique et antiparatyphoïdique A et B.* — C'est un mélange à parties égales d'anatoxine diphtérique titrant 20 unités au cm³ et d'une suspension dans l'eau physiologique à 8 p. 1000 renfermant 1 milliard 800 millions de bacilles typhiques, 1 milliard 200 millions de bacilles paratyphiques A et 1 milliard 200 millions de bacilles paratyphiques B au cm³, stérilisée pendant une heure à 56°.

Il est contenu dans des ampoules de 2 cm³ et livré en boîte de 3 ampoules ; chaque boîte porte un numéro correspondant à la série de préparation et une date indiquant la limite extrême d'utilisation du vaccin.

Doses :

Première injection : 2 cm³ ;
Deuxième injection : 2 cm³ ;
Troisième injection : 2 cm³.

Les injections vaccinales seront faites avec un intervalle de trois semaines. Si, pour une raison quelconque, la série d'injections a été interrompue, on peut la reprendre, dans un délai limite de trois mois, au point où on l'a laissée. Au delà de trois mois, il est préférable de la recommencer.

Ces doses, qui concernent l'adulte, seront réduites, chez l'enfant, selon l'âge.

4° *Vaccin mixte antidiphtérique, antitétanique et antityphoparatyphique.* — Mlle G. Dreyfus-Sée, dans son rapport (*Médecine scolaire*, 1er février 1936) dont la Société des Médecins inspecteurs scolaires a adopté les conclusions, fait observer que, jusqu'à fabrication des dosages spéciaux, il est bon de faire le mélange extemporanément et elle préconise les quantités suivantes, qu'elle a employées chez nombre d'enfants sans incidents (1) :

T. A. B.	1re injection	2e injection	3e injection
De 18 m. à 3 ans..	2/10 cc.	4/10 cc.	1/2 cc.
De 3 ans à 7 ans....	1/4 cc.	1/ 2 cc.	1/2 à 3/4 cc.
De 7 ans à 15 ans....	1/4 cc.	3/ 4 cc.	3/4 à 1 cc.

Ces doses de vaccin T.A.B. sont simplement ajoutées au mélange d'anatoxines-antitoxines pratiqué comme nous l'avons indiqué précédemment, et les injections sont effectuées au rythme habituel avec intervalle de trois semaines.

La vaccination anti-typhoïdique est ainsi obtenue à l'aide de trois injections avec des doses relativement faibles per-

(1) Numéro pédiatrique du *Bulletin général de Thérapeutique* (Vaccinations et immunisations préventives), publié sous la direction de R. Clément et G. Dreyfus-Sée, n° 5, et *Bulletin trimestriel de l'Association internationale de pédiatrie préventive*, 1935, n° 8. Vaccination antidiphtérique et vaccinations associées, par G. Dreyfus-Sée.

mettant de réaliser une immunisation solide avec un minimum de réaction.

Les réactions observées sont identiques à celles que donne au même âge la vaccination anti-typhoparatyphoïdique isolée : réactions locales et générales plus ou moins intenses suivant l'âge.

Ces incidents peuvent être atténués en pratiquant la vaccination dans de bonnes conditions.

Réactions. — Le lendemain ou le surlendemain de la première ou de la seconde injection, peuvent survenir des réactions *locales :* œdème, rougeur, ou *générales :* malaise, fièvre, qui ne durent jamais plus de quarante-huit heures et qui nécessitent le repos au lit.

Immunité. — Elle n'atteint toute son intensité que *trois semaines, au plus tôt, après la dernière injection.* Si donc, avant cette date, apparaissait quelque signe de tétanos, de diphtérie ou de dothiénentérie, il faudrait recourir sans tarder soit à la sérothérapie spécifique, soit aux traitements habituels. Même conduite si le patient n'a reçu qu'une injection. Rien n'empêche, du reste, si l'une de ces affections se développait chez un vacciné, d'instituer sans délai les thérapeutiques classiques.

Résultats. — Quoique encore peu nombreux, ils sont d'ores et déjà des plus intéressants.

M. J. Cathala, recourant systématiquement, chez des enfants sains, aux vaccinations associées, anatoxine diphtérique, vaccin T A B, constate, au prix d'une brève réaction fébrile à 38°5-39°, un renforcement de l'immunité antidiphtérique permettant peut-être de surmonter les résistances à l'immunisation antidiphtérique, et aussi une immunité antityphique dont on peut escompter le bénéfice jusque vers la dixième année. M. Giraud a fait part à la Société de Médecine de Marseille (mars et avril 1934) des bons résultats que lui a donnés la méthode des vaccinations associées, qui est couramment pratiquée en divers points de la France et qui a été effectuée systématiquement chez 3.000 enfants, en Amérique, par M. Anson B. Ingel. Il faut reconnaître d'ailleurs, que certains auteurs (Doche, d'Arcachon) posent la question préalable : les « défaillances de la vaccination antidiphtérique doivent, affirme-t-il, nous rendre très prudents pour la généralisation systématique et la vaccination antitétanique ».

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1935-1936

DOCTORAT D'ETAT. — 48. ALBECQ. — La néphrectomie pour hypernéphrome chez l'adulte.

27. ALGLAVE. — Le traitement chirurgical de l'ozène.

55. BAR. — Contribution à l'étude médico-légale de la mort par hémorragie traumatique.

43. BATTEUR. — Contribution à l'étude des modifications provoquées par l'injection de sérum glycosé hypertonique.

44. BEDRINE. — Les hémorragies et apoplexies utéro-placentaires.

3. BENOIT. — Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de la rate saine.

18. BISIAUX (Pierre). — La réflexothérapie en oto-rhino-laryngologie (Travail de la Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté à l'hôpital de la Charité).

9. BISIAUX (Mme), née Aufort. — Les raisons anatomiques des complications orbito-oculaires d'origine naso-sinusienne.

10. BOULANT. — Complications nerveuses de la colibacillose.

20. BROUTIN. — Contribution à l'étude du traitement de l'incontinence essentielle d'urine.

56. CANDRELIEZ. — La prise au tibia des greffons osseux.

1. CAUËT. — A propos de six cas de fistules ombilicales congénitales.

49. CHRISTIAENS. — Le lobe moyen du poumon droit.

33. COLPAERT. — La laminectomie dans le pied creux essentiel de l'adolescent.

8. DANCOURT. — Le Centre d'examens médico-psychologiques de Lille. Contribution à l'étude de la délinquance infantile, des tribunaux d'enfants et des Centres d'examens médico-psychologiques et d'orientation professionnelle.

59. DAUCHY. — Région obturatrice.

24. DIRAND. — Contribution à l'étude et au traitement des kystes dentifères.

14. DUCLOUX. — Phrénicectomie et phréno-alcoolisation.

21. DUFLOT. — A propos d'une fistule ombilicale d'origine appendiculaire.

54. DUMONT. — L'aorte de l'hérédo-syphilitique.

17. DUMORTIER. — La maladie kystique congénitale du poumon.

16. DUQUÉNOY. — Les hémopathies agranulocytaires de l'enfance.

51. DUTILLEUL. — Contribution à l'étude de la péritonite tuberculeuse de l'adolescent à symptomatologie aiguë simulant l'appendicite.

31. FORGE. — La broncho-aspiration d'urgence.

26. FRÉALLE. — Les fistules cholécysto-coliques consécutives à la lithiase.

45. GOSSELIN. — La puériculture à l'Etablissement dépositaire de l'Assistance publique du département du Nord.

29. GRODÉE. — Une malformation congénitale de l'intestin, *situs inversus partialis abdominis.*

52. HÉMEZ. — La papavérine dans le traitement des spasmes de l'œsophage.

46. ISABEL. — Etude clinique des diverticules duodénaux.

42. LAMBRECHT. — Les paralysies temporaires diaphragmatiques provoquées au cours des tuberculoses pulmonaires. Essais de novocaïnisation du phrénique.

13. LECLERCQ. — La désensibilisation anaphylactique.

15. LEGHIÉ. — Contribution à l'étude des hématomes sous-duraux chroniques.

22. LEMAIRE. — Les formes cliniques des méningococcies prolongées.

30. LENNE. — Les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ovarite sclérokystique. Statistiques portant sur 235 interventions.

5. LEPERRE. — Azotémie, chlorémie, protidémie dans l'hypertension artérielle ; pression onkstique du sérum des hypertendus.

2. LETOURMY. — Les difficultés du radio-diagnostic entre le cancer prépylorique et les déformations de la région prépylorique d'origine vésiculaire.

35. LE TREUST. — Contribution à l'étude de l'inversion thermique.

7. MALATRAY. — La chirurgie du cancer du poumon, bases anatomo-cliniques, expérimentales et chirurgie opératoire.

57. MALICE. — Rœntgenthérapie des furoncles et anthrax de la face.

12. MERLIN. — Quelques propriétés physiques du sang des hypertendus.

58. MERLIN (Mlle). — A propos d'un cas d'hépatite hydropigène.

39. MEYNADIER. — Le traitement des épilepsies par l'acétylcholine.

41. MINET. — Les fistules congénitales de la région latérale du cou. Etude anatomo-clinique et traitement.

50. MONIER. — Rapport entre l'indoxylurie et l'albumine

au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or.

53. PATOIR. — Le rôle de la chirurgie dans le traitement de l'infection puerpérale.

25. PAUMIER. — Examen radiologique sans préparation dans les occlusions intestinales.

11. PENNEQUIN. — Aspect actuel de l'hérédo-syphilis ; conséquences thérapeutiques et prophylactiques.

34. PETY. — Ostéoporose post-traumatique.

47. PORTEAU. — Pourquoi y a-t-il encore des infections puerpérales mortelles ?

6. QUESNOY. — Les glucides du plasma des hypertendus.

40. RABELLE. — Le sarcome de l'appendice iléo-cœcal.

28. RABINOVICI. — De l'épisiotomie.

37. RENAUX. — Contribution à l'étude du traitement de l'incontinence d'urine d'origine urétrale chez la femme.

32. ROOSC. — De l'intrication habituelle en clinique des différentes pneumopathies infectieuses aiguës.

23. SALVET. — Contribution à l'étude des pneumatocèles intra-craniennes.

19. TRULLEMANS. — Contribution à l'étude de l'ostéoporose circonscrite du crâne.

36. VIENNE. — Perforations spontanées de la plèvre pariétale au cours du pneumothorax.

WINTREBERT. — Contribution à l'étude du diagnostic des syndromes de la queue de cheval.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 38. HERGBERG. — Les gros fœtus.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS[1]

B. A la ménopause. — Les métrorragies survenant vers 40-50 ans doivent faire penser avant tout au *fibrome*. Le diagnostic en est facile lorsque l'utérus est gros, dur, irrégulier. Mais il faut en redouter la transformation maligne et on doit proposer le traitement chirurgical de ces fibromes qui saignent au moment de la ménopause (Lecène).

Le diagnostic est beaucoup plus difficile lorsque l'examen clinique est complètement négatif ; il faut envisager en dehors d'une cause d'ordre général :

— *Un polype fibreux* à évolution cavitaire ;
— *Une endométrite banale ;*
— *Un simple trouble fonctionnel* d'origine ovarienne (Forgue et Massabuau).

L'exploration endo-utérine est seule capable, dans ces trois éventualités, d'assurer la cause des métrorragies et d'éliminer le cancer.

C. Avant la ménopause. — C'est la condition de diagnostic qui se rencontre le moins souvent étant donnée la rareté du cancer du corps à cet âge. Il faut cependant en connaître la possibilité et y songer lorsque toutes les autres causes de métrorragies auront été éliminées.

Il en est qu'il est facile de reconnaître par l'examen clinique et l'anamnèse :

— *Fibrome typique.*
— *Rétention placentaire.*
— *Chorio-épithéliome* où quelques mois après une grossesse apparaissent des hémorragies, des signes infectieux avec un état général rapidement grave ; l'utérus est augmenté de volume, de consistance irrégulière et par le col ramolli et souvent entr'ouvert on peut sentir parfois une tumeur molle, bourgeonnante et saignante. Le diagnostic est facilité par les réactions biologiques (Hinglais).

— *Sarcome utérin.* Il pose un diagnostic plus difficile, non pas dans le cas de sarcome du corps avec sa grosse tumeur, mais dans le sarcome de la muqueuse, où le tableau clinique est identique, et qui ne peut être différencié que par l'histologie.

Ce n'est que dans les cas où l'examen sera négatif que l'on pourra envisager le cancer du corps et le diagnostic se posera avec :

— *Un myome sous-muqueux ;*
— *Un polype du fond*, en voie de sphacèle ;
— *Une endométrite hémorragique.*

L'exploration endo-utérine et l'épreuve thérapeutique donneront ici encore la clé du diagnostic.

Enfin, seul le curettage explorateur est capable de faire la preuve d'un *cancer endo-cervical* dont le traitement sera bien différent.

TRAITEMENT

I. Les méthodes. — Le cancer du corps étant dans la règle un *épithélioma cylindrique radio-résistant*, le seul traitement curatif à envisager est *chirurgical, l'hystérectomie.*

La curiethérapie ne doit être employée à titre palliatif que lorsque l'hystérectomie est impossible ou contre-indiquée.

II. Hystérectomie dans le cancer du corps. — *L'hystérectomie totale* est seule logique et on doit donner la préférence à l'hystérectomie *abdominale.* Il n'est pas classique de pratiquer l'hystérectomie élargie, mais cependant Wertheim indique 50 % de récidives après l'hystérectomie simple, contre 12 seulement après l'hystérectomie élargie (Sénèque). Il est nécessaire de prendre des précautions au cours de l'opération pour éviter la rupture de l'utérus et les risques de dissémination : opérer avec douceur, éviter les tractions, ne pas saisir l'utérus avec des pinces de Museux.

L'hystérectomie vaginale reste une très bonne opération et trouve une de ses indications principales dans le cancer du corps chez les femmes obèses, celles qui sont trop âgées ou à état général déficient. Il est nécessaire de la pratiquer sans ouvrir l'utérus et mieux encore de suturer une collerette vaginale au-devant du col pour enlever l'organe en vase clos. Si l'utérus est volumineux ou le vagin atrésié, on sera aidé par un débridement latéral du vagin et du périnée à la Schauta (Mocquot).

III. Les contre-indications. — Etant donnée la lenteur d'évolution du cancer du corps, les contre-indications opératoires sont exceptionnelles et, en dehors des causes générales, ce seront :

— L'induration des culs-de-sac latéraux ;
— Les adhérences à la vessie et au rectum ;
— Les greffes péritonéales.

Dans l'ensemble, 95 % des cas sont opérables.

IV. Résultats. — Les résultats obtenus sont incontestablement meilleurs que ceux que l'on obtient par les opérations les plus larges dans le cancer du col.

1. *Mortalité opératoire.*

Elle n'est pas négligeable, atteignant 8 à 16 % et c'est un risque qui doit entrer en ligne de compte avant de proposer l'hystérectomie systématique pour les métrorragies après la ménopause.

2. *Résultats éloignés.*

Sur 448 cas, le chiffre moyen de guérison au delà de cinq ans est de 41 % (Stoeckel).

D'autres statistiques moins importantes atteignent et dépassent 60 %.

J.-N. COURVOISIER.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 68, p. 1196 et n° 70, p. 1228.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION 17, RUE CASSETTE.

N° 73, 12 SEPTEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de la médaille d'or. — *Médecine*. — Le concours s'ouvrira le lundi 18 janvier 1937 à 9 heures à la Salle des Concours, 49, rue des Saints-Pères.

Chirurgie et accouchements. — Le concours s'ouvrira le jeudi 21 janvier 1937 à 9 heures à la Salle des Concours, 49, rue des Saints-Pères.

Inscriptions (pour les 2 concours) au bureau du service de santé de l'administration, tous les jours de 14 à 17 heures, du 3 au 14 novembre inclusivement.

Remise du mémoire (pour chacun des concours) au plus tard le samedi 14 novembre 1936 à 17 heures, dernier délai.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — Après concours, MM. Hy et Le Rochais ont été nommés médecins adjoints à l'Hôtel-Dieu.

Valence-sur-Rhone. — Le lundi 12 octobre 1936 s'ouvrira à l'École de médecine de Grenoble un concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint et d'un chirurgien suppléant aux hospices civils de Valence.

Le registre d'inscription sera ouvert le 21 septembre et clos le 5 octobre 1936, au secrétariat général de Valence qui fournit tous les renseignements.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination du Dr Saric, comme chef de clinique titulaire, et du Dr Lévy, comme chef de clinique adjoint.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Après concours, M. Henri Normant, agrégé de l'Université, a été nommé professeur suppléant des chaires de physique et chimie.

Tours. — Un concours s'ouvrira le 18 janvier 1937, devant la Faculté de Médecine de Paris, pour la nomination d'un professeur suppléant de Physiologie à l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Tours.

Les candidats devront s'inscrire au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Paris.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE DE BORDEAUX. — M. le médecin en chef de 2e classe Ferret a été nommé sous-directeur de l'Ecole.

GUERRE. — Le médecin général Gay-Bonnet, sous-directeur du S. S. de la région de Paris, est nommé inspecteur permanent du matériel et des établissements du S. S. militaire.

MARINE. — Sont promus : *Au grade de médecin en chef de 2e classe*, M. Guichard.

Au grade de médecin principal, M. Fazeuilles.

Au grade de médecin de 1re classe, M. Rideau.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), par suite du départ de Mlle le docteur Derombies.

PROTECTORAT FRANÇAIS DE LA RÉGENCE DE TUNIS. — Un concours sur titres est ouvert à la Direction de l'intérieur pour la nomination d'un médecin ophtamologiste à Gabès (Tunisie).

Les candidats doivent être :

1° Français ou Tunisiens ;

2° Agés de moins de 45 ans à la date du concours ;

3° Pourvus du diplôme de docteur en médecine d'Etat français ;

4° Avoir satisfait aux obligations militaires ;

5° Etre pourvus d'un certificat d'aptitude physique délivré par deux médecins assermentés.

Les candidats devront justifier d'une préparation suffisante de leur spécialité par des travaux scientifiques, des stages ou des services antérieurs.

Ils seront tenus d'accomplir une année de stage rémunéré. A l'expiration de ce stage, ils pourront être engagés par contrat pour une période de dix années renouvelable.

Ils recevront une indemnité annuelle de 50.000 francs. A défaut de logement en nature, il percevront une indemnité dite de logement, dont le montant ne pourra excéder 6.000 francs par an.

Il est interdit aux médecins ophtalmologistes de l'Assistance médicale gratuite de faire de la clientèle à titre onéreux.

Les dossiers devront être déposés à la Direction de l'Intérieur (Service de la Santé), à Tunis, avant le 15 novembre 1936, dernier délai.

La date d'entrée en fonctions est fixée au 1er janvier 1937.

Nota. — La Direction de l'Intérieur se réserve le droit de recruter deux médecins ophtamologistes en plus du poste mis en concours.

COURS DE PHONOLOGIE PRATIQUE ET D'EUPHONIE, par le Docteur Wicart. — Ce cours est destiné aux médecins et laryngologues désireux de se spécialiser ou de se documenter en phonologie et dans la fonction professorale ou oratoire, aux maîtres de chant ou de diction, à tous les candidats à l'enseignement vocal, aux orateurs, chanteurs et déclamateurs soucieux de baser sur une technique rationnelle leur art, que celui-ci se déploie publiquement ou devant le micro du phonographe, de la T. S. F. ou du cinéma.

Il est avant tout utilitaire, parce que toujours animé par des exercices pratiques, des démonstrations et des discussions techniques ; il traite de l'*anatomie*, de la *physiologie* et de la *pathologie* vocales et respiratoires, de l'étude de la *phonation*, de l'*articulation* et des *émissions* normales ou déformées, dans la parole et dans le chant, contrôlées par les *examens auditif et visuel*, du *classement* vocal et professionnel, du secret de la « *phonogénie microphonique* » avec ses applications au phonographe, à la radiodiffusion et au cinéma, et de ses rapports avec les arts vocaux et leur enseignement, des moyens de développer la *véritable* voix et *de la garder* intacte à travers les maladies ou les fatigues, etc.

Le cours, complet en dix leçons, aura lieu du 21 septembre au 2 octobre 1936, chaque soir à 18 heures, sauf le samedi et le dimanche.

Le prix global pour dix leçons est de *deux cents* francs.

Le prix par leçon est de *trente* francs.

Les membres d'Euphonia (cotisation annuelle 20 francs) ont droit à une réduction de 50 % sur ces prix.

Pour les inscriptions et pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Wicart, 92, avenue de Wagram, Paris (XVIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort, à l'âge de 70 ans, de Lord Berkeley Moynihan (de Leeds) associé étranger de l'Académie de médecine de Paris, et du Dr Stephani, ancien interne des hôpitaux de Lyon, décédé à Nice.

Premier Congrès international des sanatoria et des établissements de cure privés. — La Fédération Intersyndicale des Maisons de Santé de France signale que ce congrès aura lieu à Budapest du 16 au 21 septembre. Elle fait remarquer combien il serait regrettable que la médecine française, et particulièrement les sanatoria et maisons de santé français, ne soient pas représentés à ce congrès de façon satisfaisante, alors que d'autres pays tels que l'Allemagne, l'Autriche et l'Italie ont annoncé déjà la participation, pour chacun d'eux, d'environ 300 congressistes.

Le congrès a pour but la discussion internationale des questions scientifiques, mais surtout des questions d'ordre économique qui intéressent les sanatoria et établissements de cure privés à une époque où les conditions d'exploitation sont en voie de modification dans le monde entier.

On y étudiera la raison d'être des établissements privés, la propagande à mener en leur faveur, les rapports avec l'Etat et les autorités, l'organisation intérieure, les difficultés apportées par les questions de change et d'exportation des devises, les différentes méthodes de traitement, les relations entre les maisons de cure et les stations climatiques et hydrominérales.

Le comité d'organisation a chargé l'agence de voyages officielle des Chemins de fer de l'Etat hongrois (IBUSZ) de l'organisation du voyage et du séjour des congressistes. Pour la France, cette organisation peut être faite par le Globe Trotter, 3, rue Auber, à Paris, qui a établi des prix forfaitaires.

Des renseignements peuvent être, en outre, obtenus auprès du Dr Bussard, secrétaire de la Fédération des Maisons de santé, 8, avenue du 11-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise).


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

REVUE GENERALE

LES PARAPLÉGIES POTTIQUES

Par M. Pierre LANCE.

La connaissance des paraplégies pottiques est déjà fort ancienne, et cependant cette affection conserve un intérêt d'actualité. Lorsqu'il y a dix ans paraissait l'ouvrage fondamental de Mme Sorrel-Déjerine, on pouvait considérer comme franchie une étape définitive aussi bien dans la connaissance des causes anatomiques de la paraplégie que dans celle de ses différents modes évolutifs.

Et pourtant, de multiples travaux viennent attester l'intérêt que conserve toujours cette lésion.

Au point de vue anatomo-pathologique ce sont (nous ne citons que les plus importants), le mémoire de M. et Mme Sorrel, basé sur l'étude d'une nouvelle série de 38 paraplégies avec 14 autopsies (1933), les observations rapportées dans la thèse de Hubert (1932), enfin les études toutes récentes de Bonola et de Butler (1935).

Le traitement est également l'objet de nombreuses recherches ; outre les discussions de l'Académie de chirurgie (1929-1934), Fraser, Calve, Girdlestone, Seddon, Leriche, Le Fort, Radulescu, etc..., lui ont consacré d'importants articles.

Etiologie. — La fréquence des paraplégies au cours de l'évolution du mal de Pott est en rapport avec un certain nombre de facteurs (âge, sexe), mais dont le plus important est le siège de la lésion rachidienne. D'une manière globale, la paraplégie vient compliquer l'évolution du mal de Pott dans 8 à 10 % des cas : Butler et Seddon ont observé 92 paraplégies sur 801 maux de Pott (soit 11,4 %) ; Sorrel 40 cas sur 500 (soit 8 %), Bonola 72 paraplégies pour 761 maux de Pott (9,4 %).

L'importance *du siège est considérable ;* Butler donne les chiffres suivants, qui portent sur un ensemble de 186 paraplégies :

Pott cervical, 16 cas ;
Pott thoracique, 157 cas, soit 84,4 % ;
Pott thoraco-lombaire, 12 cas ;
Pott lombaire, 1 cas.

Ces chiffres sont très voisins de ceux donnés par Mme Sorrel-Déjerine où le pourcentage de la localisation dorsale atteint 76,2 %, ou de Valtancoli (Institut Rizzoli), avec 76 % ; seul Bonola apporte une statistique un peu différente avec :

Pott dorsal, 49 % ;
Pott dorso-lombaire, 17 % ;
Pott lombaire, 19 %.

D'après l'âge, la paraplégie serait plus fréquente chez l'enfant (64 %) que chez l'adulte (36 %) (Sorrel-Butler) ; Bonola donne la proportion inverse avec 66 % d'adultes, mais il semble que la question de recrutement hospitalier intervienne pour modifier sensiblement ces pourcentages.

***

Anatomie pathologique. — L'étude des lésions rachidiennes habituellement rencontrées à l'autopsie des paraplégies pottiques n'est pas d'un intérêt purement spéculatif ; elle constitue la base la plus solide sur laquelle les auteurs se sont appuyés pour conduire d'une façon rationnelle la thérapeutique de cette complication. La paraplégie revêtant presque toujours l'aspect clinique d'une paraplégie par compression, on attribua tour à tour cette dernière, soit à une compression osseuse, soit à un abcès intra-rachidien, parfois à une pachyméningite. Nous envisagerons successivement ces trois facteurs ; disons tout de suite qu'il est extrêmement difficile de déterminer le pourcentage exact avec lequel chacun de ces facteurs est en cause ; comme nous aurons l'occasion de le signaler, deux d'entre eux peuvent coexister (abcès et séquestre osseux par exemple), ou se succéder (abcès et pachyméningite).

I. La compression osseuse. — C'est à Percival Pott que revient le mérite d'avoir montré, en 1783, les rapports qui liaient la paraplégie et la carie vertébrale ; et très rapidement une série de travaux mettaient en avant une première théorie : le rôle de la compression osseuse. La paraplégie était due à une inflexion de la moelle produite par la gibbosité (Olivier d'Angers 1827) ou encore à un véritable cisaillement de la moelle sur le coin osseux déterminé par l'effondrement du rachis (théorie de la vive arête). Plus tard, Ménard, par une série de mensurations anatomiques, s'efforce de montrer l'inanité de ces conceptions théoriques ; quelle que soit l'angulation rachidienne la persistance des pédicules vertébraux paraît s'opposer à toute diminution du diamètre antéro-postérieur du canal rachidien de sorte que « la moelle reste au large dans le canal osseux ».

Pendant quelque trente ans on considéra donc la compression osseuse comme exceptionnelle ; Mme Sorrel-Déjerine, dans son mémoire de 1926, n'en rapporte d'ailleurs qu'un cas.

Mais depuis quelques années les constatations anatomiques ou opératoires tendent à montrer que la compression osseuse ne doit pas être tenue pour entièrement négligeable : elle a été constatée 9 fois sur 14 pièces anatomiques par M. et Mme Sorrel ; et Lefort au cours de 14 laminectomies l'aurait rencontrée 8 fois.

Elle peut se trouver réalisée de différentes manières. Mettons à part une compression brusque de la moelle ou du bulbe ; ces faits appartiennent presque uniquement au mal de Pott sous-occipital et leur mécanisme a été élucidé depuis longtemps ; nous n'y insisterons pas.

En pratique la compression osseuse revêt deux aspects :

1) *Compression par séquestre (M. et Mme Sorrel).* — Un ou plusieurs fragments détachés du corps vertébral détruit sont repoussés fortement en arrière, énucléés par la pression des vertèbres sus-jacentes et

viennent comprimer la partie antérieure de la moelle; tantôt ces séquestres libres sont noyés dans le magma caséeux d'un abcès encore en activité, tantôt ils sont inclus dans les tissus cicatriciels d'un abcès éteint. Quoi qu'il en soit, ils constituent un agent de compression permanent et en règle définitif.

On a signalé (comme une éventualité d'ailleurs fort rare), l'énucléation massive d'un corps vertébral complètement caséifié qui peut venir comprimer soudainement la moelle (Girdlestone, Butler).

2) *Compression par éperon osseux.* — Cet éperon peut être anté-médullaire et formé par la fusion de plusieurs corps vertébraux partiellement détruits, énucléés en arrière ; ils forment ainsi une arête plus ou moins saillante sur laquelle la moelle finit à la longue par s'amenuiser.

Mais il semble assez fréquent d'observer une *compression postérieure* et l'on ne peut que souligner l'intérêt thérapeutique d'une telle notion. Ce sont les arcs postérieurs intriqués les uns aux autres qui constituent l'agent de compression. La moelle décalée rejetée de côté ou en arrière par des fongosités pré-médullaires vient se plaquer contre ceux-ci, d'autant plus que parfois le canal rachidien irrégulier, en zig-zag, présente un diamètre sensiblement réduit (Lefort). Notons d'ailleurs que la compression ne s'exerce pas tant, comme on pourrait le croire, au sommet de la gibbosité ; c'est à la jonction de la gibbosité et de la lordose compensatrice qu'elle exerce parfois son maximum d'action ; et lorsqu'on intervient il est nécessaire de faire sauter les lames situées à la limite de la gibbosité (cas de Fontaine et Lewitt, de Girdlestone), pour voir cesser la compression.

Cette forme de compression osseuse ne se verrait que dans les maux de Pott s'accompagnant d'une gibbosité importante.

Il semble donc qu'il faille réhabiliter quelque peu, en la modifiant, la vieille théorie de Pott et d'Olivier ; il est bon toutefois de remarquer qu'il est fort difficile d'apprécier le pourcentage exact de sa fréquence ; et si les constatations faites post-mortem la révèlent assez souvent, c'est qu'elle entraîne habituellement des paraplégies définitives, parfois au-dessus des ressources de toute thérapeutique.

II. L'abcès intra-rachidien. — Lannelongue, reprenant l'opinion émise un quart de siècle auparavant par Bouvier, affirme dès 1885 que les paraplégies pottiques relèvent toujours d'une compression médullaire par abcès intra-rachidien ; il existe une communication entre le foyer purulent vertébral et le canal rachidien ; et l'on conçoit aisément que la tension du liquide contenu dans la poche intra-rachidienne refoule en arrière « la paroi postérieure de l'abcès, laquelle n'est autre que la dure-mère plus ou moins transformée ». Mais c'est surtout Ménard qui précisa par ses recherches anatomiques ou ses constatations opératoires le rôle primordial de l'abcès intra-rachidien, sa fréquence, son siège, son mode d'action.

1) *Siège.* — Avec Mme Sorrel-Déjerine, on admet que l'abcès peut affecter deux types :

L'abcès sus-ligamentaire ;

L'abcès sous-ligamentaire.

a) *L'abcès sus-ligamentaire* répond à la disposition classique décrite par Ménard ; il se développe entre la face postérieure des corps vertébraux et le ligament vertébral postérieur, « c'est un véritable décollement rétro-vertébral ». Par suite de l'adhérence du ligament vertébral postérieur à la face interne des pédicules le décollement ne peut fuser latéralement ; l'abcès sus-ligamentaire reste toujours anté-médullaire, limité à la face postérieure des corps vertébraux.

Il peut être très étendu en hauteur car les adhérences du ligament vertébral aux corps vertébraux n'offrent qu'une faible barrière à la progression du décollement.

b) *Abcès sous-ligamentaire.* — La forme précédente d'abcès intra-rachidien présuppose l'intégrité anatomique du grand ligament vertébral postérieur ; si au contraire ce dernier est ulcéré, l'abcès peut devenir sous-ligamentaire, épidural ; « les fongosités entourent directement la dure-mère, et rien ne s'oppose à ce qu'elles atteignent les faces latérales ou même postérieures du sac dural » (Mme Sorrel-Déjerine) ; c'est en glissant le long de la dure-mère que l'abcès devient latéro ou rétro-médullaire. Il n'est pas besoin de souligner l'intérêt thérapeutique de cette notion.

Cependant on a décrit, et Leriche et Fontaine, Bonola en ont apporté deux cas indiscutables, des abcès rétro-médullaires d'emblée avec intégrité du ligament vertébral postérieur ; il semble que dans ces formes, d'ailleurs fort rares, l'abcès froid prévertébral ait fusé, par les trous de conjugaisons, directement en arrière de la moelle.

Dans les formes habituelles la communication entre l'abcès intra-rachidien et l'abcès extra-rachidien (qui coexiste toujours) est antérieure ; elle se fait d'ailleurs fort largement grâce aux déhiscences qui séparent les divers fragments des corps vertébraux détruits.

2) *Aspect morphologique.* — Si l'on se rappelle l'évolution cyclique de tout abcès froid pottique, on conçoit que l'aspect de l'abcès intra-rachidien varie suivant le stade évolutif auquel il est parvenu. En cas d'abcès jeune les limites sont nettes, les parois tendues compriment fortement la dure-mère sans lui adhérer. Ailleurs (et c'est l'éventualité la plus fréquente) on se trouve en présence d'un abcès plus ancien, bourré de fongosités ; sa paroi intimement appliquée contre la dure-mère, pourrait faire croire (à un examen sommaire) qu'il existe une pachyméningite ; mais, comme y insiste Mme Sorrel-Déjerine, on trouve presque toujours un plan de clivage entre la paroi de l'abcès et la dure-mère restée saine au-dessous.

III. La pachyméningite. — Tandis que Lannelongue, puis Ménard mettaient en valeur le rôle de l'abcès intra-rachidien, Charcot et Michaud cherchaient dans l'altération dure-mérienne la cause même de la paraplégie.

La dure-mère, au contact du foyer caséeux pottique, se met elle-même à végéter, à proliférer ; « la végétation caséo-tuberculeuse ainsi formée devient l'agent véritable de compression ».

Les constatations anatomiques ont apporté de sérieuses modifications à cette conception.

Tout d'abord, nous l'avons déjà indiqué, on a souvent confondu pachyméningite et abcès intra-rachidien ; il est en effet facile de prendre pour un épaississement de la dure-mère ce qui n'est en réalité qu'un amas caséeux extra-dural, un vieil abcès dont la paroi postérieure est intimement accolée et adhérente à cette dure-mère ; seule une dissection attentive permet d'éviter cette erreur anatomique (Ménard, Mme Sorrel).

Michaud considérait que l'altération de la dure-mère se produisait *toujours* au contact d'un abcès pré-duremérien et « c'est par une sorte de contagion que celle-ci se met à végéter ». En admettant cette éventualité on peut se demander quel est celui des deux facteurs qui intervient alors comme agent de compression. Il semble plus vraisemblable d'admettre que la pachyméningite ne joue qu'un rôle très secondaire et que la dure-mère ne comprime elle-même la moelle que parce qu'elle-même se trouve refoulée en arrière par la paroi de l'abcès.

Mais surtout les lésions de pachyméningite véritable semblent rares ; certains auteurs, dont les constatations anatomiques sont fort importantes, comme Butler et Seddon, ne les ont jamais rencontrées ; M. et Mme Sorrel n'ont trouvé que deux fois une infiltration tuberculeuse de la dure-mère sur ses deux faces. A vrai dire la dure-mère semble opposer une barrière très solide à l'envahissement tuberculeux, et les lésions que l'on peut rencontrer à son niveau sont en réalité des réactions hyperplasiques banales.

Il faut attacher au contraire une importance majeure aux lésions de l'espace épidural. Celles-ci semblent pouvoir être de deux ordres :

1) *Lésions tuberculeuses en évolution.* — C'est une notion sur laquelle ont insisté les auteurs anglais, Butler et Seddon en particulier. « Il existe un facteur constant, l'extension du tissu de granulations tuberculeuses à l'espace épidural où il vient au contact intime avec les méninges » ; ce tissu forme un anneau de granulations bacillaires autour de la moelle ; il y a parfois un foyer de ramollissement mais rarement un véritable abcès. Ce processus d'infiltration tuberculeuse détermine des troubles vasculaires suffisants pour entraîner l'apparition de la paraplégie. Son évolution suivrait l'évolution cyclique du foyer pottique. Pour Butler cette lésion est la cause la plus fréquente des paraplégies.

2) *Lésions anciennes.* — Elles représentent en général le reliquat d'un abcès ulcéro-caséeux ou la cicatrisation des lésions décrites ci-dessus. C'est un « processus d'épidurite scléreuse » (Petit-Dutaillis), formations fibreuses qui enserrent la moelle et dont la libération entraîne la réapparition des battements de la dure-mère saine mais jusque-là immobile. Lefort et d'autres l'ont rencontré plusieurs fois au cours de laminectomies.

Il apparaît donc que l'espace épidural peut être le siège de lésions évolutives ou cicatricielles capables d'intervenir dans la genèse des paraplégies et bien plus souvent, semble-t-il, que la véritable pachyméningite.

Mécanisme des lésions médullaires. — Les anciens auteurs attribuaient un rôle prépondérant au facteur mécanique ; mais un certain nombre de faits (rapidité d'installation de certaines paraplégies — absence de lésions macroscopiques de compression au niveau de la moelle constatée aux autopsies) sont venus à l'encontre de cette opinion ; et l'on a dû admettre l'intervention d'autres mécanismes : altérations vasculaires, facteur toxique, voire même tuberculisation de la moelle.

Facteurs mécaniques. — Il est des cas où son rôle est indéniable : lorsqu'un séquestre vient écraser la face antérieure de la moelle, par exemple, ou lorsque celle-ci se lamine peu à peu sur une vive arête ; ailleurs il est beaucoup plus difficile d'apprécier sa véritable importance et principalement quand il s'agit d'un abcès intra-rachidien.

Certains auteurs ont admis l'action purement mécanique de l'abcès et avancé qu'il suffisait de décomprimer celui-ci pour obtenir la guérison de la paraplégie ; et ils ont apporté, à l'appui de cette opinion, des observations où l'évacuation du pus faite, soit directement par ponction intra-rachidienne, ou après costo-transversectomie, avait amené une rétrocession rapide des accidents nerveux.

Sans envisager ici une question de technique, ou d'indication (nous les étudierons à propos du traitement), on peut opposer à ces faits quelques remarques. Communiquant largement avec la poche extra-rachidienne, l'abcès juxta-médullaire n'a aucune raison d'être sous tension. Celle-ci est d'ailleurs faible et ne dépasserait pas 17 millimètres de mercure (Lannelongue) ; or pareille pression, suffisante pour arrêter la circulation capillaire, est trop faible pour déterminer une altération purement mécanique de la moelle ; d'autre part il est des observations où les lésions médullaires siègent à distance de l'abcès anté-médullaire (Sorrel) et dans lesquelles on ne peut concevoir un autre mécanisme que celui d'altérations vasculaires.

Facteurs vasculaires. — Dès 1889 Fickler avait montré que l'agent de compression lésait vaisseaux et lymphatiques de la moelle, entraînant de ce fait une destruction étendue de la moelle par trouble circulatoire lymphatique, ischémie générale par compression des vaisseaux radiculaires.

Les faits ont confirmé le bien-fondé de cette théorie.

Habituellement c'est l'agent de compression lui-même qui détermine par sa présence un régime circulatoire déficient, cause initiale des altérations médullaires, le facteur mécanique intervenant surtout par la *durée* qu'il imprime à ces troubles vasculaires ; mais parfois seul le foyer vertébral est en cause et déclenche un état de stase vasculaire avec œdème de la moelle susceptible de rétrocéder rapidement. Pour certains auteurs (Schmaus, Butler) il faut faire la part également à un œdème toxique dû aux ptomaïnes bacillaires.

D'ailleurs Déjerine et André Thomas (1) ont mon-

(1) Déjerine et André Thomas. *Maladies de la moëlle épinière*, p. 242.

tré, il y a déjà longtemps, que dans certains cas, ni la compression de la moelle, ni les altérations vasculaires ne sont suffisantes pour expliquer les modifications survenues dans le parenchyme médullaire : « celui-ci paraît s'être enflammé pour son propre compte sans propagation de la tuberculose des os qui n'est intervenue qu'en déversant sur la moelle des agents septiques ou toxiques. Il s'agit en quelque sorte de myélite au cours d'un mal de Pott ».

De ces mécanismes il faut retenir le fait essentiel qui explique pour une grande part l'évolution de la majorité des paraplégies pottiques : sauf dans certains cas de compression osseuse, il n'y a pendant longtemps, au niveau des méninges et de la moelle, que des modifications dues à une nutrition défectueuse : lésions des artères et des lymphatiques au niveau de la compression proprement dite et au-dessous d'elle distension veineuse, épaississement des parois, parfois prolifération névroglique ; mais si la compression est particulièrement intense ou prolongée, les lésions définitives de sclérose médullaire s'installeront.

Lésions médullaires. — Il est impossible de donner une systématisation précise des lésions histologiques de la moelle car elles varient suivant les stades évolutifs auxquels on est appelé à les examiner.

Remarquons tout d'abord que les lésions de myélite tuberculeuse avec envahissement des méninges sont rares ; en règle, les altérations sont banales, d'ordre vasculaire, puis dégénératives.

Dans les paraplégies par abcès et probablement dans toutes celles où le processus vasculaire joue le rôle principal, les lésions sont minimes. « Pas de lésion inflammatoire, mais des lésions d'œdème des faisceaux médullaires avec aspect grillagé de la substance blanche ; ce n'est que très tardivement qu'apparaissent une atrophie médullaire avec sclérose ou myélomalacie suivant l'intensité du processus. » (Mme Sorrel-Déjerine.)

S'il s'agit d'une compression osseuse, il existe vite des altérations plus importantes ; la moelle amincie est réduite parfois à un simple tractus fibreux au niveau du maximum de compression ; elle présente des foyers de myélomalacie avec dilatation des vaisseaux dans la partie amollie, dégénérescence des faisceaux postérieurs et latéraux ; la myélomalacie peut s'étendre très à distance du foyer de compression.

On a rapporté enfin quelques cas où la moelle put être examinée après guérison de la paraplégie :

Chez la malade de Charcot guérie depuis deux ans de sa paraplégie « la moelle n'était pas plus grosse qu'une plume d'oie et correspondait sur la coupe au tiers environ de la surface de section d'une moelle normale... au sein des tractus fibreux très denses et très épais à la vérité, le microscope fait découvrir un assez grand nombre de tubes nerveux munis de leurs cylindraxes et de leur enveloppe de myéline, par conséquent très normalement constitués ».

La malade de M. et Mme Sorrel présentait cliniquement une restitution ad integrum lorsqu'elle fut emportée par une broncho-pneumonie ; l'examen anatomique révélait en avant du sac dural une lame fibreuse représentant le reliquat d'un ancien abcès anté-médullaire ; la dure-mère non épaissie s'en détachait facilement ; les lésions histologiques siégeaient cependant dans la partie postérieure de la moelle et contrairement à toute attente étaient importantes ; si les cornes antérieures étaient intactes ainsi que le faisceau pyramidal direct, par contre il existait « une zone étendue de dégénérescence diffuse des cordons postérieurs non systématisée et n'atteignant jamais la périphérie. Ces dégénérescences étaient liées à des troubles vasculaires, les vaisseaux étaient infiltrés par des corps granuleux et des monocytes... Au-dessus et au-dessous de cette zone de dégénérescence diffuse existait une dégénérescence ascendante et descendante classique et systématisée ».

Il semble donc qu'une guérison clinique complète puisse s'observer même lorsqu'il persiste des lésions histologiques importantes.

Au total il semble, comme l'ont bien montré sir James Purves Stewart et Georges Riddoch dans leur rapport sur les compressions médullaires (1), que dans une première étape les lésions d'origines vasculaires soient susceptibles de résolution si la compression est levée à temps ; si cependant elle persiste inchangée (ou que d'emblée elle agisse mécaniquement sur la moelle, comme dans certaines compressions osseuses) « les éléments de structure plus spécialisée et en particulier les cellules des cornes antérieures dégénèrent ; puis plus tard les gaines myéliniques des faisceaux intra-spinaux longs ; et désormais toute régénération est impossible ».

***

Etude clinique. — Nous diviserons ce chapitre en deux parties quelque peu inégales ; dans la première, nous rappellerons sommairement les aspects cliniques que peuvent revêtir les paraplégies pottiques ; dans la seconde nous envisagerons surtout leur mode évolutif en voyant dans quelle mesure un certain nombre de facteurs (date d'apparition, rapidité d'installation, aspect clinique même de la paraplégie) vont permettre de préjuger de sa cause et de son pronostic.

1° Aspects cliniques des paraplégies. — *Mode de début.* — Il est extrêmement variable et constituera, comme on le verra plus loin, un élément de pronostic.

Certaines paraplégies s'installent rapidement en quelques jours ou en quelques semaines ; parfois la brusquerie du début est telle qu'on a pu parler d'une « attaque de paraplégie ».

Ailleurs l'installation est lente, insensible, et les petits troubles accusés par le malade (dérobement des jambes, fatigabilité) peuvent rester stationnaires pendant des mois avant que l'impotence devienne plus manifeste ; dans certains cas la paraplégie met des mois ou des années pour devenir totale.

Phase d'état. — Une forme est très fréquente : la paraplégie spasmodique en extension ; des formes rares, exceptionnelles même : les paraplégies flasques, les paraplégies par compression radiculaire.

(1) Sir James Purves Stewart et Georges Riddoch. *Soc. Neurologie de Paris*, juin 1923.

1) *Paraplégie spasmodique en extension.* — La marche est plus ou moins entravée par la contracture qu'exagère l'effort ; plus marquée à l'extrémité distale du membre, elle reste discrète au niveau de l'abdomen ; parfois cependant la contracture gagne la paroi abdominale et la masse sacro-lombaire (forme hyper-spasmodique en extension).

Les troubles sensitifs consistent en troubles subjectifs : douleurs radiculaires, douleurs cordonales (sous-jacentes à la compression) ; douleurs dites sympathiques sus-jacentes à la compression (Barre et Schraff).

Objectivement on constate des troubles habituellement discrets portant sur la sensibilité tactile et douloureuse à limite supérieure nette (Mme Sorrel Dejerine) ou variable (Foix).

Les réflexes tendineux sont exagérés ; il y a un clonus du pied, de la rotule, un signe de Babinski en extension.

Les troubles sphinctériens, quand ils existent, restent discrets : mictions impérieuses ou lentes, constipation opiniâtre.

Enfin, Mme Sorrel-Déjerine a montré l'intérêt de rechercher les troubles sympathiques et le réflexe pilomoteur en particulier ; « quand au cours d'une paraplégie avec discordance apparente entre les troubles sensitifs et les troubles sympathiques, on hésite devant l'étiologie, cette discordance est plutôt en faveur d'une paraplégie pottique ». Les lésions sympathiques semblent être en rapport, soit avec une irritation des filets sympathiques ou des ganglions des chaînes latéro-vertébrales que l'abcès extra-rachidien englobe ou distend, soit même avec une tuberculisation directe des ganglions (André Thomas).

Une telle paraplégie évolue en général vers la guérison, parfois cependant elle peut se modifier et réaliser une forme spasmodique en flexion, ou même une paraplégie flasque.

2) *Paraplégie en flexion.* — Elle présente deux variétés :

Paraplégie flasque avec signes pyramidaux d'hyperréflectivité (forme cutanéo-réflexe de Babinski) ;

Paraplégie flasque totale avec hypotonicité musculaire complète, abolition ou diminution des réflexes tendineux.

C'est à ces formes qu'appartiennent les troubles sphinctériens graves, les escarres.

3) *Paraplégie par compression radiculaire.* — Elle est rare ; sa fréquence serait de l'ordre de 5 à 8 % (Bonola). Au niveau de la région lombo-sacrée elle réalise un syndrome de compression de la queue de cheval en général très incomplet (Péron). Au niveau de la région cervico-dorsale on peut observer deux aspects : tantôt la compression s'exerce à la fois sur la moelle et sur les racines il y a quadriplégie avec une symptomatologie de type radiculaire au membre supérieur et médullaire aux membres inférieurs ; tantôt la compression s'exerce uniquement sur les racines ou les troncs radiculaires du plexus brachial ; les lésions dues à un abcès extra-rachidien ou à une compression au niveau des trous de conjugaisons revêtent une symptomatologie très atypique (monoplégie).

2° ASPECTS ÉVOLUTIFS DES PARAPLÉGIES POTTIQUES. — Si l'on met à part quelques formes très atypiques (paraplégies récidivantes en particulier), il est devenu classique de décrire avec Mme Sorrel-Déjerine trois formes évolutives :

La paraplégie transitoire ;

La paraplégie dite curable dont l'évolution cyclique est parallèle à celle du foyer vertébral ;

La paraplégie tardive habituellement définitive.

1° *Paraplégie transitoire.* — Son apparition est précoce, contemporaine souvent des premiers signes cliniques du mal de Pott ; installée rapidement parfois brusquement, ses manifestations cliniques sont d'intensité variable (souvent elle est au début flasque avec quelques signes de spasmodicité), mais surtout l'évolution se fait en quatre à six mois vers une guérison complète sans aucune séquelle.

Si l'on remarque que bon nombre de ces paraplégies sont très améliorées dès que le malade est immobilisé d'une manière rigoureuse (Mme Sorrel, Butler) il est vraisemblable d'admettre qu'elles sont en rapport avec un œdème d'origine vasculaire qu'entraîne le foyer vertébral en pleine poussée évolutive ; la mise au repos du foyer amène la régression des lésions.

2° *Paraplégie curable en dix-huit mois à deux ans.* — C'est la forme classique dont l'évolution est calquée sur celle de l'abcès froid qui en serait la cause la plus habituelle (Ménard). Son début est précoce, dans les six premiers mois de l'évolution clinique du foyer vertébral ; installée en quelques jours ou semaines, la paraplégie est franche, totale ; elle reste complète pendant un laps de temps de six à huit mois environ, au bout duquel apparaissent quelques mouvements volontaires de flexion au niveau des orteils ; un nouveau délai de 8 à 10 mois est nécessaire avant un rétablissement complet de la force musculaire ; dans plus de 80 % des cas (Sorrel) la guérison se fait sans séquelle, ou avec un minimum de séquelles (exagération des réflexes rotuliens, persistance d'un clonus, d'un signe de Babinski en extension) qui peuvent ne disparaître qu'au bout de plusieurs mois ou même d'années.

Cependant on a fait remarquer que parmi ces formes, un certain nombre (au moins un cinquième des cas d'après Butler) n'évoluait pas vers la guérison spontanée :

Soit parce que l'infection initiale très virulente emporte le patient avant même que la paraplégie ait eu le temps d'achever son évolution ;

Soit parce qu'en raison de l'activité persistante du foyer vertébral les lésions médullaires réparables au début deviennent définitives ;

Soit enfin parce qu'un accident peut venir déterminer des altérations graves, qu'il s'agisse d'un accident vasculaire (thrombose aiguë des vaisseaux nourriciers, Seddon), ou osseux (séquestre, énucléation massive d'un corps vertébral).

Butler propose donc d'individualiser une catégorie spéciale (paraplégie de type II dans sa classification)

qui comprendrait les formes curables « qui tournent mal » ; on ne peut en reconnaître habituellement le caractère de gravité *que par l'évolution :* passage d'une paraplégie spasmodique à une forme flasque ; absence de tout symptôme annonçant la réapparition de la motilité au bout de six à huit mois.

Ces formes qui, d'après le même auteur, représenteraient (21) % des paraplégies posent des problèmes thérapeutiques particulièrement intéressants.

3° *Paraplégie tardive.* — Leur apparition est plus tardive, 16 mois, deux ans après le début du mal de Pott ; l'installation est lente, insidieuse ; parfois la paraplégie restera incomplète, quelques mouvements volontaires pouvant persister ; le pronostic est sévère, non pas tant du point de vue vital qu'en raison du caractère définitif de la lésion (tout au moins si on la laisse évoluer spontanément).

Butler a fait appel d'une opinion aussi pessimiste : sur les 96 cas qu'il a étudiés la guérison est en effet survenue dans 74 % des cas chez les sujets jeunes de moins de 16 ans, et dans 52 % des cas chez les sujets âgés.

Il semble, d'autre part, qu'il faille réduire singulièrement le rôle de la pachyméningite rendue habituellement responsable de ces formes. Elles peuvent relever :

Soit d'un nouvel abcès lors d'un réveil de l'activité du foyer pottique (et dans ces cas d'ailleurs la paraplégie revêt l'aspect d'une forme curable) ;

Soit à une compression osseuse par tassement progressif du rachis, ou à un processus d'épidurite scléreuse ; on conçoit que certains auteurs aient tenté la libération de la moelle par laminectomie (Lefort, Girdlestone).

Au total, le schéma évolutif donné par Mme Sorrel-Déjerine conserve une valeur indéniable, mais non absolue ; et avant de porter un pronostic, il faudra tenir compte, aussi bien du mode d'installation de la paraplégie et de sa date d'apparition, que de son mode évolutif, des signes d'activité du foyer vertébral, des renseignements fournis par les signes radiographiques quant à la cause possible de la paraplégie : importance du fuseau prévertébral (Bonola a tenté de superposer ses dimensions et l'évolution des signes de compression) ; effondrement vertébral très prononcé avec soudure de plusieurs corps vertébraux en un bloc osseux ; présence de séquestres.

Pronostic. — Remarquons tout de suite que le pourcentage des guérisons est assez variable suivant les statistiques, et même les séries de malades.

M. et Mme Sorrel ont eu 88 % de guérisons dans une première série de 40 malades, et 71,8 % dans une deuxième de 38 cas, (cette série ayant comporté un certain nombre de formes avec grosse atteinte de l'état général).

Bonola qui a pu suivre 50 malades pendant une période allant de 2 à 10 ans n'a observé que 28 guérisons complètes, soit 56 % ; 32,1 % des cas ont guéri en moins d'un an, 39,9 % en moins de 2 ans et 28 % en moins de 3 ans ; la mortalité a été de 16 %.

Sur 102 paraplégies suivies par Seddon la guérison complète a été obtenue 71 fois, 3 guérisons partielles; enfin 21 décès (dont 8 seulement sont attribuables à la paraplégie).

Parmi les facteurs de gravité, il faut retenir, outre l'existence de lésions pulmonaires associées :

Le type de la paraplégie : la paraplégie flasque est d'un très mauvais pronostic (sauf dans les lésions de la queue de cheval ou du plexus brachial) ;

L'existence de troubles sphinctériens dans leur forme grave ; l'infection urinaire.

Enfin lorsque la perte de la motilité volontaire est complète depuis plus de six mois, il y a de grandes chances pour que la paraplégie soit en rapport, quel que soit son mode d'installation, sa date d'apparition, avec autre chose que des troubles vasculaires ou de l'œdème (Butler, Seddon) ; il y a tout lieu de craindre le passage à la chronicité.

Nous avons déjà indiqué plus haut la différence qui opposait paraplégies précoces, curables spontanément dans 90 % des cas (Sorrel, sir Robert Jones, Lowett) et les formes tardives dans lesquelles la guérison ne s'observerait que dans 64 % des cas (Butler).

(A suivre.)

PHYSIO-PATHOLOGIE DE LA GLANDE PINEALE

par le Docteur François MOLFINO
Assistant à la Clinique Médicale de la Faculté de Gênes
M. le Professeur Sénateur N. PENDE, Directeur.

Sur la base de nombreuses constatations histologiques, anatomiques et cliniques aussi bien qu'expérimentales, on a d'accord reconnu à la glande pinéale une importance fonctionnelle remarquable, non seulement pendant les premières années de la vie, mais aussi à l'âge adulte et jusqu'à la vieillesse.

Il s'agit d'un petit organe glandulaire, à développement embryonnaire semblable à celui de la neuro-hypophyse, et non pas d'un organe rudimentaire superflu en voie de disparition. Les faits apportés à l'appui de cette dernière interprétation ont été mal évalués.

On a aujourd'hui tendance à admettre que les cellules pinéales (parenchymales) dérivent de spongioblastes particulièrement modifiés et doués d'une fonction glandulaire.

En considération de l'analogie que la glande pinéale présente avec la neuro-hypophyse, il est probable au surplus, ainsi que l'a supposé le premier M. Pende, que la sécrétion interne de l'épiphyse agisse *in situ* sur les terminaisons nerveuses dont la glande est richement pourvue, et qu'elle fasse ressentir par cette voie son influence sur les centres nerveux hypothalamiques présidant à la sécrétion d'autres glandes endocrines, ainsi que sur les centres du cerveau moyen régulateurs du système nerveux végétatif.

Quant à la fonction de la glande pinéale, en l'état actuel de nos connaissances, nous pouvons considérer comme suffisamment prouvée une action freinante sur les facteurs organiques déterminant la crise de la puberté.

En dehors de cette fonction prépubérale, l'épiphyse

a vraisemblablement d'autres fonctions qu'elle exerce pendant toute la durée de la vie. On tend en effet aujourd'hui à lui reconnaître un rôle important dans la régulation de la fonction des glandes sexuelles sur lesquelles elle exercerait, d'après certains auteurs, une action opposée à celle du lobe antérieur de l'hypophyse.

D'autres auteurs, sur la base des résultats de leurs recherches expérimentales ainsi que de leurs constatations anatomo-cliniques, ont attribué à la glande pinéale une influence même sur la diurèse, sur la circulation intra-cranienne, sur la sécrétion du liquide céphalo-rachidien, voire sur l'apparat musculaire.

Les résultats de nos recherches nous font considérer enfin que l'épiphyse a un rôle dans la régulation de la pression artérielle et, par une action s'avérant dans le même sens que celle de la thyroïde, jusque sur les processus métaboliques.

Les notions sur les fonctions de l'épiphyse, ainsi qu'il résulte de l'étude que nous venons de publier, sont encore incertaines et incomplètes. Nous pouvons considérer que la connaissance complète de la physiologie de cette glande est surtout à la merci des progrès de la physiologie expérimentale et de la chimie physiologique.

Il faut souhaiter que ces derniers nous permettent d'arriver bientôt à une parfaite mise au point de tous les arguments aujourd'hui encore obscurs et de combler les lacunes souvent graves existant dans cet important chapitre de l'endocrinologie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉACTION MÉDICALE CONTRE LA PROPOSITION DE LOI POMARET

Depuis mon dernier article du 1er août 1936 paru ici même sous le titre : *La Chambre des députés étudie la proposition de loi Pomaret*, j'ai reçu des témoignages de sympathie des plus hautes personnalités médicales qui toutes m'encouragent dans la lutte à outrance contre ce projet satanique. Des maîtres comme le professeur Villard, de la Faculté de Montpellier, les professeurs Sergent et Marfan, de Paris, m'ont demandé personnellement de continuer le combat. M. Sergent, en me félicitant, m'a dit exactement ceci : *Ne lâchez pas la rampe, continuez à lutter âprement contre les dangers d'un étatisme qui menace de rétablir l'esclavage en supprimant la liberté que nos grands-pères avaient pour noble objectif.* Et M. Marfan m'a rappelé *qu'à 70 ans un médecin est très souvent en pleine possession de ses moyens intellectuels et qu'il serait dangereux de vouloir priver les malades des conseils de ces « Anciens » de la profession.*

Les grands journaux politiques qui ont publié tous mes communiqués de l'*Association Corporative des étudiants en médecine de Paris* ont fait écho à ma campagne ; c'est ainsi qu'en première page du *Temps*, le Dr Henry Bouquet a adressé aux auteurs du projet Pomaret une lettre ouverte cinglante dont la conclusion est la citation des manifestes et de l'action de la « Corpo » de Médecine. Dans la *Liberté*, les professeurs Jean-Louis Faure, Philibert et Mondor ont protesté avec véhémence dans des interviews présentées brillamment par notre confrère Jean Rollet, homme de lettres.

Le Dr Audain, un ancien militant de l'Association Corporative, a fait aussi à la *Liberté* des déclarations du plus haut intérêt dans lesquelles perce le meilleur esprit chirurgical.

La campagne est si bien amorcée, grâce à cet esprit critique qui fut toujours l'apanage des médecins humanistes, que le Dr Noir, un vétéran du journalisme médical, lui a consacré un article remarquable dans le *Concours Médical* du 19 juillet dans lequel il ne craint pas de reprocher à certains auteurs du projet Pomaret *d'avoir amassé des millions, tandis que neuf dixièmes de pères d'étudiants sont des intellectuels qui n'ont pu en faire autant* et doivent continuer à gagner leur vie bien au delà de 65 ans.

Ces vérités devaient être dites, écrites et rappelées : c'est fait et bien fait par un de nos doyens les plus respectés.

* * *

Mais que dirai-je maintenant de l'opinion des *Praticiens* qui eux mènent la rude vie du simple soldat de la médecine sur les routes de France et n'ont pas le temps de suivre dans le détail toutes nos discussions professionnelles et sybillines. Un de leurs représentants autorisés, président du syndicat du Lauragais, le Dr Deumier, ancien médecin-colonel qui a fait toute la guerre en première ligne et a rapporté de la vie des camps une douce philosophie, m'a ainsi manifesté son sentiment d'indignation à mon passage à Castelnaudary : *Vous avez mille fois raison d'écrire dans la* Gazette des Hôpitaux *du 1er août dernier qu'on n'arrivera à rien avec des ordres du jour. C'est inouï de vouloir arrêter une carrière libérale à un âge déterminé. Voyez l'activité du professeur Marfan, notre compatriote, et les lumineux exposés de ses récents travaux, sur le lymphatisme en particulier. Combien sont utiles aux praticiens éloignés de Paris les exposés présentés par des savants qui possèdent une telle expérience. Il serait inhumain que nous en fussions privés. Je vous remercie au nom de mon syndicat du bon combat que vous menez et qu'il faut continuer.*

Au cours d'un long voyage documentaire dans le Midi et notamment dans le Sud-Ouest, j'ai pu dans de nombreux cabinets médicaux interroger les praticiens sur la nouvelle épée de Damoclès suspendue sur leur tête. Tous sont littéralement indignés et n'admettent pas qu'on veuille les déloger du cabinet où ils m'ont reçu, mais leur colère gronde quand je leur narre tout au long les manœuvres secrètes employées pour faire réussir l'éclosion de la proposition Pomaret. Lorsqu'ils apprennent que certaines associations d'étudiants ont réclamé le vote urgent de la loi Pomaret, les praticiens sont atterrés et ils ajoutent : *Est-ce que les fils veulent tuer leurs pères ?* A Toulouse, à Carcassonne, à Perpignan, à Narbonne, à Béziers, à Luchon, à Montauban, à Cauterets, dans le Gers, je n'ai entendu partout qu'un concert de protestations. Un médecin d'Algérie, le Dr Jean Travail, de Philippeville m'a déclaré : *Il faut faire bloc contre cette extravagance, mais il y a une question sur laquelle on n'insiste pas assez, et il est stupéfiant de penser qu'elle n'est jamais traitée franchement par aucun des représentants officiels de notre corporation, c'est celle des Naturalisations. C'est vous qui êtes le plus hardi, mais vous ne l'êtes pas assez. La Naturalisation n'est qu'une faveur, donc une exception. Or aucun vœu d'aucun groupement, aucun projet de loi sur l'exercice de la médecine ne contient cette notion essentielle. Les auteurs de ces vœux ou de ces lois semblent considérer la naturalisation comme une habitude, presque comme un droit, et c'est une très grave erreur. Voilà ce que vous devez crier à tous les échos parlementaires ou syndicaux, voilà ce qu'il faut faire respecter.*

Le Dr Jean Travail est dans le vrai, car il rappelle là un principe capital que beaucoup trop de médecins oublient ;

en supprimant les naturalisations, il y aurait des places pour tous, les jeunes y compris ; si ce principe était respecté, si les naturalisations étaient l'exception, les médecins saisiraient toute l'importance de l'avis que les syndicats médicaux sont appelés *par* le Garde des Sceaux, et *non par la préfecture de police*, à donner sur chaque médecin ou étudiant candidat à la naturalisation.

***

En quittant les Pyrénées pour visiter la Gascogne, je traversais la place de la célèbre cathédrale d'Auch, lorsque je fus interpellé par le professeur Fedel, ce vieil et grand ami des médecins qui nous a si souvent défendus — encore cet hiver — au Conseil Supérieur de l'Instruction publique. Comme moi, M. Fedel admirait l'antique portail du temple qui a été le témoin des guerres de religion, et il me dit : *La bataille est toujours de ce monde, vous aurez fort à faire à la rentrée pour gagner la partie engagée contre M. Pomaret soutenu par des arrivistes ignorants et des étrangers fraîchement naturalisés, aussi légers de scrupules que de talent. Pourquoi aussi ne pas licencier partout tous les sexagénaires si on déclare un médecin fini à 65 ans ? Demandez donc le licenciement de M. Blum qui a 67 ans, de M. Herriot qui a 64 ans 1/2 et de Victor Basch qui a 68 ans.*

Faites connaître le projet aux médecins de la Lozère, que repésente M. Pomaret, aux médecins de Figeac, que représente M. de Monzie. Je doute que ceux qui ont 50 ans et audessus approuvent leurs élus.

Voici donc des opinions concordantes. Nos lecteurs en en prenant connaissance pourront se rendre compte que les vacances d'un journaliste médical peuvent être utilement remplies.

MAURICE MORDAGNE.

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES DÉCERNÉES A DES MÉDECINS POUR SOINS GRATUITS A LA GENDARMERIE

(Décision du 7 août 1936.)

1° *Lettres d'éloges officiels.*

(Délivrées après dix années de soins gratuits)

Légion de Paris. — MM. Satte, Noisy-le-Sec (Seine) ; Blusson, Pantin (Seine) ; Rousseau, Goussainville (Seine-et-Oise).

1re *légion.* — MM. Rouzé, Billy-Montigny (Pas-de-Calais) ; Taquet, Anzin (Nord) ; Pruvost, Frévent (Pas-de-Calais).

2e *légion.* — MM. Assémat, Villers-Coterets (Aisne) ; Vidal, Pierrefonds (Oise) ; Mariani, Roisel (Somme) ; Leforestier, Péronne (Somme) ; Lemoine, Péronne (Somme) ; Darène, Rosières-en-Santerre (Somme) ; Avinin, Mouy (Oise) ; Pérono, Neufchâtel-sur-Aisne (Aisne).

3e *légion.* — MM. Boivin, Saint-André-sur-Orne (Calvados) ; Dubuc, Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure) ; Langlois, Auffay (Seine-Inférieure) ; Dubois, Auffay (Seine-Inférieure).

4e *légion.* — MM. Ramé, Loiron (Mayenne) ; Larrieu, Bonneval (Eure-et-Loir) ; Dumont, Bouloire (Sarthe) ; Pradines, Epernon (Eure-et-Loir).

5e *légion.* — MM. Mouradian, Donzy (Nièvre) ; Fanjoux, Cercy-la-Tour (Nièvre) ; Morlat, Neuvy-sur-Loire (Nièvre).

6e *légion.* — M. Bénad, Vanault-les-Dames (Marne).

7e *légion.* — MM. Bock, Montigny-le-Roi (Haute-Marne) ; Triboulet, Maiche (Doubs).

8e *légion.* — MM. Roy, Bligny-sur-Ouche (Côte-d'Or) ; Poulet, Tramayes (Saône-et-Loire) ; Bascou, Chéroy (Yonne) ; Bouvier, Troyes (Aube).

9e *légion.* — MM. Martin, Lezay (Deux-Sèvres) ; Pillot, Thouars (Deux-Sèvres) ; Bouchet, Saint-Loup (Deux-Sèvres) ; Chauvenet, Thouars (Deux-Sèvres) ; Fouin, les Rosiers (Maine-et-Loire) ; Durand, Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire) ; Biard, La Châtre (Indre) ; Rousseau, L'Isle-Jourdain (Vienne) ; Boussin, Longué (Maine-et-Loire) ; Gabette, Saint-Savin (Vienne) ; Garnier, Angers (Maine-et-Loire) ; Ruais, Martigné-Briand (Maine-et-Loire) ; Cartier, Ardentes (Indre) ; Priou, Trézalé (Maine-et-Loire).

10e *légion.* — MM. Le Cousin, Collinée (Côtes-du-Nord) ; Rossignol, Vitré (Ille-et-Vilaine) ; Girard, Bronns (Côtes-du-Nord) ; Coupu, Lamballe (Côtes-du-Nord) ; Kerhervé, Plélan-le-Grand (Ille-et-Vilaine).

11e *légion.* — MM. Derien, Rohan (Morbihan) ; Flatres, Auray (Morbihan) ; Coriton, La Gacilly (Morbihan) ; Rousseau, Beauvois-sur-Mer (Vendée) ; Péquin, Indre (Loire-Inférieure) ; Morin, Mauron (Morbihan).

12e *légion.* — MM. Barbail, Saint-Julien-aux-Bois (Corrèze) ; Belcour, Ussel (Corrèze) ; Bonnet, Bourganeuf (Creuse) ; Petit, Blanzac (Charente) ; Foix, Saint-Alvère (Dordogne) ; Manière, Ayen (Corrèze) ; Gendraud, Bellac (Haute-Vienne) ; Squivier, Mareuil-sur-Belle (Dordogne).

13e *légion.* — MM. Bellet, Montferrand (Puy-de-Dôme) ; Pigheon, Saint-Amand-Tallende (Puy-de-Dôme) ; Gouteyron, Saint-Didier-en-Velay (Haute-Loire) ; Dory, Marcillat (Allier) ; Godonnèche, Latour (Puy-de-Dôme) ; Lebout, Huriel (Allier) ; Fayolle, Condat (Cantal) ; Bayard, Saint-Germain-Lembron (Puy-de-Dôme).

14e *légion.* — MM. Bouchain, Crolles (Isère) ; Charpin, Saint-Laurent-du-Pont (Isère) ; Baudry, Fontaine (Isère) ; Gondrand, Tullins (Isère) ; Colin, Lamure-sur-Azergues (Rhône) ; Ramain, Douvaine (Haute-Savoie) ; Fayollat, Domène (Isère) ; Jusserand, Saint-Genix-sur-Guiers Savoie) ; Suau, Villard-de-Lans (Isère).

15e *légion.* — MM. Serpentier, La Grand'Combe (Gard) ; Natali, Cadolive (Bouches-du-Rhône) ; Sicard, Bar-sur-Loup (Alpes-Maritimes) ; Nicolas, Mondragon (Vaucluse) ; Barry, Annonay (Ardèche) ; Medvedowsky, La Tour-d'Aigues (Vaucluse) ; Mouzel, Gardanne (Bouches-du-Rhône) ; Girard, Le Teil (Ardèche) ; Gardes, Uzès (Gard).

Corse. — M. de Pétriconi, Sainte-Marie-de-Poggio (Corse).

16e *légion.* — MM. Roques, Murviel-lès-Béziers (Hérault) ; Hérail, Coursan (Aude) ; Albouy, Rodez (Aveyron) ; Mendegris, Belyèze (Aude) ; Boures, Lisle-sur-Tarn (Tarn).

17e *légion.* — MM. Seval, Astaffort (Lot-et-Garonne) ; Coutaud, Auterive (Haute-Garonne) ; de Floucaud de Fourcroy, Saint-Béat (Haute-Garonne) ; Canteloup, Beaumont (Tarn-et-Garonne) ; Béringuier, Grisolles (Tarn-et-Garonne) ; Vautrain, Tonneins (Lot-et-Garonne) ; Perrier, Plaisance (Gers) ; Carrade, Revel (Haute-Garonne) ; Moreau, Verfeil (Haute-Garonne).

18e *légion.* — MM. Vergez-Bellou, Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) ; Dhers, Orthez (Basses-Pyrénées) ; Ribon, Beauvais-sur-Matha (Charente-Inférieure) ; Tessier, Saint-Aigulin (Charente-Inférieure) ; Ferré, Pontacq (Basses-Pyrénées) ; Depierris, Morlaas (Basses-Pyrénées) ; Longue, Saint-Pé (Hautes-Pyrénées) ; Maisonnave, Rion-des-Landes (Landes) ; Lasserre, Soumoulou (Basses-Pyrénées) ; Larricq, Bedous (Basses-Pyrénées) ; Berger, Guitres (Gironde) ; Ropers, Courçon (Charente-Inférieure) ; Fournier, Castillon (Gironde) ; Ricard, Cadéac (Hautes-Pyrénées) ; Le Breton-Oliveau, Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

19e *légion.* — MM. Pernin, Bou-Haniffa (Oran) ; Filippi, Sidi-Aich (Constantine) ; Rivière, Oued-Taria (Oran) ; Grenoilleau, Azazga (Alger) ; Carnet, Hussein-Dey (Alger) ; Au-

gé, Perrégaux (Oran) ; Bourgeois, Affreville (Alger) ; Musy, Douéra (Alger) ; Garnier, Morris (Constantine).

20e légion. — MM. Pointud, Pierrepont (Meurthe-et-Moselle) ; Antoine, Homécourt (Meurthe-et-Moselle) ; Genay, Vittel (Vosges).

Alsace et Lorraine. — MM. Epitalbra, Ottange (Moselle) ; Dantio, Moyeuvre-Grande (Moselle) ; Veber, Hettange-Grande (Moselle) ; Glad, Kédange (Moselle) ; Vinckel, Verny (Moselle) ; Wagner, Rémilly (Moselle).

(A suivre.)

PRATIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA NÉPHROSE LIPOIDIQUE PAR LA THYROXINE ENDOVEINEUSE (1)

d'après le Dr. Y. Pérès

Cet auteur publie une observation excessivement intéressante de néphrose lipoïdique qui a été influencée très heureusement par deux cures de thyroxine endo-veineuse. A propos de cette observation minutieusement étudiée, M. Pérès fait remarquer les effets très nets obtenus par ce traitement thyroxinien qui a déjà fait l'objet de nombreuses publications de MM. Blechmann, Beaulieu, Lebert, Gautier, Langeron, Merklen, Pilod, Paget, Tavernier, etc. On sait que la thyroxine synthétique Roche, dont s'est servi M. Pérès, est préparée suivant les données de Harington et Barger. C'est un produit parfaitement stable, donnant des résultats constants. Malgré les fortes doses employées dans son cas, il n'a vu apparaître aucune palpitation, tachycardie, angoisse, céphalées, sueurs, diarrhée... Il est d'ailleurs connu que ces malades ont une tolérance très élevée vis-à-vis des extraits thyroïdiens. La maniabilité de la thyroxine est très grande (ampoules : un milligramme par centimètre cube ; gouttes : deux milligrammes par trente gouttes ; un comprimé = un demi-milligramme), à condition toutefois de dépasser très rarement les doses de deux milligrammes et de surveiller très attentivement le pouls et le poids des malades en traitement, ainsi que le fait remarquer également M. Bénech dans une étude très fouillée sur ce médicament, appelé à rendre des services constants dans la pratique médicale (obésité, myxœdème, goitre, troubles du développement, de la croissance, néphrose, etc...).

SUR LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE LA DOULEUR (2)

d'après le Dr. J. Faguet

L'allonal est aujourd'hui un médicament classique. La meilleure façon de donner l'allonal, au point de vue analgésique, est de faire prendre deux comprimés à une demi-heure d'intervalle ; lorsqu'il s'agit d'une douleur très vive, rage de dents, douleurs d'oreilles, certains points de côté, on peut ordonner un troisième comprimé, une heure après le second. A petite dose, un comprimé d'allonal agit en émoussant la susceptibilité à la douleur et en calmant très vite l'éréthisme psychique que cause toute appréhension : ce qui explique son succès dans la période anté-opératoire aussi bien en gynécologie, en urologie, en oto-rhino-laryngologie, en ophtalmologie qu'en stomatologie ; il est évident que s'il s'agit d'un petit enfant, plutôt qu'à l'allonal, il vaut mieux recourir au sédobrol qui est absolument atoxique et qui est toujours admirablement supporté.

(1) *Concours méd.*, Paris, n° 13, 29 mars 1936.
(2) *Courrier méd.*, Paris, n° 23, 1936.

REVUE DES THÈSES

Peut-on espérer blanchir les mélanodermies avec la vitamine C (acide ascorbique) ? (1), par M. Mohsen Charif Emami.

La question posée par le titre même de la thèse du docteur Mohsen Charif Emami, malgré les réserves qu'elle comporte encore, semble en partie résolue : le thérapeute peut trouver dans l'acide ascorbique un moyen d'atténuer les hyperpigmentations.

Deux observations cliniques, celle de MM. Layani, Ravina, Donnard et Oreistein et une seconde recueillie dans le service du professeur Lœper, apportent au sujet de cette nouvelle indication de la vitamine C synthétique, un enseignement précieux. Les mélanodermies, quelle qu'en soit l'origine (cirrhose ou insuffisance surrénale), peuvent être atténuées, mais non réduites entièrement par l'acide ascorbique. Des doses élevées, administrées d'une façon continue et régulière, sont nécessaires. L'organisme doit être saturé d'acide ascorbique. L'arrêt du traitement peut être plus ou moins rapidement suivi d'une réapparition de la pigmentation.

De ces essais thérapeutiques, se dégage une conclusion d'un autre ordre, à savoir la parfaite innocuité de l'acide ascorbique, toujours bien toléré par l'organisme, l'excédent non utilisé étant éliminé par les urines. Il n'existe donc aucun risque d'hypervitaminose, quelle que soit la voie d'administration de l'acide ascorbique (voie buccale ou intraveineuse).

Le produit utilisé fut l'acide ascorbique lévogyre (Vitascorbol). La maladie faisant l'objet de la seconde observation supporta, sans incident, 40 cgr. pro die de Vitascorbol par voie veineuse et une dose totale de 15 grammes, en 4 mois. Quelques injections de 1 gramme furent même pratiquées, mais cette dose exceptionnellement élevée parut moins bien supportée.

Le travail de M. Mohsen Charif Emami qui comporte une documentation précise sur l'historique et les caractères physico-chimiques de l'acide ascorbique ainsi que sur les processus mélanodermiques, apporte une très intéressante contribution à la plus récente indication thérapeutique de la Vitamine C.

L'équilibre du bassin en orthopédie (2), par M. Jean Piollet.

Dans cette thèse, l'auteur étudie la statique du bassin, à l'état normal et à l'état pathologique, en insistant sur le retentissement vertébral de cet équilibre pelvien.

Après une courte étude anatomo-physiologique de la ceinture pelvienne et de ses articulations intrinsèques et extrinsèques, M. Piollet montre que le bassin se comporte comme un bloc osseux soumis à une multitude de forces, pouvant osciller en avant, en arrière et latéralement, et qui entraîne la partie inférieure de la tige rachidienne.

L'équilibre du bassin est étudié et mesuré par rapport au plan frontal et au plan sagittal. M. Piollet donne un moyen clinique facile de vérifier l'inclinaison normale du bassin par ce qu'il appelle la règle des trois plans (équidistance des plans horizontaux passant par l'ombilic, l'épine iliaque antéro-supérieure et iliaque antéro-supérieure).

Connaissant l'équilibre normal du bassin, M. Piollet envisage les modifications pathologiques les plus courantes et leur retentissement rachidien.

Il en déduit des indications thérapeutiques par des moyens orthopédiques, chirurgicaux et par la gymnastique.

(1) *Thèse de Paris* 1936, Jouve éditeur.
(2) *Th. de Toulouse*, 1935.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOCé GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Nº 74.— MERCREDI 16 SEPTEMBRE 1936. 109e ANNEE Le Nº 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50.** — 6 mois : **25** fr. — **1** an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le concours pour la nomination aux places d'externe, vacantes le 1er mai 1937, aura lieu le vendredi 11 décembre à 9 h. 1/2 au Parc des Expositions (Porte de Versailles, Paris-15e).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, *Bureau du Service de Santé*, tous les jours les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures depuis le mardi 3 novembre jusqu'au mardi 25 novembre 1936 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs de la carte d'identité et du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au Concours. Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — I. — Sont institués et nommés agrégés pour une période de neuf ans, à compter du 1er novembre 1936, et attachés aux facultés ci-dessous désignées :

Marseille. — 1º Histoire naturelle médicale et parasitologie, M. Sautet. 2º Physique médicale, M. Dubouloz. 3º Histoire naturelle pharmaceutique, M. Balansard.

Alger. — 1º Chimie médicale, M. Mâchebœuf. 2º Chirurgie générale, M. Sabasini. 3º Histoire naturelle pharmaceutique, M. Roques. 4º Pharmacie, M. Monnet.

Bordeaux. — Médecine générale, M. Broustet.

Lille. — 1º Anatomie, M. Coulouma. 2º Histologie, M. Morel. 3º Histoire naturelle médicale et parasitologie, M. Couteen.

Lyon. — 1º Physiologie, M. Morin. 2º Médecine générale, MM. Croizat, Delore, Josserand. 3º Chirurgie, MM. Bertrand, Clavel.

Nancy. — Médecine générale, M. Kissel.

Toulouse. — 1º Médecine générale, M. Andrieu. 2º Obstétrique, M. Guilhem.

II. — Sont nommés agrégés des facultés de médecine ci-dessous désignées, dans les conditions prévues par l'arrêté du 14 août 1935, pour une période de neuf ans à compter du 1er novembre 1936.

Paris. — 1º Médecine générale, MM. de Gennes, Bariéty, Coste, Lelong, Mollaret. 2º Chirurgie générale, MM. Ameline, Ménégaux, Funck. 3º Ophtalmologie, M. Renard.

Marseille. 1º Médecine générale, M. Brahic. 2º Chirurgie générale, M. Figarella.

Bordeaux. — 1º Médecine générale, M. Dervillée. 2º Chirurgie générale, MM. Masse, Darget.

Lille. — 1º Médecine générale, M. Huriez. 2º Histoire naturelle pharmaceutique, M. Debay.

Lyon. — Médecine générale, M. Levrat.

Montpellier, — 1º Médecine générale, M. Rimbaud. 2º Ophtalmologie, M. Dejean.

Toulouse. — 1° Médecine générale, M. Desforges-Mériel. 2° Chirurgie générale, F. Fabre.

III. — Sont institués agrégés de médecine pour une période de neuf ans à compter du 1er novembre 1936, pour exercer les fonctions de professeurs à l'école de médecins et de pharmacie d'Hanoï : Anatomie, M. Huard. Médecine générale, M. Massias. Chirurgie générale, M. Meyer-May. Obstétrique, M. Daléas.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. — Professeur : M. F. Terrien. — *Cours de chirurgie oculaire*, octobre 1936. M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le Professeur Lacassagne; de MM. les Docteurs Velter et Renard, agrégés; de MM. les Docteurs P. Veil et Dollfus, ophtalmologistes des hôpitaux; de MM. les Docteurs J. Blum, Hudelo, Mme Braun-Vallon et M. Joseph, chefs de clinique et de laboratoire, fera un cours de chirurgie oculaire à l'Hôtel-Dieu.

Le cours commencera le vendredi 16 octobre 1936, à 10 heures, à l'Amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu) et continuera les jours suivants. Il comprendra douze leçons. Les cours théoriques seront complétés par une série d'exercices pratiques : séances opératoires, exercices pratiques à l'Ecole de Médecine; démonstrations, visite à l'Institut du Radium, etc.

Des séances opératoires spéciales seront organisées pendant la durée des cours.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., et à l'A. D. R. M. (salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h., sauf le samedi après-midi.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Frédéric Bordas, professeur au Collège de France, membre du conseil supérieur d'hygiène; de M. Mérigot de Treigny, ophtalmologiste honoraire de l'hôpital Saint-Joseph à Paris; du Docteur Emilio Jimeno, président de l'Académie de médecine espagnole décédé à Madrid, aux suites d'une longue maladie.

CONGRÈS

Le XLVe Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du lundi 5 au samedi 10 octobre prochain, sous la présidence du médecin général inspecteur Henri Rouvillois. Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Résultats des greffes ovariennes.* — Rapporteurs : MM. Mocquot (Paris) et Cotte (Lyon) ;

2° *La chirurgie chez les diabétiques.* — Rapporteurs : MM. Pierre Fredet (Paris) et Georges Jeanneney (Bordeaux).

3° *La pneumectomie.* — Rapporteurs : MM. Robert Monord (Paris) et Bonniot (Grenoble) ;

La séance d'ouverture aura lieu le lundi 5 octobre, à 14 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du Général Gamelin, chef d'Etat-major de l'armée, vice-président du Conseil supérieur de la Guerre.

Le jeudi 8 octobre après-midi aura lieu une démonstration par films. Ces films doivent être inédits et inscrits au programme dans les mêmes conditions que les communications.

Les titres des communications doivent être envoyés et les renseignement demandés à M. A. Villiod, secrétaire administratif de l'Association française de chirurgie, 2, rue de Seine, à Paris (6e).

La Ligue Française contre le Rhumatisme organise une « Journée du Rhumatisme », qui aura lieu le 10 octobre 1936.

L'ordre du jour en est le suivant :

Rhumatismes et Traumatismes

1° Le matin à 10 h., réunion clinique à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr Boppe, chirurgien-orthopédiste de l'hôpital.

2° Réunion l'après-midi, à 15 h., à la Faculté de médecne, sous la présidence du professeur Laignel-Lavastine, président de la Ligue française contre le Rhumatisme.

Les rapports sur la question, qui auront été publiés par les soins de la Revue du Rhumatisme dans ses numéros de septembre et octobre 1936, seront brièvement résumés et longuement discutés.

Tous sont cordialement invités à participer à cette « Journée ». L'inscription est gratuite.

Prière d'adresser les demandes de présentation de malades au Dr Boppe, 11, quai d'Orsay, et les demandes d'inscription et les discussions des rapports au Secrétariat de la « Journée ». — Dr Weissenbach, 6, rue Daubigny, Paris.

3° Le soir, à 20 h. 30, un dîner amical réunira les adhérents.

IIIe Congrès international du Paludisme. — En raison de la situation actuelle en Espagne, le congrès qui devait avoir lieu le 12 octobre est reporté au printemps ou à l'été 1937. Les inscriptions déjà effectuées demeurent valables.

CORRESPONDANCE

Le Professeur Jeanneney (de Bordeaux) nous informe que le professeur Marañon est en liberté à Madrid. Tous les admirateurs de l'illustre savant espagnol seront heureux d'être rassurés sur son sort.

REVUE DES THÈSES

L'état mental des toxicomanes (1), par I. BUSSEL.

Si l'on exclut les toxicomanes accidentels qui sont d'ailleurs l'exception et guérissent facilement, il est possible de montrer que les toxicomanes vrais présentent tous un état mental pathologique.

Cet état mental pathologique procède de l'association de deux modes de déséquilibre constitutionnel : la cyclothimie et l'hyperémotivité.

Cette association se manifeste sous la forme clinique de la dépression excitable.

L'existence de la dépression excitable explique l'impulsion à la toxicomanie, les difficultés considérables du sevrage et son inefficacité par suite de la fatalité des récidives.

La loi du 12 juillet 1916 a aggravé considérablement les dangers que courent les toxicomanes sans parvenir à diminuer leur nombre. Elle devrait être reprise sur de nouvelles bases médicales.

(1) *Th. de Paris*, 1936. — Paris, Jouve et Cie.

SUR LA CONNEXION ENTRE L'ACTIVITÉ SOLAIRE L'ELECTRICITÉ ATMOSPHÉRIQUE ET LES ÉPIDÉMIES DE GRIPPE

par le professeur A. L. TCHIJEVSKY
(Moscou)

La médecine de nos jours diffère de toutes les autres sciences par un défaut fort essentiel : pendant que la physique, la chimie, l'astronomie, la biologie même, savent prévoir et pronostiquer certains phénomènes, la médecine ne sait encore ni prévoir, ni pronostiquer aucune — d'un très grand nombre d'épidémies, des plus pernicieuses. Les travaux statistiques, effectués dans ce domaine, n'ont pas donné de résultats tangibles.

En 1922 j'entrepris une série de recherches, portant sur la connexion entre l'activité périodique du soleil, l'électricité atmosphérique et les épidémies. J'étudiai la statistique mondiale des épidémies de la grippe, du choléra, de la peste, de la diphtérie, de la méningite cérébro-spinale, etc. Dans cette note je ne veux toucher qu'au problème de la grippe.

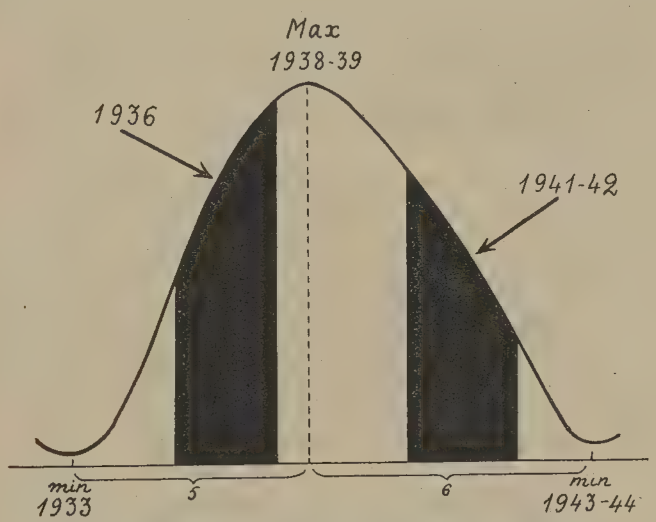


FIG. 1. — Schéma d'une distribution idéale de l'épidémie de la grippe (à 2 ondes) conformément à la période courante (min. 1933-min. 1944).

En 1927, je publiai un ouvrage, où je démontrais que les épidémies et les pandémies sont en corrélation complexe et, néanmoins, étroite avec l'activité périodique solaire (période égale, en moyenne, à 11 ans), cette dernière exerçant une influence strictement déterminée sur la grandeur du gradient de l'électricité atmosphérique et celle-ci, à son tour, produisant, évidemment, un effet sur les micro- ou les macro-organismes.

La chronologie des épidémies de la grippe fut comparée à celle des maxima et des minima solaires, embrassant toute la période, du XVe au XXe siècle, ce qui fut effectué au moyen de toute une série de méthodes statistiques. J'élaborai ensuite, spécialement, les données statistiques sur le cours de différentes épidémies d'époques récentes durant de courtes périodes de temps. Ce dernier travail me permit de déduire une conclusion sur le rôle des chocs brusques de l'activité solaire sur le développement et la propagation des épidémies de la grippe.

C'est ainsi que je résume mes recherches sur la distribution des épidémies de la grippe dans le cours du temps en connexion avec l'activité périodique solaire.

1. Une période de l'épidémie de la grippe est égale, en moyenne, à 11,3 années (c'est-à-dire qu'elle coïncide exactement avec une période de l'activité solaire).
2. La déviation des dates initiales d'une épidémie des dates du maximum de l'activité solaire, de tel ou tel côté est égale, en moyenne, à 2-3 années avant, ou autant après, le maximum de l'activité solaire.
3. La durée d'une épidémie (universellement) dans les chaque 11 ans de la période solaire, est égale, en moyenne, à 4 ans.
4. En cas qu'une épidémie donne une seconde onde dans la même période solaire, cette dernière onde est à 3 ans de distance (en moyenne) de la fin de la première onde.
5. Donc, 3 ans, à peu de chose près, après l'année du minimum de l'activité solaire, on peut toujours s'attendre à voir arriver la première onde d'une épidémie de grippe.
6. Les secondes et troisièmes ondes de l'épidémie se superposent sur les années après le maximum, c'est-à-dire qu'elles se trouvent sur la déclinaison du processus de la formation des taches.
7. L'intensité d'une épidémie est, paraît-il, en une certaine dépendance de l'activité solaire, à part toutes les autres causes, sociales, etc., conditionnant l'épidémie donnée.

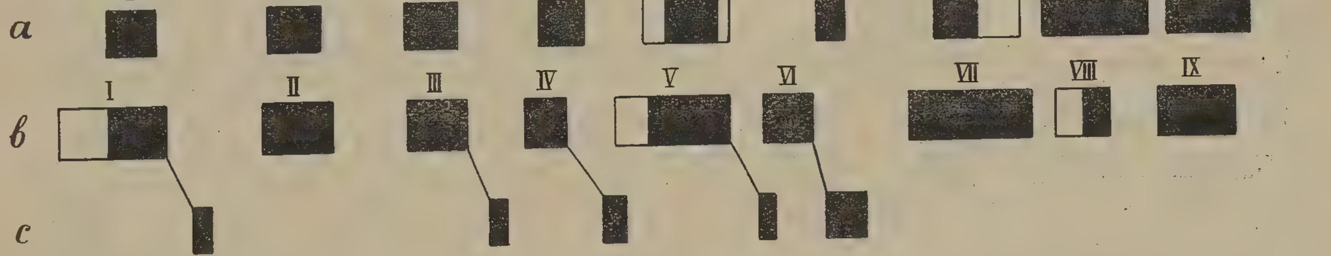


FIG. 2. — La corrélation entre l'activité périodique du soleil et les épidémies de la grippe, durant la période de temps du XVe au XXe siècle.
a) Limites des oscillations des maxima solaires du XVe au XXe siècle;
b) Limites des oscillations des épidémies de la grippe, durant la période de temps du XVe au XXe siècle.
c) Secondes ondes des épidémies.

8. Le rôle qu'y joue le facteur de saison est de rapprocher, ou bien d'éloigner, le paroxysme d'une épidémie.

9. Tout le sus-dit nous permet de pronostiquer quelque peu d'avance la distribution la plus probable d'une épidémie de la grippe, dans le cours du temps.

En 1929 j'écrivis un livre, où je m'efforçai, me basant sur mes recherches statistiques sur la grippe, de pronostiquer pour 10 ans d'avance. Mon livre est intitulé « Les catastrophes épidémiques et l'activité périodique du soleil » (publié en russe en 1930, à Moscou. Pronostic, p. 110). J'y signalais que les épidémies ou pandémies de la grippe se déclareraient au plus fort en 1936 et en 1941 (si le maximum solaire tombait sur l'année 1938) et, conséquemment, en 1942 (au maximum solaire en 1939). Le premier de mes pronostics, fait en 1929, c'est-à-dire 7 ans d'avance, s'est brillamment accompli en 1936. L'épidémie de la grippe au printemps a été générale et des plus fortes. Il reste à savoir si mon pronostic pour l'année 1942 s'accomplira.

Il est indubitable, qu'une étude approfondie, détaillée, embrassant tous les côtés du problème donné et appuyée par les données de la statistique mondiale, peut et doit amener à des découvertes cardinales dans l'épidémiologie. Actuellement, je puis en parler avec pleine certitude, vu que mes expériences de laboratoire, microbiologiques spéciales, conduites sur des bactéries élevées en champs électriques de diverses forces et directions, et avec différentes quantités d'ions de polarité positive ou négative, ont donné des preuves incontestables de ce que la virulence des microorganismes est en fonction directe *des facteurs électriques* du milieu extérieur. Le facteur électrique paraît être le plus actif de tous ceux qui exercent de l'influence sur l'activité vitale des microorganismes.

BIBLIOGRAPHIE

1. TCHIJEVSKY A. L. Les facteurs physiques du processus historique, p. 47, 1920-24. Kaluga.
2. TCHIJEVSKY A. L. Influence de l'activité périodique du soleil sur le surgissement et la propagation des épiphyties. Rapport fait au Laboratoire pratique de zoopsychologie du Commissariat du Peuple pour l'Instruction publique. 8 déc. 1927, Moscou.
3. TCHIJEVSKY A. L. Influence de l'activité périodique du soleil sur le surgissement et le développement des épizooties. Rapport fait au Laboratoire pratique de zoopsychologie du Commissariat du Peuple pour l'Instructin publique. 8 déc. 1927, Moscou.
4. TCHIJEVSKY A. L. Ueber die Wechselbeziehungen zwischen der periodischen Tätigkeit der Sonne und den Cholera und Grippe-Epidemien. *Deutsch-Russische Medizinische Zeitschrift* N. 9, 5,, 511. Berlin 1927.
5. TCHIJEVSKY A. L. Ueber Periodizität des europaischen Typhus recurrens. *Deutsch-Russische Medizinische Zeitschrift* N. 12, 5, 671, Berlin 1928. Sur la périodicité du typhus recurrens européen (publié en russe de même), c. p. 685, Berlin, 1928.
6. TCHIJEVSKY A. L. La radiation cosmique comme facteur biologique. Résultats des recherches expérimentales de l'influence de la radiation cosmique solaire et astrale sur les cellules et les tissus. *Bulletin de l'Association Internationale Biocosmique*, N. 13, p. 245-250, Toulon, 1929.
7. TCHIJEVSKY A. L. Astrothérapie. *L'application possible de quelques radiations cosmiques dans des buts thérapeutiques. Astrosophie.* Carthage, vol. IV, N. 3, novembre 1929.
8. TCHIJEVSKY A. L. Influence des variations de l'électricité atmosphérique sur la natalité et la mortalité. Rapport à l'Académie du Var, 7 mai 1930. *La Côte d'Azur médicale*, pp. 223 et 230, Toulon, 1930.
9. TCHIJEVSKY A. L. The correlation between the variations of the atmospheric electricity and the rise and spreading of epidemics. Communication to the XIII International Congress of hydrology, climatology and medical geology at Lisbon in October 1930.
10. TCHIJEVSKY A. L. Les catastrophes épidémiques, p. 172, fig. 69, Moscou, 1930.
11. TCHIJEVSKY A. L. Mortalité causée par la tuberculose des poumons et l'état électrique de l'atmosphère. *Le Progrès médical*, n° 25, p. 1101, Paris, 1930.
12. TCHIJEVSKY A. L. Sur la périodicité de la mortalité. *La Médecine prophylactique*, n° 2, p. 36, Kharkov, 1930.
13. TCHIJEVSKY A. L. Les mutations et les accroissements brusques de l'électricité atmosphérique. *La Côte d'Azur médicale*, t. II, n° 12, p. 302. Toulon 1931.
14. TCHIJEVSKY A. L. et IVANTCHENCO J. J. La corrélation entre les accès de paludisme (malaria) et le degré de tension de l'électricité atmosphérique. Rapport fait le 10 octobre 1933. Société de Pathologie comparée. *Revue de Pathologie comparée et d'Hygiène générale*, p. 1383. Paris, 1933.
15. TCHIJEVSKY A. L. L'Action de l'activité périodique solaire sur les épidémies. *Traité de climatologie biologique et médicale*, tome II, p. 1034-1041, Paris, 1934.
16. TCHIJEVSKY A. L. Action de l'activité périodique solaire sur la mortalité générale. *Traité de climatologie biologique et médicale*, tome II, p. 1042-1046. Paris, 1934.
17. TCHIJEVSKY A. L. L'électricité atmosphérique et les épidémies. Travaux du Laboratoire Central d'ionification. *Problèmes de l'Ionification*, vol III, p. 293, 1934, Voroniej.
18. TCHIJEVSKY A. L. The Cosmical causes of the Diseases. Rapport fait au troisième Congrès International de Pathologie comparée, Athènes, 15-18 avril 1936.
19. TCIJEVSKY A. L. L'activité corpusculaire électromagnétique et périodique du Soleil et l'électricité atmosphérique, comme régulateurs ed la distribution dans la suite de temps des maladies épidémiques et de la mortalité générale. *Acta Medica Scandinavica*, Stockholm, 1936. (Sous presse.)
20. TCHIJEVSKY A. L. Ueber die Kosmichen Ursachen von Krankheiten. Dusseldorf, 1936. (Sous presse.)

Le traitement de la dysenterie amibienne, par le Dr Maurice HAMBURGER, médecin des hôpitaux de Paris, 1 vol. grand in-8 de 84 pages. — Prix : 12 fr. (Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles », J.-B. Baillière et Fils.)

Vient de paraître, à l'*Argus* — doyen des Bureaux d'extraits de Presse de France et de l'Etranger, — la nouvelle édition, la septième, de : « *Nomenclature des publications en langue française du monde entier* ».

C'est un volume très documenté, genre de travail unique, classé méthodiquement, contenant plus de 15.000 noms de périodiques différents en langue française.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LA DÉPENSE D'ÉNERGIE CHEZ LE NOURRISSON SAIN

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Envisageons tour à tour :
1° *La dépense de fond ;*
2° *Les dépenses de fonctionnement ;*
3° *La dépense générale d'énergie.*

I. La dépense de fond. — Supposons un sujet normal, à jeûn, au repos, placé dans les conditions thermiques optima : il dégage juste la quantité de chaleur nécessaire au maintien de la vie. Cette quantité minima, due aux réactions chimiques élémentaires qui se passent au sein des tissus, d'une part, et, de l'autre, à l'activité des organes (cœur, muscles respiratoires, fibres lisses du tube digestif, muscles à action tonique), c'est la *dépense de fond* (Magnus-Lévy), dite encore *dépense du service physiologique* (Lefèvre), la *dépense minima d'énergie* (Lambling), le *métabolisme basal* des Américains, parce qu'il est à la base de toutes les autres dépenses. L'organisme repasse-t-il à l'activité, à cette dépense de fond viennent s'ajouter diverses *dépenses de fonctionnement.*

On a l'habitude, chez l'adulte, de rapporter le M.B. à la surface du corps. Il représentera donc, somme toute, le *nombre de grandes calories dépensées par heure et par mètre carré de surface du corps, le sujet étant au repos complet, en équilibre thermique avec le milieu extérieur et à jeun depuis la veille au soir* (H. Janet). Il est le même chez le sujet corpulent et chez le sujet maigre. Pour un adulte, c'est une grandeur toujours égale à elle-même à des années de distance. C'est (H. Janet) une sorte de constante physiologique caractéristique de la constitution de chaque sujet. Pour le mesurer, il faut :

1° *Réaliser certaines conditions expérimentales ;*
2° *Connaître la surface du corps ;*
3° *Connaître la quantité de chaleur dégagée par l'organisme pendant une période déterminée.*

En clinique, le résultat obtenu est comparé au chiffre normal qui, pour un homme adulte de 60 kilogrammes, est de 1.600 calories (Lefèvre) (1). Il n'est considéré comme pathologique que si l'écart est supérieur, en plus ou en moins, à 10 %.

La dépense de fond, chez le nourrisson, a été étudiée, à l'étranger, par F. G. Benedict et F. B. Talbot, F. G. Benedict et Mary F. Hendry ; en France, par MM. H. Janet et Fouet.

Pour Benedict et ses collaborateurs, elle croît très vite avec l'*âge*, jusqu'à un an et demi, très lentement ensuite, tandis que, rapportée au kilogramme de *poids*, elle monte rapidement jusqu'à un an et demi, pour baisser non moins rapidement ensuite.

D'après ces auteurs, elle est, pour le nouveau-né, de 48 calories par *kilogramme de poids et par jour.* A ce moment, le quotient respiratoire est voisin de l'unité : les premières quantités d'énergie sont donc fournies par le glucogène entreposé (Hasselbach). Il atteint 55-60 calories à un an, reste à ce chiffre jusqu'à deux, puis redescend petit à petit.

Vient-on à étudier ses rapports avec la *surface du corps*, comme il est de règle pour l'adulte, même tracé général, « mais la dispersion des points individuels est peut-être « plus grande, les tracés, plus tourmentés. Le métabolisme « basal semble au moins aussi variable, sinon plus, dans « ses rapports avec la surface qu'avec le poids et l'âge, et « l'on ne peut établir aucune moyenne fixe. Comme les « poids faibles, les surfaces petites ont des dépenses plus « grandes. Les dépenses énergétiques par mètre carré, après « une ascension rapide de 0 à 1 an et demi-2 ans, descen- « dent ensuite lentement, à mesure que l'enfant prend de « l'âge. Par unité de surface, aussi bien que par unité de « poids, le métabolisme basal le plus élevé se place entre « 1 et 2 ans » (J. Renault et Mme de Tannenberg).

Pour H. Janet et Mlle Bochet, il y a lieu de considérer :

1° *Le métabolisme basal absolu en fonction du poids du corps.* — *a*) Il est commandé par le poids.

b) La zone physiologique de 10 % en plus ou en moins se retrouve chez le nourrisson comme chez l'adulte, bien qu'il y ait, chez celui-là, beaucoup plus d'exceptions que chez celui-ci : aussi « faudra-t-il garder une certaine pru- « dence pour apprécier si un résultat indique ou n'indique « pas un état pathologique ».

c) Peu élevé chez le nouveau-né (30 à 40), il monte très rapidement dans les premiers mois (50), pour se ralentir à partir de 4 mois.

2° *Le métabolisme basal par kilogramme en fonction du poids du poids du corps.* — Ici, il y a lieu de distinguer sur le graphique, délicat à établir en raison de la dispersion des points, deux parties :

Une *première*, où la courbe (poids inférieur à 6 kg.) est rapidement ascendante, sans que s'applique, à cet âge, la loi des surfaces, ainsi que l'avaient déjà noté Benedict et Talbot, Ed. Lesné et L. Binet ;

Une *seconde* (de 6 à 10 kg.), où elle reste en plateau ;

Une *troisième*, où elle commence à fléchir : elle ne se stabilisera qu'à l'âge adulte.

3° *Le métabolisme basal par mètre carré par rapport au poids du corps.* — Les résultats obtenus se groupent encore beaucoup mieux. La courbe est ascendante pendant toute la période où la courbe du métabolisme basal par kilogramme l'est elle-même ; elle le reste pendant toute la période où cette courbe est en plateau ; elle aboutit ensuite elle-même à un plateau durable.

Ainsi, en ce qui concerne les nourrissons de moins de 3-4 mois, le métabolisme basal est plus faible que chez les enfants plus âgés : les premiers devraient avoir besoin d'une ration alimentaire proportionnellement moindre que les seconds. Or, c'est précisément le contraire que montre l'expérience. Comment expliquer ce paradoxe ? C'est ce qu'il est difficile de dire. En tout cas, on ne peut plus admettre, comme jadis, que le nourrisson de moins de 3 mois, ayant une surface corporelle plus grande que son poids, rayonne davantage, puisqu'à cet âge, la loi des surfaces n'est pas valable (H. Janet).

Voici un tableau relatif au métabolisme basal du nourrisson (Lambling), la dépense de fond étant mesurée : 1° par kilogramme et par jour ; 2° par mètre carré et par jour.

Age de l'enfant en semaines.	Poids moyen pendant chaque semaine.	Calories brûlées par jour.	Calories par kg. et par jour.	Calories par mm² et par jour.
7	4 582	437	95	1.324
8	4,750	434	91	1.254
9	4,842			
10	4,962	461	93	1.324
11	5,157	460	89	1.288
12	5,297	467	88	1.285
13	5,420	481	88	1.303
14	5,590	493	88	1.309
15	6,757	521	90	1.356
		Moyennes :	90	1.305

II. Dépenses de fonctionnement. — A cette dépense de fond viennent s'associer des dépenses de fonctionnement, les unes communes à l'adulte et à l'enfant, les autres, spéciales au jeune âge.

(1) A ce chiffre il faut ajouter 510 C. pour la chaleur perdue en 24 heures, par évaporation, ce qui fait 2.250 C. qui doivent être dégagées par la combustion des éléments.

I. *Causes communes à l'adulte et à l'enfant.* — Ce sont :

1° *L'alimentation*, qui accroît le métabolisme basal, chez l'enfant, de 20 à 30 % (Benedict et Talbot), de 35 % (Martin et Hoobler), de 42 % (Hoobler). Les chiffres les plus élevés s'observent une à deux heures après le repas, les chiffres moins élevés, vers la sixième heure. *L'alimentation exerce, sur le métabolisme basal, une influence d'autant plus grande qu'elle est plus riche en protides*, donnée dont nous nous sommes longuement occupé à propos de l'action dynamique spécifique des aliments (1).

2° *Le travail musculaire.* — Son influence est encore peu connue.

Le métabolisme basal de l'enfant peut être, pour Schlossmann et Murschhauser, doublé, pour Benedict, décuplé par les cris, mais ce grand accroissement de dépenses n'est, d'habitude, que temporaire.

Dans les 24 heures, l'agitation des bras et des jambes augmente le métabolisme basal de l'enfant :

De 60 % pendant les premières semaines ;

De 40 % ensuite.

Il serait important de pouvoir calculer les dépenses énergétiques faites par un enfant qui, ou dort, ou s'agite et pleure, ou reste assis, ou marche, court et joue. Malheureusement, les causes d'erreur abondent. Aussi les meilleurs auteurs donnent-ils à ce sujet des chiffres variant de 6 à 7 % (P. Nobécourt) à 70 % (J. Renault et Mme C. de Tannenberg), en passant par 40 % (Schlossmann) et 45 % (Howlard).

« Ces données, bien que peu nombreuses encore, mon-
« trent l'importance de l'activité musculaire dans l'évalua-
« tion énergétique des rations de l'enfant. Le travail de
« l'enfant ne peut se comparer à celui de l'adulte. Il exi-
« ge, pour la même activité, des dépenses proportionnelle-
« ment beaucoup plus grandes et, d'autre part, d'un rende-
« ment inférieur » (J. Renault et Mme de Tannenberg).

3° *La thermo-régulation.* — Pour lutter contre la surproduction de chaleur, l'organisme du nourrisson emploie deux procédés : perspiration d'eau par les poumons et par la peau (*régulation physique*).

Pour lutter contre la déperdition de chaleur, occasionnée par le rayonnement cutané, il accroît ses combustions (*régulation chimique*).

4° *Les glandes endocrines.* — Certaines d'entre elles, comme la thyroïde, augmentent le métabolisme basal.

5° *L'action de certains produits chimiques* (dinitrophénol).

II. *Causes spéciales à l'enfant.* — Elles sont représentées par les *besoins de croissance*, évaluée à 30 % des besoins totaux (Rubner, L. Ribadeau-Dumas), et qui s'ajoutent, eux aussi, à la dépense de fond. Ce sont :

1° *La quantité d'énergie retenue par l'organisme de l'enfant sous forme de tissus nouveaux.* — On a essayé de calculer la somme d'énergie à laquelle correspond l'accroissement d'un gramme de substance corporelle. La composition chimique des gains faits par le nourrisson étant par gramme (Michel et Perret) :

Eau	0,69
Sels minéraux	0,0337
Azote	0,02179=0,1396 de protides
Graisses	0,1175

la valeur énergétique d'un gramme de substance ayant cette composition est égale à 1 cal. 867, ou, pratiquement, à 1 cal. 9.

2° *Le coût énergétique du travail d'accroissement*, ou nombre des calories dépensées pour construire ces tissus, qui semble être de 1 cal. 5 pour 1 gramme de substance fixée (Rubner).

Le gain de 1 gramme de substance corporelle exigerait donc, *théoriquement* :

$$\begin{array}{r} 1 \text{ cal.}867 \\ + \ 1 \text{ cal.}5 \\ \hline = 3 \text{ cal.}367 \end{array}$$

III. La dépense générale d'énergie chez l'enfant. — On peut la calculer, comme nous venons de le voir, en ajoutant aux dépenses de fond :

1° Les dépenses de fonctionnement ;

2° Les dépenses spéciales à la croissance.

Cette manière de faire comporte des causes d'erreur d'autant plus grandes que l'enfant est plus jeune. Aussi lui préfère-t-on souvent les données de la *calorimétrie directe.* avec cette méthode, J.-P. Langlois a trouvé les chiffres suivants :

3.930 petites calories	par kg.	pour des enfants	de	9 à 10 kg
4.120	—	—	—	7 à 8 kg
4.200	—	—	—	5 à 6 kg
4.350	—	—	—	3 à 4 kg
4.800	—	—	—	3 kg. 500

Ces chiffres sont très comparables à ceux de M. E. de Saint-Albin, utilisant, lui aussi, la calorimétrie de Ch. Richet :

3.247 petites calories	par kg.	pour des enfants	de	10 à 11 kg.
3.496	—	—	—	9 à 10 kg.
4.029	—	—	—	10 à 8k·500

Veut-on prendre une moyenne, on peut admettre, avec MM. Ch. Richet et J.-P. Langlois, que, par kilogramme et par heure, *le nourrisson rayonne* 4 cal. 05, ce qui fait, *par kilogramme et par 24 heures*, en chiffres ronds, 100 *calories*, résultats eux-mêmes très comparables à ceux qu'ont obtenus MM. d'Arsonval et Bonniot (1898), Variot et Lavialle (1912), au chiffre 90 proposé par M. Marfan, aux moyennes de M. Heubner, et *très supérieurs à ceux observés chez l'adulte*, ceux-ci étant évalués à 40 calories par kilogramme et par 24 heures, ou à 1 cal. 6 par kilogramme et par heure (Hédon).

Pourquoi cette différence ? Elle est due (Ch. Richet, Rubner), à ce que, par rapport à son poids, le nourrisson possède une surface corporelle proportionnellement plus grande que celle de l'adulte : un kilogramme de substance vivante correspond à 2 décimètres carrés de surface corporelle chez l'adulte, à 5 ou 6 chez l'enfant. Or, c'est elle qui règle la déperdition de chaleur (*loi des surfaces de Ch. Richet*) (1). Pour ne pas se refroidir, il doit donc consommer une plus grande quantité d'énergie que l'adulte. *Cette quantité a été fixée à 15 calories par jour et par décimètre carré* (Michel et Perret).

Ce rayonnement :

a) *Augmente* si on découvre un bras, une jambe ou la tête, si l'enfant pleure (G. F. Benedict et F. Talbot, E. de Saint-Albin), si la température extérieure s'abaisse (Ch. Richet et J.-P. Langlois) ;

b) *Diminue* si la température extérieure s'élève (Ch. Richet et J.-P. Langlois) : aussi la ration d'été doit-elle être un peu inférieure à celle d'hiver (E. Maurel) ; si le pannicule adipeux est bien développé ; si jambes, bras et même tête sont suffisamment couverts (G. Variot et P. Lavialle) ;

c) *Diminue avec l'âge :*

90 à 100 c. le 1er mois ;
85 c. le 2e mois ;
70 c. à 1 an ;
60-65 c. à 2 ans. (MARFAN.)

(1) V. *Gazette des Hôpitaux*, n° 72.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LE CONTRAT MÉDICAL

Dans une précédente chronique relative à « la responsabilité des médecins en matière d'accidents causés par les appareils radio-électriques » (Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1934, n° 23, pages 416-418), nous avons examiné incidemment la nature des liens de droit qui unissent le malade et le médecin traitant.

La Cour de Cassation (Chambre Civile) vient, en un arrêt rendu le 20 mai 1936, sur conclusions conformes de M le Procureur général Matter, de se prononcer sur cette matière. L'importance de cette décision mérite que nous consacrions de nouveaux développements à la question et que nous exposions les principes que viendront désormais sans doute appliquer en leur unanimité les juridictions inférieures.

Tout d'abord, la Cour suprême a confirmé sa jurisprudence qui date maintenant de près d'un siècle, puisque c'est par un arrêt de la Chambre des Requêtes du 21 août 1839, qu'elle a, pour la première fois, admis l'existence d'une convention entre le médecin et son client.

La Cour a défini ensuite l'obligation qui incombe au médecin en échange des honoraires que doit lui verser le malade.

Comme le Procureur général, lui rappelant la belle parole d'Ambroise Paré : « Je le pansai, Dieu le guarit », le lui avait demandé, elle a déclaré que le médecin ne prend pas l'engagement de guérir.

Ainsi que l'a si heureusement exprimé M. le Professeur Demogue, « le médecin contracte une obligation de moyens, non de résultat ».

En quoi consiste donc cette obligation de moyens ? Le Procureur général l'avait résumée par ces mots : « Donner des soins conformes à la conscience et à la science médicale. »

La Cour de Cassation a tenu à préciser davantage encore les qualités de ces soins qui, selon elle, doivent être « non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la Science ».

C'est là une formule qui paraît susceptible non seulement de satisfaire les exigences des malades et des juristes, mais encore de donner tous apaisements au corps médical qui se soumet, dans l'exercice quotidien de sa profession, à ces principes que son dévouement lui a depuis toujours imposés pour règles de conduite.

La Cour de Cassation s'est encore préoccupée de la violation, volontaire ou non, par le médecin de ses obligations contractuelles, qui, a-t-elle dit, doit être sanctionnée par une responsabilité également contractuelle.

On sait qu'en vertu de la responsabilité contractuelle une partie qui n'exécute pas l'obligation dérivant pour elle d'un contrat doit être, du seul fait de cette inexécution, condamnée au paiement de dommages-intérêts envers l'autre partie contractante. Mais, ainsi que nous l'avons déjà indiqué dans notre chronique ci-dessus citée, la responsabilité contractuelle du médecin devrait être soumise à certaines particularités inhérentes à la nature même du contrat médical. Rappelons-les d'un mot. L'inexécution du contrat consiste ici dans le fait que le médecin n'aura pas donné au malade tous les soins que celui-ci était en droit d'exiger. Dès lors, le client, bien que se prévalant des principes de la responsabilité contractuelle, devrait être tenu — tout comme s'il n'y avait pas contrat et tout comme si l'on se trouvait en matière délictuelle ou quasi-délictuelle — de rapporter la preuve du défaut de soins appropriés qui constitue l'inexécution.

M. le Procureur général Matter, admettant ce point de vue, a déclaré que le client doit prouver la faute du médecin et il en a conclu qu'en la matière la responsabilité contractuelle se confond avec la responsabilité délictuelle.

Ainsi, pas de présomption de responsabilité à l'encontre du médecin, pas de renversement de la preuve. Contrairement à l'avis de quelques auteurs, ce n'est donc point au médecin qu'il incombe d'établir la prudence et la diligence apportées par lui, et on conçoit tout l'intérêt qu'il y a pour lui à être dispensé de cette charge.

Enfin, dernière question sur laquelle la Cour de Cassation s'est prononcée dans le même arrêt : la prescription de l'action en responsabilité.

La Cour a décidé que, la responsabilité étant de nature contractuelle, l'action ne pouvait se prescrire que par trente ans, alors même que la faute invoquée à l'appui de l'action constituerait un délit et que l'action pénale serait prescrite par trois ans.

Sans doute, cette solution peut-elle paraître fort légère à l'encontre des médecins, et cela d'autant plus que l'action en paiement d'honoraires du médecin contre son client est éteinte par la prescription de deux ans. Mais, sans insister sur les arguments purement juridiques qui la justifient complètement, il convient de dire que des considérations d'ordre médical en soulignent également le bien-fondé. Les conséquences regrettables de certains traitements ne mettent-elles pas, en effet, souvent, ainsi que le rappelait M. le Procureur général Matter, du temps à se manifester ? La prescription triennale risquerait donc parfois d'enlever de façon inique tout recours au malade chez lequel les conséquences fâcheuses d'un traitement inopportun seraient venues à se manifester longtemps après l'application de celui-ci. La prescription trentenaire, justifiée en droit, l'est donc aussi en fait.

La Cour de Cassation vient ainsi de consacrer un statut juridique des relations entre médecins et clients, dont le corps médical doit se féliciter. Ayant défini le contrat médical et dégagé ses conséquences juridiques, la Cour suprême a, par là même, garanti pour l'avenir contre les sanctions rigoureuses qu'entraînait parfois l'application de théories désormais abandonnées, ceux qui, pour reprendre les propres paroles de M. le Procureur général Matter, exercent une noble profession faite de science, de cœur et de dévouement.

C. Nattan-Larrier,
Docteur en Droit,
Avocat à la Cour de Paris.

(1) Sous les réserves indiquées plus haut.

SOCIETÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 20 juillet 1936)

MM. Ferrabouc et Moutier présentent un malade atteint de végétations vénériennes géantes.

Conseils de révision et prophylaxie sociale. — M. A. Poirier souligne l'importance de la liaison régulière entre les organismes d'hygiène sociale et la Commission médicale des conseils de révision, dont la portée sociale, en ce qui concerne particulièrement le dépistage de la tuberculose pulmonaire, a depuis longtemps attiré l'attention du Service de santé militaire. L'auteur rapporte les résultats de ses constatations, faites à un an de distance au cours des opérations de révision dans le même arrondissement en liaison avec les dispensaires de cet arrondissement.

A propos d'une forme clinique particulière de l'appendicite : l'appendicite chronique d'emblée. — M. MONOD décrit le tableau anatomo-clinique qui caractérise, d'après lui, cette entité morbide. Cette forme d'appendicite serait loin d'être exceptionnelle, et cette relative fréquence lui confère un intérêt chirurgical certain.

Considérations sur la granulie froide à propos d'une observation. — MM. DIDIÉE, HUGONOT et PARNET rappellent à l'occasion d'une observation de granulie froide, les caractéristiques du syndrome individualisé par Brunand et Saye. Le décalage radioclinique avec précession des signes radiologiques, caractérise cette forme spéciale de la poussée granulique et justifie une place nosographique particulière. Les auteurs insistent sur la nécessité d'une interprétation correcte des images granuleuses pulmonaires, et sur le fait qu'en tous cas, la granulie, même froide, reste d'un pronostic extrêmement grave.

A propos d'une observation de syphilis maligne précoce. M. Lucien JAME discute la pathogénie écartant l'hypothèse d'un tréponème dermotrope et particulièrement virulent, fait jouer un rôle majeur au terrain, entaché, dans le cas particulier de paludisme et d'éthylisme et un rôle accessoire aux petites doses médicamenteuses appliquées au début du traitement.

Deux cas de toxicomanie à l'élixir parégorique. — MM. LASSALE, PARNET et HENRION rapportent deux observations concernant des toxicomanes anciens faisant usage de l'élixir parégorique à titre d'élément de substitution aux toxiques jusqu'alors employés (opium, héroïne, cocaïne). Les doses ingérées étaient considérables, 400 à 500 grammes par jour. L'un des malades a pendant certaines périodes, consommé jusqu'à 1 litre.

Les auteurs rappellent le caractère complexe de l'intoxication, la facilité relative de se procurer le médicament, ils soulignent que la cure de désintoxication est généralement aisée, contrairement à ce qu'on pourrait penser pour une intoxication complexe.

Par contre, les récidives sont très nombreuses en raison du fonds mental spécial des malades, élément dont l'importance est capitale dans la détermination, l'évolution et le pronostic des toxicomanies.

Hémianopsie en quadrant avec objectivation radiologique des lésions. — MM. B. POMMME, M. FERRY, J. PARNET rapportent un cas d'hémianopsie en quadrant provoqué par des projectiles intracraniens. Le trajet de ces projectiles, objectivité sur les clichés radiologiques par une fine poussière métallique, coupe la voie optique postérieure. La forme de cette hémianopsie et les données anatomiques dues aux travaux de A. Meyer, permettent d'affirmer une destruction de moitié inférieure des fibres optiques temporales gauches. Les auteurs concluent à l'importance des examens radiologiques et ophtalmologiques systématiquement pratiqués, chez tout blessé du crâne.

Sur un bacille dysentérique atypique.— MM. IZARD et E. AUJALEU décrivent un bacille dysentérique trouvé en culture pure dans un cas de dysenterie chronique. Ce germe, si l'on n'avait recherché que les caractères courants, aurait pu être confondu avec un bacille de Shiga dont il ne possédait cependant pas l'agglutinabilité. Très pathogène pour le cobaye, le lapin et le jeune chat, il était doué d'un pouvoir entérotrope marqué. L'auto-vaccin obtenu à partir de ce germe a rapidement guéri le malade.

Œdème de Quincke et eczéma traités par l'auto-ourothérapie. — MM. AUJALEU et COLOMBIES. Les auteurs rapportent les bons résultats qu'ils ont obtenus par l'auto-ourothérapie dans un cas d'œdème de Quincke et un cas d'eczéma qui tous deux duraient depuis plusieurs années et avaient résisté à toutes les thérapeutiques habituelles en pareil cas.

Au sujet de la thérapeutique prophylactique des lésions par gaz vésicants. — MM. MOYNIER, KERNY et PÉRONNET.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(SÉANCE DU 19 JUIN 1936)

Hypothèses embryologiques actuelles sur certaines formes de gemellité. — M. F. GRANEL. Certains cas de gemmelité sont difficiles à placer dans le cadre classique, soit de la polyovulation, soit de la polyembryonie uniovulaire, en raison de la non-concordance des caractères des membranes ovulaires et des signes de ressemblance des jumeaux, cela surtout dans la gémellité multiple où la présence simultanée de sujets semblables et de sujets différents ne saurait s'expliquer par une association des deux modes de gémellité. L'auteur expose et commente l'hypothèse embryologique actuelle qui fait intervenir la possibilité de fécondation simultanée de l'ovule et du deuxième globule polaire ainsi que la possibilité d'un facteur de division propre à certains spermatozoïdes. Cette hypothèse est logique et pourrait expliquer les formes atypiques de gémellité.

Amélioration de la méthode historadiographique. — M. R. CASTAGNE.

A propos d'un cas de kyste hydatique du foie ancien et calcifié, tardivement ouvert dans les voies biliaires. — MM. V. RICHE, E. TRUC et M. VERGUES.

A propos du traitement des exostoses ostéogéniques. — MM. V. RICHE, E. TRUC et M. VERGUES.

Gangrène gazeuse après injection médicamenteuse. — MM. L. RIMBAUD, G. ANSELME-MARTIN et J. BARNEY.

Lymphogranulomatose maligne à forme gastrique. — MM. L. RIMBAUD, G. ANSELME-MARTIN, L. GONDARD et DIACONO. Il s'agit d'une lymphogranulomatose maligne à localisation gastrique primitive, chez un homme jeune, ayant simulé la sténose pylorique par cancer. L'intervention a montré un envahissement du pylore et de la petite courbure par une tumeur arrondie blanchâtre développée vers la lumière gastrique.

L'examen histologique conclut catégoriquement à une lymphogranulomatose maligne.

Il n'existait chez ce malade aucune adénopathie périphérique, ni aucun des tests habituels de cette affection, en dehors d'une polynucléose neutrophile qui, d'après les auteurs, reste le signe le plus constant.

Polyurie hypophysaire avec anomalie rare de la selle turcique. — MM. L. RIMBAUD, ANSELME-MARTIN et BARNEY.

CONGRÈS

IVe Congrès de la presse médicale latine. — Nous rappelons que le IVe Congrès de la presse médicale latine aura lieu à Venise, du mardi 29 septembre au samedi 3 octobre 1936, sous le haut patronage du ministre de l'Education nationale d'Italie, et sous la présidence du sénateur, prof. D. Giordano et du prince Ferdinand de Savoie, duc de Gênes.

Les séances de travail du Congrès comportent trois questions :

1° Histoire de la presse médicale dans les pays latins. — Rapporteurs : prof. Tricot-Royer (Louvain), Dr E. Noguera (Madrid), prof. Laignel-Lavastine et Lévy-Valensi (Paris), prof. Rondopoulos (Athènes), prof. Pazzini (Rome), prof. Da Silva Carvalho (Lisbonne), prof. V. Bologa (Cluj).

2° Influence sociale de la presse médicale. — Rapporteurs : prof. A. Le Sage (Montréal), Dr T. Oliaro (Turin), Dr J.-B. Pereira (Rio de Janeiro).

3° L'enseignement médical et la pratique médicale dans les pays latins. — Rapporteurs : prof. Hartmann (Paris), prof. Pérez (Rome), prof. Danielopolu et Pavel (Bucarest), X... (Madrid).

Le Congrès comportera en outre :

Des conférences des prof. Maurice Loeper (de Paris), Nicolas Pende (de Rome). A Castiglioni (de Padoue) ;

Une excursion aux Iles de la Lagune de Venise, offerte par la Municipalité de Venise ;

Un concert de la « Banda Citadina » sur la place Saint-Marc, avec illumination de la Basilique et du Campanile ;

Une visite de l'hôpital Marin, au Lido ;

Une excursion de deux jours en autocars, à Aquileia, Trieste, Abbazia, aux Grottes de Postumia, etc., avec visite des champs de bataille de la guerre 1915-1918 ;

Une réception offerte par le Président du Congrès à l'hôtel Danieli ; un banquet, etc...

Tous les médecins des pays latins peuvent assister au Congrès, ainsi que les personnes de leur famille.

La cotisation est fixée à 80 lires, ou 100 francs français, pour les membres *titulaires* (directeurs, rédacteurs en chef ou délégués officiels d'un périodique médical), et à 40 lires, ou 50 francs français, pour les membres *adhérents* (journalistes médicaux, médecins non journalistes, personnes accompagnant les congressistes.

Le secrétaire du Congrès est le prof. Saraval, hôpital civil à Venise.

Les adhésions peuvent lui être adressées directement, ou pour les congressistes non italiens, au Dr L.-M. Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, Luxeuil (Haute-Saône), ou à M. Robert Gardette, secrétaire administratif de la Fédération, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES DÉCERNÉES A DES MÉDECINS POUR SOINS GRATUITS A LA GENDARMERIE

(Fin. Voir *G. H.* N° 73, p. 1276.)

Médaille de bronze

(Délivrée après quinze années de soins gratuits.)

Légion de Paris. — MM. Delanoë, La Courneuve (Seine) ; Cara-Costea, Méréville (Seine-et-Oise) ; Perlis, Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise) ; Vicherat, Maule (Seine-et-Oise) ; Pierson, Bezons (Seine-et-Oise) ; Kurzenne, Jouy-en-Josas (Seine-et-Oise).

1re *légion.* — MM. Béra, Ligny-en-Cambrésis (Nord) ; Demarquilly, Vitry-en-Artois (Pas-de-Calais) ; Gelain, Saint-Pol-sur-Mer (Nord) ; Michel, Croisilles (Pas-de-Calais).

2e *légion.* — MM. La Tour de Brie, Grandfresnoy (Oise) ; de Saint-Fuscien, Grandvilliers (Oise) ; Ruré, Rue (Somme).

3e *légion.* — MM. Boucheron, Rugles (Eure) ; Montel, Elbeuf (Seine-Inférieure) ; Sorel, Livarot (Calvados).

4e *légion.* — M. Morice, Orères-en-Beauce (Eure-et-Loir).

5e *légion.* — MM. Folliot, Vendôme (Loir-et-Cher) ; Sallé, Varzy (Nièvre).

6e *légion.* — M. Boissel, Renwez (Ardennes).

7e *légion.* — MM. Billot, Champagnole (Jura) ; Fievet, Saint-Dizier (Haute-Marne).

8e *légion.* — MM. Bollet, Fontaine-Française (Côte-d'Or) ; Nourrissat, Bonnet-de-Joux (Saône-et-Loire) ; Pucheu, Romilly-sur-Seine (Aube) ; Beau, Arcis-sur-Aube (Aube) ; Collenet, Beaune (Côte-d'Or) ; Rasetti, Charolles (Saône-et-Loire).

9e *légion.* — MM. Brunet, Lezay (Deux-Sèvres) ; Giraud, Champdeniers (Deux-Sèvres) ; Abribat, Saint-Flovier (Indre-et-Loire) ; Hébert de La Fousselière, Angers (Maine-et-Loire) ; Voisin, Ligueil (Indre-et-Loire).

10e *légion.* — MM. Lebranchu, Evran (Côtes-du-Nord) ; Lavalley, Villedieu (Manche) ; Tassigny, Créances (Manche) ; Tizon, Ducey (Manche) ; Fèvre, Saint-Brice-en-Coglès (Ille-et-Vilaine) ; Constantin, Valognes (Manche) ; Le Branchu, Rennes (Ille-et-Vilaine).

11e *légion.* — MM. Bréard, Muzillac (Morbihan) ; Jaouen, Pont-l'Abbé (Finistère) ; Penaud, Concarneau (Finistère) ; Le Jolif, Plabennec (Finistère) ; Guinaudeau, Legé (Loire-Inférieure).

12e *légion.* — MM. Couquet, Lillefranche-de-Longchapt (Dordogne) ; Rouffiat, Laroche-Canillac (Corrèze) ; Thévenot, Magnac-Laval (Haute-Vienne) ; Thouvenet, Nantiat (Haute-Vienne) ; Durieux, Ribérac (Dordogne) ; Lamy-Lapeyrière, Mussidan (Dordogne) ; Labrue, Saint-Astier (Dordogne) ; Rouchaud, La Tour-Blanche (Dordogne).

13e *légion.* — MM. Dizeur, La Ricamarie (Loire) ; Gibault, Montluçon (Allier) ; Destre, Terrenoire (Loire) ; Mallet, Saint-Flour (Cantal) ; Bardet, Cusset (Allier) ; Girard, Noirétable (Loire) ; Genillier, Sauxillanges (Puy-de-Dôme) ; Alamartine, Donjon (Allier) ; Jabiol, Condat (Cantal) ; Dom, Jaligny (Allier).

14e *légion.* — MM. Courjon, Meyzieux (Isère) ; Gleyvod, Lyon (Rhône) ; Valois, Tullins (Isère) ; Dumont, Saint-Priest (Isère) ; Saint-Yves, Chalamont (Ain) ; Philipp, Hauteville (Ain) ; Rochaix, Valence (Drôme) ; Maritoux, Saint-Bonnet-de-Mure (Isère) ; Le Tessier, Jujurieux (Ain) ; Ros, Modane (Savoie).

15e *légion.* — MM. Brun, Cavaillon (Vaucluse) ; Alphonsi, Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes) ; Tarbouriech, Tarascon (Bouches-du-Rhône) ; Sicard, Mazargues (Bouches-du-Rhône) ; Clergue, Ledignan (Gard) ; Fanton d'Andon, Grasse (Alpes-Maritimes) ; Roujon, Sumène (Gard) ; Sauze, Septèmes (Bouches-du-Rhône) ; Jeanjean, Génolhac (Gard) ; Bentkowski, Saint-Jean-du-Gard (Gard).

16e *légion.* — MM. Azémar, Carmaux (Tarn) ; Pares, Rivesaltes (Pyrénées-Orientales) ; Fabre, Rivesaltes (Pyrénées-Orientales) ; Pares, Rivesaltes (Pyrénées-Orientales) ; Puech, Ganges (Hérault) ; Sidras, Leucate (Aude) ; Dubarry, Lautrec (Tarn) ; Alary, Naucelle (Aveyron) ; Palauqui, La Nouvelle (Aude) ; Grillère, Castres (Tarn) ; Cazaniol, Fabrezan (Aude) ; Rougé, Durban (Aude).

17e *légion.* — MM. Redoules, Saint-Germain (Lot) ; Lautier, Castelmoron (Lot-et-Garonne) ; Dupui, Vicdessos (Ariège) ; Artigues, Arbas (Haute-Garonne) ; Maachou, Nérac (Lot-et-Garonne) ; Dupin de Laforcade, Aurignac (Haute-Garonne) ; Oustry, Caraman (Haute-Garonne).

18e *légion.* — MM. Groc, Saint-Symphorien (Gironde) ; Melin, Le Boucau (Basses-Pyrénées) ; Flurian, Pauillac (Gironde) ; Baratgin, Lannemezan (Hautes-Pyrénées) ; Plante, Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) .

19e *légion.* — MM. Fournier, Cassaigne (Oran) ; Bernard, Pont-de-l'Isser (Oran) ; Gueidon, Mila (Constantine) ; Molinie, Mers-El-Kébir (Oran) ; Sabadini, Sedrata (Constantine) ; Mougeot, Souk-Ahras (Constantine) ; Pavillard, Palikao (Oran) ; Legroux(Relizane (Oran) ; Salvan, Flatters (Alger) ; Colonna de Leca, Télagh (Oran).

Alsace-Lorraine. — MM. Wack, Puttelange (Moselle) ; Zehnpfenning, Gros-Tenquin (Moselle) ; Ahreiner, Forbach (Moselle) ; Pillot, Sarralbe (Moselle) ; Maulet, Merlebach (Moselle) ; Ringenbach, Carling (Moselle) ; Viville, Hagondange (Moselle) ; Giry, Hagondange (Moselle).

Médaille d'argent

(Délivrée après vingt années de services gratuits.)

Légion de Paris. — M. Chasseray, Paris (Seine).

2e *légion.* — M. Agricole, Ambleny (Aisne).

3e *légion.* — M. Chatel, Duclair (Seine-Inférieure).

4e *légion.* — M. Bouquet, Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir).

7e *légion.* — M. Benoit-Gonin, Nozeroy (Jura).

10e *légion.* — M. Saucet, Equeurdreville (Manche).

11e *légion.* — M. Ezano, Saint-Mars-du-Désert (Loire-Inférieure).

12e *légion.* — M. Fargeot, Lisle (Dordogne).

14e *légion.* — MM. Chataing, Allevard (Isère) ; Wies, Sainte-Colombe (Rhône).

15e *légion.* — M. Decolland-Deshommes, Villeneuve-les-Avignon (Gard).

16e *légion.* — MM. Goiny, Pignan (Hérault) ; Gau, Espezel (Aude) ; Amadou, Bédarrieux (Hérault).

18e *légion.* — M. Gauzere, Tartas (Landes).

19e *légion.* — M. Liagre, Constantine (Constantine).

Médaille de vermeil

(Délivrée après 25 années de soins gratuits)

Légion de Paris. — MM. Julia, Paris (Seine) ; Gosselin, Argenteuil (Seine-et-Oise) ; Huleux, Nogent-sur-Marne (Seine) ; Rabourdin, Rambouillet (Seine-et-Oise) ; Crosse, Gentilly (Seine) ; Maurel, Saint-Chéron (Seine-et-Oise).

1re *légion.* — M. Durot, Iwuy (Nord).

2e *légion.* — MM. Bernard, Nesle (Somme) ; Semper, Marle (Aisne) ; Davesne, Méru (Oise).

3e *légion.* — MM. Ollivier-Beauregard, Deauville (Calvados) ; Grapin, Saint-Valéry-en-Caux (Seine-Inférieure) ; Collignon, Routot (Eure) ; Quesnel, Balleroy (Calvados) ; Heurtaud, Dives-sur-Mer (Calvados) ; Leherissez, Villers-sur-Mer (Calvados) ; Lacaine, Aunay-sur-Odon (Calvados) ; Abbadie, Beaumont-le-Roger (Eure).

5e *légion.* — MM. Charpentier, Prémery (Nièvre) ; Lemaire, Cosne (Nièvre) ; Rivaillon, Entrains (Nièvre) ; Gourdon, la Machine (Nièvre).

6e *légion.* — MM. Gayet, Triaucourt (Meuse) ; Doctobre, Vireux-Molhain (Ardennes).

7e *légion.* — MM. Bonnotte, Poligny (Jura) ; Monnot, Maiche (Doubs) ;! Larue, le Russey (Doubs).

8e *légion.* — MM. Haussmann, Estissac (Aube) ; Laverrière, Cuisery (Saône-et-Loire) ; Joccoton, le Creusot (Saône-et-Loire) ; Descombins, Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire).

9e *légion.* — MM. Durand, Preuilly-sur-Claise (Indre-et-Loire) ; Montaigne, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire) ; Poingt, Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire) ; Gabory, Tiercé (Maine-et-Loire) ; Chapu, Buzançais (Indre) ; Cluzeau, Châtillon-sur-Indre (Indre).

10e *légion.* — MM. Lebrun, Tessy-sur-Vire (Manche) ; Brizé, Châteauneuf-sur-Indre (Indre).

11e *légion.* — MM. Mignen, Pouzauges (Vendée) ; Mabin, Malestroit (Morbihan) ; Mignen, aux Essarts (Vendée) ; Putot, Penhoët (Loire-Inférieure) ; Amerand, Chantonnay (Vendée).

12e *légion.* — MM. Vidalin, Tulle (Corrèze) ; Brunie, Seilhac (Corrèze) ; Beyly, Thiviers (Dordogne) ; Feuillet, Villefagnan (Charente).

13e *légion*. — MM. Ferlut, Lavoûte-Chilhac (Haute-Loire) ; Rousset, Langeac (Haute-Loire) ; Laurent, Buxières-les-Mines (Allier) ; Ginet, Montfaucon (Haute-Loire).

14e *légion*. — MM. Lalande, Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie) ; Voiturier, Ambérieu-en-Bugey (Ain) ; Maillard, Fleurie (Rhône).

15e *légion*. — MM. Cambassedes, Valleraugue (Gard) ; Dehan, Vernoux (Ardèche) ; Sabatier, Lambesc (Bouches-du-Rhône) ; Richard, Bessèges (Gard) ; Roche, les Vans (Ardèche) ; Passeron, Lantosque (Alpes-Maritimes) ; Espagne, Aumessas (Gard).

16e *légion*. — MM. Galabru, Bousquet-d'Orb (Hérault) ; Couderc, Chanac (Lozère) ; Bedos, Olonzac (Hérault) ; Magnes, Villefranche-de-Rouergue (Aveyron).

17e *légion*. — MM. Cartault, Vic-Fezensac (Gers) ; Lapeyre, Fleurance (Gers) ; Bacqué, Damazan (Lot-et-Garonne).

18e *légion*. — MM. Souberbielle, Ustaritz (Basses-Pyrénées) ; Portes, Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées) ; Castaing, Saint-Médard-en-Jalles (Gironde).

19e *légion*. — MM. Borderes, Saint-Cloud (Oran) ; Rougé, Bône (Constantine).

20e *légion*. — MM. Job, Homécourt (Meurthe-et-Moselle) ; Stevenel, Raon-l'Etape (Vosges).

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF SPINAL

DEFINITION.

11e paire cranienne.
Exclusivement motrice.
Formé par la réunion de racines de 2 ordres :
Médullaires ;
Bulbaires.

Le tronc nerveux va n'avoir qu'un très court trajet après sa sortie du crâne pour se diviser *en 2 terminales :*

Interne : qui se jette sur le ganglion plexiforme du X.

Externe : qui va innerver le S.C.M. et le trapèze.

— La terminaison de la branche interne dans le ganglion plexiforme, le point de naissance bulbaire commun du X et du XI traduisent une liaison étroite de ces deux nerfs. Pour certains, le spinal devrait être considéré comme une véritable annexe du pneumo-gastrique (Poirier).

ORIGINES REELLES.

1° *Portion médullaire :*

Des groupes cellulaires antéro-externes de la corne antérieure.

Les fibres venues de ces groupes sortent de la moelle par un trajet spécial en Z.

Cette naissance des fibres médullaires se fait entre :
En haut, l'origine du premier cervical ;
En bas, celle du 5e ou 6e.

2° *Portion bulbaire :*

Vient du noyau vago-spinal (Van Gehuchten).

ORIGINE APPARENTE.

1° *Racines médullaires.*

Elles émergent du *cordon latéral* de la moelle entre les racines antérieures et postérieures des 5 ou 6 premiers nerfs cervicaux.

Les racines médullaires sont au nombre de 5 à 7. S'étagent sur une hauteur de 4 à 5 cm.

L'émergence de chacune de ces racines se fait dans un plan horizontal intermédiaire à ceux des deux racines cervicales adjacentes.

Nous verrons plus loin la réunion de ces racines en un tronc unique qui se constitue peu à peu dans le canal rachidien.

2° *Racines bulbaires.*

4 à 5 filets émergent du *sillon collatéral postérieur* entre :

Au-dessus : les filets d'origine du X ;

En arrière : des racines du XII qui émergent du sillon préolivaire.

Ces filets vont s'unir les uns aux autres pour constituer un tronc d'origine bulbaire qui bientôt va s'unir au tronc formé par l'union des racines médullaires.

CONSTITUTION DU NERF ET TRAJET GENERAL.

Les filets médullaires d'origine vont avoir un trajet sensiblement différent suivant leur niveau de sortie de la moelle.

Ils se rapprochent d'autant plus de l'horizontale qu'ils naissent plus haut.

Les fibres moyennes sont en effet obliques en haut et en dehors.

Les inférieures presque verticalement ascendantes.

Ces dernières se condensent en un petit tronc qui s'accole au cordon latéral de la moelle jusqu'au premier nerf cervical. Il s'écarte alors de ce cordon, reçoit les filets les plus élevés de l'origine médullaire, augmente donc progressivement de volume.

— Il pénètre dans le crâne par le *trou occipital.*

— *S'unit* aux racines bulbaires.

— Traverse la partie toute postérieure de l'étage postérieur pour pénétrer dans le *trou déchiré* postérieur.

TERMINAISON.

Soit dans le trou déchiré postérieur, soit après un très court trajet dans l'espace sous-parotidien postérieur — par division en ses deux branches : Interne ; Externe.

RAPPORTS

1° Dans la portion rachidienne ascendante.

Le spinal médullaire est situé dans l'espace sous-arachnoïdien et répond :

En avant au *ligament dentelé*, et par l'intermédiaire de celui-ci à *l'artère vertébrale*, dont il croise la portion horizontale et qui va lui devenir interne.

En arrière, aux racines postérieures des premiers nerfs cervicaux. Le XI croise ces racines à angle droit, et envoie parfois des *anastomoses aux 2 premiers nerfs cervicaux* avec lesquels il est en rapports particulièrement intimes.

En dedans, c'est le cordon latéral de la moelle avec la pie-mère.

En dehors, les méninges : arachnoïde et dure-mère.

2° Au niveau du trou occipital.

En avant, nerf XII qui va s'enfoncer dans le trou condylien antérieur — première dent du ligament dentelé.

En dehors, condyle de l'occipital. Ligament de l'articulation condylo-atloïdienne. Insertion de la dure-mère au pourtour du trou occipital.

En dedans, artère vertébrale, qui se porte en avant et en dedans, et le sépare de la pyramide latérale du bulbe.

L'artère vertébrale donne à ce moment en regard de l'espace qui sépare le XI du XII, la cérébelleuse inférieure. Celle-ci passe soit en avant, soit en arrière du spinal.

De cette artère part une branche spinale postérieure qui passe entre les fibres d'origine du spinal avant de continuer son trajet descendant en arrière des racines postérieures cervicales.

En arrière et en haut, amygdale du cervelet.

(*A suivre.*) LUCIEN DAVID.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 75. — SAMEDI 19 SEPTEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE doit pourvoir avant le 15 octobre 1936 à la désignation des trois chirurgiens de la *Fondation Paul Marmottan* (rue d'Armaillé, 8e).

Ces emplois sont réservés aux docteurs en médecine de nationalité française (ou naturalisés français depuis 10 ans au moins), anciens internes des hôpitaux de Paris, ayant accompli quatre années entières d'internat.

Les chirurgiens sont logés dans l'établissement où ils assurent à tour de rôle un service de garde de 24 heures.

Ils reçoivent une indemnité annuelle de 30.000 fr. (indemnité soumise aux prélèvements institués par le décret du 20 juin 1936).

Les candidats à ces emplois sont priés d'adresser une demande à cet effet au directeur général de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris (4e) avant le 5 octobre 1936.

Ils pourront obtenir tous renseignements complémentaires en ce qui concerne les droits et les obligations afférents à ces fonctions au bureau du service de Santé de l'administration, 3, avenue Victoria (2e étage).

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin général Fulconis, a été placé, à compter du 15 septembre 1936, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé des troupes coloniales.

MARINE. — Un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé dans les écoles de médecine navale aura lieu courant du mois de juin 1937 à une date qui sera fixée ultérieurement, en vue de la nomination d'un titulaire dans la catégorie : Bactériologie, hygiène.

— Des concours pour l'obtention du titre de spécialiste des hôpitaux maritimes auront lieu dans le courant de l'année 1937 à des dates qui seront fixées ultérieurement.

Une seule nomination sera faite dans chacune des catégories ci-après :

a) Concours de médecine.

Médecine générale.
Bactériologie et anatomo-pathologie.
Médecine légale et neuro-psychiatrie.
Dermato-vénéréologie.
Electro-radiologie et physiothérapie.

b) Concours de chirurgie.

Chirurgie générale.
Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie.
Stomatologie.

SANTÉ PUBLIQUE. — M. le docteur Bellin du Coteau a été nommé conseiller technique au Sous-secrétariat de l'Education physique.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Doyens honoraires : MM. H. Roger et Balthazard. Professeurs honoraires : MM. Achard, Bar, Delbet, J.-L. Faure, H. Hartmann, de Lapersonne, Legueu, Marfan, P. Marie, Mauclaire, Nicolas, Pouchet, Ribemont-Dessaignes, H. Roger et Sebileau. — *Cliniques, cours, conférences et travaux pratiques.*

Travaux pratiques obligatoires :

Semestre d'hiver. — 1re et 2e Années. — Dissection, Histologie, physique médicale, chimie médicale, physiologie, bactériologie.

3e Année. — Anatomie pathologique, pathologie expérimentale, parasitologie.

4e Année. — Pharmacologie, Anatomie médico-chirurgicale et technique opératoire.

5e Année. — Médecine légale.

Semestre d'été. — 2e Année. — Chimie médicale, physiologie.

3e Année. — Manœuvres obstétricales.

4e Année. — Pharmacologie, Anatomie médico-chirurgicale et technique opératoire.

5e Année. — Hygiène.

Les travaux pratiques, auxquels sont astreints les élèves de 1re, 2e, 3e, 4e et 5e années, auront lieu dans les laboratoires de l'Ecole pratique, aux jours et heures indiqués aux horaires qui sont remis aux étudiants immatriculés.

La Bibliothèque est ouverte tous les jours (sauf le dimanche), de 13 h. 30 à 19 h. 15 et de 20 h. à 22 h. 15.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — HISTOLOGIE. — 1° Travaux pratiques supplémentaires. Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu au laboratoire des Travaux pratiques, du 5 au 17 octobre 1936. Les séances auront lieu tous les jours, de 13 h. 30 à 15 h. 30.

Le programme comportera une révision complète du programme de l'ancien et du nouveau régime.

Ces travaux sont destinés notamment aux étudiants dont les travaux pratiques n'ont pu être validés par suite d'absences ou d'application insuffisante.

2° Conférences complémentaires d'histologie et d'embryologie.

En vue de la préparation à l'examen de la session d'octobre, des conférences théoriques de révision du programme auront lieu chaque jour, du 2 au 22 octobre, à 17 heures, Salle Laguesse (escalier G, 2e étage).

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit d'inscription est de : 150 francs pour les Travaux pratiques, 50 francs pour les Conférences complémentaires.

— CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE (121, boulevard de Port-Royal). professeur : A. Couvelaire. — Stage et cours de perfectionnement du 5 au 31 octobre. — Sous la direction du professeur Couvelaire, avec l'assistance de MM. Portes, Desnoyers, Ravina, Lacomme, Digonnet, Bureau, accoucheurs des Hôpitaux; M. Aurousseau, chirurgien des Hôpitaux; M. Powilewicz, Mme Anchel-Bach, Mme Fayot-Petit-Maire, anciens chefs de clinique; M. Roger Couvelaire, chef de clinique chirurgicale; M. Lepage, chef de clinique; MM. Coen, Grasset, Landrieu, anciens internes des Hôpitaux; M. Boros, interne des Hôpitaux; M. Mouchotte, aide de clinique.

Droit d'inscription : 250 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Professeur : M. Gougerot. Hôpital Saint-Louis. — *Travaux pratiques de laboratoire.* — Une série de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la Dermatologie et à la Syphiligraphie, aura lieu au laboratoire de la Faculté (Hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle le Docteur Olga Eliascheff, chef de laboratoire, le 13 octobre.

Les séances auront lieu les mardis et samedis, de 17 à 19 heures.

Prix du cours : 500 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h. ou Salle Béclard (A.D.R.M.) tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Pour tous renseignements : S'adresser à Mlle le docteur Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, Hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, les mardis et vendredis de 10 à 11 h.

NOUVEAU JOURNAL. — Le docteur Georges Audain nous informe qu'il fera paraître en octobre un nouveau périodique médical bi-mensuel : *L'Entente médicale*, revue de médecine pratique et de défense professionnelle.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du professeur Arcangelo Ilvento, vice-directeur de la Santé publique du Royaume d'Italie et vice-président de la Fédération pour la lutte contre la tuberculose.

Le professeur Ilvento a joué un rôle capital dans l'organisation de la médecine sociale et de l'hygiène. Pendant la guerre d'Ethiopie, il fut le chef du service sanitaire du ministère des Colonies.

Pour honorer sa mémoire, la Fédération italienne nationale fasciste vient de créer sous le nom de « Fondation Arcangelo Ilvento » un prix biennal en faveur des meilleurs travaux de médecine sociale de la tuberculose.

— On annonce la mort du docteur Amédée Borrel, professeur d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de médecine de Strasbourg, directeur de l'Institut de bactériologie, ancien chef de service à l'Institut Pasteur de Paris, décédé à Cazouls-les-Béziers.

De MM. les docteurs Waclaw Jasinski, professeur de pédiatrie à Vilno (Pologne); Stanislas Wladyczko, professeur de neurologie à Vilno; Pein (Prosper), professeur honoraire au lycée Henri IV; Billaux (de Saint-Quentin), Morival (de Bailleul).

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la fin tragique du « Pourquoi Pas » et la mort de son commandant le docteur Jean Charcot, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences, grand officier de la Légion d'honneur. Dans quelques jours nous rappellerons l'œuvre de ce grand Français.

LIVRES NOUVEAUX

Syphilis et grossesse, Un des aspects du problème de la mortinatalité (1). — MM. GIRARD et J. RISTERUCCI. Il est certain que le plus grand facteur de mortinatalité est la syphilis. La présente brochure, fruit de dix ans de collaboration d'un dispensaire antivénérien et d'une consultation prénatale à Toulon, confirme, s'il en était besoin, l'importance de cette constatation et montre, tant au point de vue mortinatalité qu'à celui de l'amélioration de la santé générale des enfants qu'on a soustraits aux conséquences de l'infection parentale, l'importance du rôle de la médecine sociale, des infirmières visiteuses et de la persévérance de leur activité bien dirigée.

L. BABONNEIX.

(1) Paris 1936, N. Maloine.

REVUE GENERALE

LES PARAPLÉGIES POTTIQUES[1]

Par M. Pierre LANCE.

Diagnostic. — I. DIAGNOSTIC POSITIF. — Les éléments les plus importants sont fournis, d'une part par l'étude des caractères neurologiques de la paraplégie permettant de la situer dans le cadre des paraplégies par compression médullaire et, d'autre part, par l'examen rigoureux, clinique et radiologique, du rachis. Dans bon nombre de cas (surtout chez l'enfant) la lésion rachidienne est déjà connue ou facilement décelable ; nous n'en rappellerons pas les signes. Mais parfois, la lésion rachidienne peut rester muette cliniquement et même radiologiquement ; Sorrel et Mme Sorrel, Clovis Vincent et Darquier ont attiré l'attention sur ces formes où la lésion pottique, suffisante pour déterminer une paraplégie, ne donnait pas, cependant, de signe manifeste sur les clichés radiographiques.

On s'est donc attaché à préciser les renseignements complémentaires fournis par différents examens : examen du liquide céphalo-rachidien, épreuve du blocage manométrique, transit lipiodolé. Quoique intéressants, ces examens n'ont cependant qu'une valeur diagnostique très secondaire, quant à la nature tuberculeuse de l'agent de compression.

1° *L'examen du liquide céphalo-rachidien* montre au cours de l'évolution de la paraplégie, une dissociation albumino-cytologique (pouvant aller jusqu'au syndrome de Froin), mais uniquement dans le liquide prélevé par voie basse au-dessous du foyer pottique. Au-dessus du foyer de compression le liquide céphalo-rachidien est sensiblement normal.

Cette dissociation disparaîtrait avec la guérison de la paraplégie et la terminaison du mal de Pott ; Butler et Seddon semblent attacher une valeur pronostique aux modifications révélées par des examens successifs.

2° *L'épreuve manométrique lombaire* montre les faits suivants :

Blocage complet en cas de paraplégie en pleine évolution ;

Lorsque la paraplégie régresse, le blocage devient incomplet ; il peut rester partiel alors que la paraplégie est guérie depuis peu de temps ; cette épreuve n'a donc aucune valeur pour préciser l'évolution de la compression : « elle est en retard sur les constatations cliniques puisque, lors de la régression, puis de la guérison d'une paraplégie, l'amélioration clinique s'observe souvent des mois avant que le graphique de Stookey redevienne normal ». (Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine.)

3° *Transit lipiodolé.* — Déterminant avec exactitude la hauteur de la compression, il a semblé qu'on pouvait lui demander plus, et essayer de préciser, par ce moyen, la nature de l'agent de compression en cause.

Théoriquement on a montré (Mme Sorrel-Déjerine, Laplane) que dans les paraplégies pottiques guéries ayant revêtu une forme transitoire (par œdème ou troubles vasculaires), le transit lipiodolé reste normal.

Dans les paraplégies guéries, mais liées au développement d'un abcès intra-rachidien, il persiste un léger accrochage au niveau de la lésion primitive, mais cette image n'est que transitoire et le lipiodol descend dans les jours qui suivent.

Dans les paraplégies encore en évolution, et en rapport avec un *abcès intra-rachidien* on observe un arrêt lipiodolé dont la limite inférieure n'est pas horizontale ; elle semble pousser un ou plusieurs prolongements pouvant réaliser des aspects en pinceau, en peigne, en fond de bouteille, etc... Cet arrêt persiste tant que la paraplégie est en évolution.

Enfin, lorsqu'il s'agirait d'une compression en rapport avec une « pachyméningite », l'arrêt persistant présenterait une limite inférieure nette et horizontale.

Mais il ne faut pas accorder, semble-t-il, une valeur trop considérable à ces constatations. Bonola a observé des arrêts partiels avec une pachyméningite ; il y a lieu de tenir compte également du degré d'incurvation de la colonne vertébrale ; lorsque cet inflexion est très marquée, elle peut suffire à arrêter momentanément le passage du lipiodol.

Au total il ne paraît pas qu'aucun des examens complémentaires puisse apporter d'une manière constante un élément de certitude sur la nature étiologique de l'agent de compression. D'ailleurs certains auteurs conseillent, sauf en cas de nécessité absolue, de se montrer parcimonieux d'exploration intra-rachidienne chez un malade atteint vraisemblablement de paraplégie pottique ; Guillain et Laroche n'ont-ils pas rapporté des aggravations consécutives à une simple ponction lombaire ? (1)

II. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Dans la très grande majorité des cas la paraplégie apparaissant lorsque le mal de Pott est connu, le diagnostic ne souffre aucune difficulté.

Cependant il n'est pas exceptionnel, surtout chez l'adulte, de voir survenir la paraplégie comme première manifestation d'une lésion vertébrale et parfois ni l'examen clinique du rachis, ni les clichés radiographiques ne permettent de reconnaître d'emblée la nature tuberculeuse de la lésion.

Parmi les affections du rachis qui peuvent déterminer l'apparition d'une paraplégie, nous citerons :

Les *spondylites compressives infectieuses* qu'accompagnent en général un processus d'épidurite. Les antécédents (furonculose, anthrax) ont ici une réelle importance ; radiologiquement, l'aspect est assez différent du mal de Pott : intégrité des disques, lésion latérale du corps vert. sans affaissement de la vertèbre ;

Les *paraplégies par cancer vertébral* sont précédées en général d'une phase de douleurs radiculaires extrêmement intense ; si habituellement les images radiographiques n'évoquent pas l'idée d'un mal de Pott, avec leurs érosions destructives et les modifications d'opacité du corps vertébral, les disques ayant conservé leur aspect normal (Coste), il faut savoir que dans certains cas des images pseudo-pottiques peuvent être réalisées, surtout à la phase initiale ; et c'est parfois devant la marche, rapide, intensément douloureuse, de la paraplégie qu'on en viendra à évoquer la possibilité d'un néoplasme primitif du rachis ;

(1) *Fin.* Voir *Gaz. Hôp.*, n° 73.

(1) GUILLAIN et LAROCHE. *Soc. Méd. des Hôpit.*, 27 mai 1921, p. 794.

Les *lésions du cancer secondaire*, plus fréquentes, sont en règle bien caractérisées et il est assez rare qu'un examen clinique minutieux n'arrive pas à découvrir le foyer primitif, si ce dernier était resté jusque-là latent.

Citons encore les *compressions médullaires par nodule fibro-cartilagineux* provenant d'un disque intervertébral ; l'évolution clinique est calquée sur celle d'une tumeur juxta-médullaire, mais sur les clichés radiographiques il y a pincement d'un disque intervertébral contrastant d'ailleurs avec l'intégrité des corps vertébraux ; parfois, surtout à la région dorsale, on peut voir sur les clichés le nodule ossifié, agent de la compression (Petit-Dutaillis).

Quand il s'agit d'une *compression intra-rachidienne* (soit par tumeur juxta-médullaire, soit par tumeur médullaire), le diagnostic repose en principe sur deux ordres de faits :

D'une part, l'*intensité* de la phase *radiculaire unilatérale* qui précède parfois durant des semaines l'installation de la paraplégie ; celle-ci peut réaliser au début un syndrome de Brown-Sequard ;

D'autre part, l'*absence* de *signes osseux rachidiens* et l'image caractéristique fournie par l'arrêt lipiodolé : image en dôme avec prolongements latéraux s'il s'agit d'une compression juxta-médullaire, essaimage du lipiodol en fines coulées latérales de chaque côté du renflement en cas de tumeur médullaire.

Cependant les erreurs ne sont pas exceptionnelles ; on a décrit des formes pseudo-pottiques des tumeurs médullaires, et Seddon insiste sur l'existence de paraplégies pottiques réalisant en tout point un syndrome pseudo-tumoral (forme dont il considère d'ailleurs le pronostic comme sévère) ; on conçoit fort bien qu'un tuberculome « cru » puisse simuler parfaitement une tumeur spinale (comme dans l'observation de Robineau citée par Sorrel) (1). Seule une laminectomie exploratrice permet, en pareil cas, de reconnaître la nature exacte de la compression.

***

Traitement. — La paraplégie ne représente qu'une complication dans l'évolution du mal de Pott, et à ce titre elle bénéficie du traitement général de toute tuberculose vertébrale. On a même montré, et toutes les statistiques en font foi, que dans bien des cas (81 %, Bonola) elle survient au cours d'un mal de Pott non immobilisé préalablement ou immobilisé insuffisamment ; c'est dire que la meilleure façon de prévenir cette complication majeure consiste dans un traitement rigoureux et suffisamment prolongé de la lésion vertébrale.

La paraplégie installée, deux ordres de traitement peuvent lui être appliqués : traitement non sanglant, traitement chirurgical.

Disons tout de suite que le premier doit être appliqué à toutes les paraplégies sans exception ; le second n'a, semble-t-il, que des indications rares et correspondant à des cas bien déterminés.

(1) *Bull. et mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 27 févr. 1929, p. 335.

Traitement orthopédique. — Il paraît oiseux d'y insister, car c'est à vrai dire le traitement habituel du mal de Pott :

Action sur l'état général dont la cure hélio-marine ou hélio-thérapique représente l'élément le plus important ;

Immobilisation stricte du foyer vertébral ; il n'est pas besoin d'insister sur l'effet favorable que ce seul geste thérapeutique peut avoir sur certaines paraplégies dites transitoires. On peut se contenter, lorsqu'il s'agit d'un foyer lombaire, du décubitus simple sur un matelas très dur (du type par ex. lit de l'hôpital maritime de Berck) ; une cale en bois placée sous le matelas lui imprime un dos d'âne destiné à provoquer des lordoses de compensation.

Lorsque la lésion siège sur une portion plus mobile du rachis il est indispensable de placer le malade dans un corset plâtré ou mieux un lit plâtré avec ou sans minerve suivant la hauteur du mal de Pott.

Si la contracture est très marquée on a intérêt, pour éviter les rétractions, à appliquer une extension continue au niveau des membres inférieurs.

De tels malades ont besoin de soins hygiéniques très rigoureux ; il faut apporter une grande asepsie au traitement des escarres (qu'on exposera si possible au soleil), aux sondages vésicaux lorsque ceux-ci sont jugés nécessaires. C'est d'ailleurs assez rare ; au début si les mictions par regorgement vident très insuffisamment la vessie, on peut les compléter par pression hypogastrique ; plus tard l'automatisme vésical suffit en général à assurer une évacuation incomplète mais suffisante.

Traitement chirurgical. — La longue durée des paraplégies pottiques avant d'arriver à guérison, le fait que certaines d'entre elles ne guérissent pas, expliquent que nombre d'auteurs aient cherché, depuis fort longtemps, à obtenir une guérison plus rapide ou plus sûre, autrement que par la seule immobilisation et le traitement général.

Nous pouvons distinguer deux catégories d'interventions chirurgicales :

1° Les unes, que l'on pourrait qualifier de « palliatives » cherchent soit à améliorer directement la paraplégie en agissant sur la contracture, soit indirectement par immobilisation chirurgicale du foyer pottique ;

2° Les secondes sont à visée « curatrice » par action directe ou indirecte sur l'agent de compression : évacuation de l'abcès médiastinal par ponction ou après costo-transversectomie ; ponction de l'abcès intra-rachidien ; laminectomie et exérèse, si possible, de l'agent de compression.

1° *Interventions dites palliatives.*

a) *Interventions sur le sympathique.* — On sait depuis les travaux de Baeker, Sherrington, que la tonicité de la fibre musculaire est sous la dépendance du sympathique.

Il semble que ce soit Leriche qui ait appliqué pour la première fois cette notion théorique au traitement des paraplégies pottiques ; ayant pratiqué chez un malade atteint de paraplégie hyper-spasmodique la section des rami-communicantes des troisièmes et quatrièmes lombaires il obtint très vite une amélio-

ration de la contracture (1924) ; Chrasserini pratiqua la même opération, mais sans résultat.

Nous ne croyons pas que ces exemples furent suivis.

Nous en rapprocherons les tentatives de Diez qui s'est fait le défenseur de la *Gangliectomie sympathique lombaire ;* en 1933, il apportait sa 5e observation personnelle de paraplégie pottique traitée de cette façon, les quatre autres malades restant guéris depuis 5 ans, 2 ans, 2 ans, 1 an. D'après cet auteur, la régression de la paraplégie s'observerait dans les 24 heures qui suivent la gangliectomie : réapparition des mouvements des orteils puis du cou-de-pied, etc..., le retour à la mobilité se caractérisant, au début, par une extraordinaire sensibilité à la fatigue ; la marche peut être reprise au bout du 3e mois.

Diez considère que la gangliectomie agit favorablement sur le régime circulatoire de la moelle, en provoquant une vaso-dilatation paralytique, et par là sur son activité physiologique.

Théoriquement on peut objecter à cette méthode, qui d'ailleurs ne s'est pas généralisée, qu'elle est vouée à un échec certain dans les formes où justement il y aurait intérêt à intervenir en raison de la nature de l'agent de compression (compression osseuse ; épidurite scléreuse) et qu'elle ne s'adresse guère qu'à des formes éminemment curables spontanément.

b) *Arthrodèse du rachis.* — Devant l'excellence des résultats obtenus par l'ankylose chirurgicale du rachis dans le traitement du foyer vertébral, on s'est demandé s'il n'y avait pas là un moyen capable d'avoir indirectement une action favorable sur l'évolution de la paraplégie. (Nous n'envisageons ici que la greffe seule et non comme complément d'une autre intervention : laminectomie par exemple.)

Passons sur les inconvénients théoriques que peut comporter une telle intervention faite sur des malades dont les tissus sont peu résistants, qui sont susceptibles de faire des escarres, de présenter des troubles sphinctériens.

Deux points sont surtout importants : l'intervention est-elle dangereuse ? Est-elle efficace ?

Il semble bien que les cas où l'exécution d'une greffe d'Albee), de Leriche (évolution rapide et fagie pottique restent aussi classiques que rares ; nous n'avons relevé que les observations de Moreau (paraplégie flasque apparue immédiatement après une greffe d'Albee ait déterminé ou aggravé une paraplétale d'une paraplégie malgré une greffe), et de Bonola (quadriplégie apparue un mois après une arthrodèse du rachis). Au demeurant, il ne semble pas que faite sous anesthésie locale avec prudence, douceur, hémostase soignée, une telle intervention puisse être très shockante.

Mais son *efficacité* est beaucoup plus discutée.

Certains auteurs ont rapporté des succès indéniables, tel ce cas de Leriche où une ostéosynthèse du rachis guérit en moins de trois mois un homme atteint de quadriplégie. Jacobovici a obtenu 3 succès sur 5 interventions ; Radulescu, qui a opéré 28 cas, considère que dans l'ensemble la synostose vertébrale a une influence favorable ; Nordenboos et Kopp en sont également partisans.

Cependant on a fait remarquer que parfois la greffe n'empêche pas l'apparition ultérieure d'une paraplégie ; Sorrel a rapporté plusieurs observations où les troubles nerveux sont apparus de quelques mois à deux ans après l'intervention.

Deux tendances se font jour entre ceux qui, à la suite de Leriche, sont partisans de la greffe malgré la paraplégie, et ceux qui ayant pesé équitablement avantages et inconvénients de l'intervention trouvent « plus sage de s'abstenir pendant la *période d'évolution* de la paraplégie » (Sorrel).

Dès que la guérison de la paraplégie est réalisée ou en voie de réalisation, le malade doit être traité comme un pottique ordinaire et l'arthrodèse du rachis reprend tous ses droits.

2° *Interventions à tendance curatrice.* — Elles cherchent toutes à supprimer ou à diminuer la compression médullaire, soit indirectement par évacuation de l'abcès médiastinal, soit directement par exérèse de l'agent de compression après laminectomie.

a) *Evacuation par ponction de l'abcès médiastinal ou intra-rachidien.* — Théoriquement l'évacuation du pus contenu dans l'abcès médiastinal doit diminuer la tension dans toute l'étendue de la poche et en particulier dans le cul-de-sac intra-rachidien, amenant ainsi une décompression médullaire. Et Ménard avait signalé le premier un cas où l'ouverture à l'extérieur d'un abcès latéro-vertébral avait coïncidé avec la guérison de la paraplégie.

C'est en 1908 que Funck pratique pour la première fois avec succès une ponction de l'abcès médiastinal ; la méthode a été reprise par nombre d'auteurs, Schede, Sorrel et Mme Sorrel, Putti ; Valtancoli et Zanoli en ont donné une technique précise : la situation de l'abcès latéro-vertébral est repérée avec soin au moyen de clichés de face et de profil par rapport au rachis et à l'œsophage, ce dernier étant rempli par une solution de baryte.

Calvé a tenté de faire mieux en proposant la ponction directe de l'abcès intra-rachidien au moyen d'un trocart courbe construit à cet effet ; on introduit celui-ci par le trou de conjugaison et on l'amène en rasant la face postérieure du corps vertébral, jusque sur la face antérieure de la dure-mère où doit se trouver l'abcès ; même dans les cas où l'aspiration ne retire rien, la ponction crée une voie de décharge par laquelle l'amas fongueux pourrait ultérieurement s'éliminer.

A cette technique, on a reproché, outre sa difficulté (« je n'ai pas cherché à évacuer le pus par la technique de Calvé qui me paraît au-dessus de mes forces », P. Delbet), la possibilité de blesser soit les organes du trou de conjugaison, soit la moelle elle-même lorsque le trocart chemine dans le canal rachidien. Cependant, entre les mains de son auteur, cette méthode a donné 50 % de guérisons assez rapides de la paraplégie.

Quant à l'évacuation bien inoffensive de l'abcès médiastinal elle n'a amélioré que 3 des 16 malades de Valtancoli et Zanoli.

A vrai dire ces méthodes sont vouées inévitablement à un nombre assez considérable d'échecs :

1° Difficulté de trouver l'abcès, quelle que soit la précision apportée à son repérage, ou la dextérité manuelle de l'opérateur ;

2° Les abcès parfaitement liquides semblent rares ; de plus il ne faut pas considérer l'abcès froid intra-rachidien comme une poche souple dont les parois vont s'accoler dès que le liquide a été retiré ; la paroi épaisse, bourrée de fongosités sur sa face interne, adhère par sa face externe aux tissus voisins qui sont fortement épaissis ; ce n'est pas l'évacuation de quelques centimètres cubes de pus qui est capable de modifier sensiblement le régime vasculaire de la région, d'atténuer l'importance de la compression médullaire ;

3° L'abcès représente sans doute la cause de paraplégies pottiques pour laquelle l'acte thérapeutique est le plus discutable, car il détermine presque toujours des formes spontanément curables ; et ceci explique sans doute quelques-uns des succès rapportés plus haut.

b) *Evacuation de l'abcès après costo-transversectomie.* — En proposant cette intervention, Ménard avait pour objet de frayer au chirurgien un accès direct par voie latérale sur le foyer caséeux siégeant à la face antérieure du rachis. Après avoir fait sauter la partie postérieure d'une ou deux côtes et les apophyses transverses correspondantes, on arrive assez facilement sur la collection dont le pus plus ou moins grumeleux s'écoule spontanément. Les résultats immédiats furent assez favorables (13 grosses améliorations post-opératoires sur 23 cas), mais les suites éloignées le furent moins en raison de la persistance de la fistulisation, ou de l'infection secondaire.

Cependant la costo-transversectomie a été reprise et utilisée par quelques auteurs, Jackson-Clarke, Wassiliew, Steindler, etc... ; Massart et Ducroquet préconisent la ponction de l'abcès à travers la brèche opératoire plutôt que l'ouverture suivie de drainage comme le faisait Ménard ; Girdlestone insiste sur la nécessité de continuer l'immobilisation des sujets après l'intervention, la costo-transversectomie n'étant qu'une étape dans leur traitement ; il y associe même volontiers une greffe d'Albee.

Il est indéniable que cette intervention de technique assez simple comporte un certain nombre d'avantages (Seddon) : outre qu'elle attaque directement la cause de certaines paraplégies, elle permet toujours l'évacuation à peu près complète de la cavité de l'abcès et réduit de ce fait la toxicité du foyer, ce qui est peut-être le facteur le plus important (Butler) ; enfin le drainage, si on le pratique, se fait à distance de la moelle.

Ce n'est pas tant, en effet, l'évacuation de la collection qui détermine l'amélioration, que le drainage du foyer inflammatoire ; ce drainage, en diminuant la congestion vasculaire, amène assez rapidement la rétrocession de l'œdème. Nous avons là, à la fois la critique de cette intervention et l'explication des résultats « surprenants » qu'elle comporte quelquefois.

Si l'on se reporte, en effet, à la statistique de Ménard, qui demeure la plus importante et la plus homogène, on constate plusieurs faits :

— Dans certains cas il y eut amélioration de la paraplégie, malgré l'absence de tout écoulement de pus (obs. 48 par exemple) ;

— La plupart des améliorations (13 sur 23) s'observèrent dans les 24 heures qui suivirent l'intervention : apparition de petits mouvements volontaires au niveau des orteils, sensibilité moins obtuse. Mais il ne semble pas, et ce point est essentiel, que dans l'ensemble l'intervention ait raccourci notablement l'évolution normale de la paraplégie : la marche ne peut être reprise qu'au bout de quatre mois (obs. 49), de six mois, huit mois dans d'autres cas (ce qui dépasse largement les délais normaux nécessaires à la récupération motrice d'une quelconque compression médullaire). Sans méconnaître l'influence favorable que paraît avoir l'évacuation chirurgicale de l'abcès latéro-vertébral, il ne faut pas accorder à cette méthode une valeur curatrice absolue ; et beaucoup d'auteurs admettent, avec Seddon, qu'il convient de la réserver à des cas bien déterminés : dans les paraplégies précoces, par exemple, quand, au bout de six mois, il n'est apparu aucune amélioration manifeste de la motilité volontaire.

c) *La laminectomie.* — C'est sans doute la plus ancienne des interventions pratiquées dans le traitement de la paraplégie pottique, puisque Chipault, dans ses Etudes de chirurgie médullaire (1), rapporte des cas opérés sans succès par Meyer dès 1846 et Maisonneuve dès 1860 ; en 1882, Ollier publie le premier cas suivi de guérison ; pendant une vingtaine d'années la laminectomie allait connaître une certaine vogue : Horsley, Lane, Schede rapportent chacun plusieurs observations heureuses ; en 1892, Lloyd, dans une étude statistique basée sur 92 cas recueillis dans la littérature, donnait les résultats suivants :

Mortalité post-opératoire......	16,6 p. 100
Guérison	28,9 p. 100
Amélioration	12,5 p. 100

et il estimait que la laminectomie était indiquée dans 50 p. 100 des paraplégies pottiques.

Cependant une réaction se dessinait, et Chipault après avoir étudié le résultat de plus de cent laminectomies, concluait : « Ces interventions, même le plus largement faites, ont été loin de donner ce qu'on avait espéré, et il semble que définitivement on doive les restreindre à quelques variétés spéciales et rares... » Et Ménard, souscrivant pleinement à ces conclusions, s'en montrait l'adversaire déclaré, invoquant, outre son inefficacité indiscutable dans bon nombre de cas, les dangers auxquels elle expose ; en particulier la suppression des arcs postérieurs rend éminemment fragile une colonne vertébrale dont les corps sont rongés par la carie tuberculeuse.

Depuis quelques années certains auteurs ont tenté sa réhabilitation ; dès 1924, Fraser recommandait la *laminotomie double* ; l'arc postérieur libéré, on laisse en place les lames sectionnées ; le canal vertébral se trouve par là même agrandi, et c'est à cet élargissement du canal que l'auteur attribue les améliorations qu'il aurait eues dans six cas.

Mais c'est surtout sous l'influence de Girdlestone, Radulescu, de Leriche et Lefort en France que revient en discussion l'opportunité de la laminectomie dans

(1) CHIPAULT. *Travaux de Neurologie Chirurgicale*, Paris 1896.

certaines paraplégies rebelles au traitement purement orthopédique.

1° *Gravité. Inconvénients.* — Si elle ne comporte pas de gravité immédiate (Le Fort n'a perdu aucun malade à la suite de 18 interventions), en revanche elle semble compromettre singulièrement la statique vertébrale.

Le rachis déjà interrompu en avant, et relié seulement d'un segment à l'autre par la série des arcs postérieurs, se trouve après laminectomie, presque entièrement séparé en deux parties indépendantes. Comment ne pas craindre une inflexion progressive de la colonne vertébrale ?

Et de fait, malgré une immobilisation post-opératoire très stricte, on a observé des cas où s'est produit un effondrement notable de la colonne vertébrale avec augmentation de la gibbosité ; et Sorrel concluait de l'observation qu'il a rapportée récemment : « La laminectomie chez un pottique n'est pas une opération sans conséquence grave pour l'avenir. »

Remarquons cependant que l'on peut associer laminectomie et greffe d'Albee ; Girdlestone, Leriche conseillent de faire cette association systématiquement : on peut placer le greffon latéralement dans l'angle des lames et des apophyses transverses (Leriche) ou postérieur (passant en pont au-dessus de la brèche de laminectomie). Mais dans ce dernier procédé ne peut-on craindre que le greffon ne vienne lui aussi faire office d'agent de compression ? (Le Fort).

2° *Résultats.* — Théoriquement la laminectomie libère la moelle, la protège et la place dans les conditions les plus favorables pour permettre une restitutio ad integrum rapide (Girdlestone).

Plutôt que de donner des statistiques forcément peu importantes du point de vue numérique, et disparates, nous envisagerons les résultats d'après les lésions trouvées à l'intervention ; c'est indiscutablement le facteur qui a le plus d'influence sur le succès ou l'échec des laminectomies.

Remarquons d'ailleurs la difficulté qu'on éprouve parfois à apprécier exactement l'efficacité d'une telle intervention ; l'amélioration n'est pas toujours immédiate car la récupération motrice nécessite habituellement un délai de plusieurs semaines (quelle que soit la nature de la compression médullaire) ; à partir de quel moment (au moins trois mois pour certains, Petit-Dutaillis) faut-il considérer qu'il n'y a plus de rapport entre l'amélioration constatée et l'intervention pratiquée ?

L'éventualité incontestablement la plus favorable pour le chirurgien est celle où l'*agent de compression est postérieur* et où l'ablation des lames vient littéralement « soulager » la moelle. On tend à considérer que cette disposition, considérée par Ménard comme impossible, n'est pas très rare : soit que la moelle soit repoussée en arrière par des fongosités antérieures, ou qu'elle soit comprimée par une intrication des lames secondaire à un tassement rachidien important. Quoi qu'il en soit Le Fort ayant rencontré cette disposition 8 fois a obtenu 5 grosses améliorations rapides de la paraplégie, dont certaines étaient fort anciennes, datant de 3 ans, 2 ans et 1/2, etc...

Dans une deuxième éventualité on trouve des viroles fibreuses qui enserrent la moelle ; on peut en enlever la partie postérieure sans ouvrir la dure-mère, mais il faut savoir que cette libération est toujours laborieuse et fortement hémorragique. Les résultats sont beaucoup moins favorables que dans le cas précédent : 3 laminectomies faites dans ces conditions n'ont donné à Le Fort que 2 améliorations minimes et un résultat nul. Notons, d'autre part, que la récidive du processus de sclérose est possible : dans 2 observations (cas 3 et 6 de Le Fort) la paraplégie récidiva et une deuxième laminectomie faite un an, et trois ans et demi après la première, montra qu'il s'agissait encore de la même lésion.

Mais en règle l'*obstacle est anté-médullaire* et l'on conçoit facilement les échecs de l'intervention : la moelle est à « l'aise dans le canal rachidien » et l'on ne peut pratiquer l'exérèse de l'agent de compression.

Seddon dit bien qu'en cas de séquestre libre, l'extirpation est possible, mais il n'apporte aucune observation ; s'il s'agit d'éperons osseux en continuité avec les corps vertébraux toute tentative est illusoire.

Parfois on a trouvé un abcès pré ou latéro-médullaire : ni son exérèse comme dans le cas de Robineau, ni son évacuation comme dans les observations de Sorrel et de Girdlestone, ne modifièrent l'évolution de la paraplégie.

Indications. — C'est, sans doute, le chapitre le plus controversé de cette question car « la réalité complexe et changeante des faits » ne saurait être soumise à des règles étroites ou systématiques. La difficulté fondamentale réside d'ailleurs dans l'impossibilité, où l'on se trouve fréquemment, de déterminer avec certitude la nature de l'agent de compression. Aussi quelques auteurs, comme Leriche, ont-ils soulevé la légitimité de pratiquer, dans certains cas, une laminectomie véritablement exploratrice.

On doit toujours, et il y a unanimité sur ce point, commencer par un traitement orthopédique rigoureux et prolongé ; certains y adjoignent très rapidement, lorsque l'état général le permet, une greffe d'Albee. On ne doit commencer à envisager la possibilité d'un acte chirurgical que *devant l'échec d'un traitement immobilisateur prolongé,* ou lorsque l'on a des arguments suffisants pour suspecter l'existence d'une compression osseuse.

Dans les paraplégies précoces, pareille éventualité est exceptionnelle puisqu'elles arrivent spontanément à guérison dans 80 à 90 % des cas.

Cependant, lorsqu'au bout de six mois (Girdlestone, Seddon), un an à dix-huit mois (Le Fort, Petit-Dutaillis), il n'est apparu aucune amélioration de la motilité volontaire, ou si après une phase d'amélioration, la paraplégie reste stationnaire ou s'aggrave, on peut être amené à discuter l'opportunité d'une intervention. S'il existe un abcès médiastinal important, les auteurs anglais se montrent assez partisans d'une costo-transversectomie qui décongestionne le foyer rachidien, en diminue la toxicité et améliore de ce fait l'état circulatoire de la moelle. La laminectomie est au contraire plus rationnelle dans les formes avec gibbosité importante où l'on peut avoir la chance de rencontrer une compression osseuse postérieure ; elle

serait formellement indiquée dans ces cas, d'ailleurs très rares, de paraplégies pottiques réalisant un syndrome pseudo-tumoral (Seddon).

A vrai dire, c'est surtout à propos des paraplégies tardives qu'un certain nombre d'auteurs se sont élevés contre une abstention systématique qui paraît un peu excessive devant des lésions incurables spontanément. Mais là encore on se heurte à l'incertitude qui règne sur la cause exacte de la paraplégie :

S'il y a eu reprise du foyer pottique, mieux vaudrait s'adresser encore à une ponction de l'abcès médiastinal après costo-transversectomie (Girdlestone) ;

En cas de grosse gibbosité on s'oriente vers une laminectomie décompressive ; même en son absence, alors qu'on doit admettre la possibilité d'un processus d'épidurite scléreuse et malgré la médiocrité des résultats que comporte une laminectomie faite dans ces conditions, certains estiment (Leriche, Le Fort, Petit-Dutaillis) qu'on est en droit de la pratiquer ; d'autres auteurs (Sorrel, Seddon) préfèrent l'abstention, considérant ces lésions comme au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Bien que l'on ait rapporté quelques succès de laminectomie faites sur des paraplégies fort anciennes (un cas de Trendelenburg datait de 17 ans, un autre de Ménard de six ans) il semble qu'il n'y ait pas intérêt à attendre pareils délais ; et les auteurs partisans de l'intervention estiment que, pour ces paraplégies tardives, il ne faudrait pas dépasser le délai de six mois.

Avant d'intervenir il faut tenir d'ailleurs grand compte de l'état général, des lésions associées, du type même de la paraplégie : une paraplégie flasque traduit habituellement une lésion irréparable de la moelle ; la forme cutanéo-réflexe serait également une contre-indication à toute tentative chirurgicale (P. Delbet).

Bibliographie

Il est impossible de donner une bibliographie complète de cette question ; pour les publications antérieures à 1926 voir le livre de Mme Sorrel-Déjerine. Contribution à l'étude des paraplégies pottiques. Masson 1926.

Bonola. *La paraplégie pottique.* Revue statistique, anatomique, clinique et thérapeutique, *Archivio di medicina e chirurgia*, avril 1935, p. 189-298.

Butler. Paraplégie dans le mal de Pott. Pathologie. Etiologil, *Brit. J. of surg.*, t. 22, avril 1935, p. 738-769.

Calvé (J.). Traitement des paraplégies pottiques par le cathétérisme du trou de conjugaison. *Arch. franco-belges de chir.*, mars 1926. — *La tuberculose ostéo-articulaire*, Masson 1935.

De Francesco. La paraplégie pottique, *Minerva Medica*, vol. 1, 1933, p. 130. — *Examen au lipiodol du canal rachidien, Archivio di Ortopedia.* Vol. 4, p. 50, 1934.

Delbet (P.). Paraplégies pottiques. *Journ. des Praticiens*, N° 42, 19 octobre 1929.

Diez. La gangliectomie sympathique lombaire dans le traitement des paraplégies pottiques. *Prensa Med. Argentina*, N° 49, 6 déc., 1933.

Fontaine. Contribution à l'étude des paraplégies pottiques, *Gaz. des Hôpit.*, N° 43, 29 mai 1929, p. 793.

Fontaine et Lewitt. Paraplégie spasmodique dans un mal de Pott ancien guérie en quelques semaines par une laminectomie décompressive étendue. (Rapport de M. Petit-Dutaillis), *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 11 juillet 1934.

Fraser. La paralysie du mal de Pott et une opération pour sa guérison, *Edimburg Med. Journ.* Vol. 30, N° 9, p. 385.

Girdlestone. Le traitement chirurgical de la paraplégie pottique, *Brit. Journ. of surg.*, vol. 19, p. 121, 1931.

Heymann. Guérison opératoire d'une paraplégie totale de la spondylite tuberculeuse, *Zentralblatt f. Chir.*, N° 14, 8 avril 1393.

Hubert. La laminectomie dans le traitement des paraplégies pottiques, *Th. de Lille*, 1932.

Jung. Paraplégie pottique traitée par laminectomie suivie de greffes. Disparition rapide des troubles nerveux. Résultats de deux ans. (Rapport de M. Petit-Dutaillis). *Mém. de l'Académie de chirurgie*, N° 7, 26 février 1936.

Le Fort et Baudelot. La laminectomie dans le traitement des paraplégies pottiques, *Soc. Belge d'Orthopédie*, N° 5, octobre 1930, p. 130.

Le Fort et Ingelhans. A propos du traitement des paraplégies pottiques par la laminectomie, *Revue d'Orthop.*, nov. 1935, p. 786.

Leriche. A propos du traitement chirurgical des paraplégies pottiques chez l'adulte, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, N° 17, 30 mars 1929, p. 461.

Massart. Le traitement des paraplégies pottiques par ponction de l'abcès médiastinal après costo-transversectomie, *Revue de technique chirurgicale*, N° 4, juill. 1932, p. 97.

Massart et Ducroquet. Le traitement des paraplégies du mal de Pott, *Presse méd.*, 30 août 1929, p. 1134.

Moreau. Paraplégie immédiate après l'opération d'Albee pour mal de Pott, *Archiv. franco-belges de chir.*, 1923, p. 86.

Petit-Dutaillis. Les paraplégies par nodule fibro-cartilagineux des disques inter-vertébraux et leur traitement, *Revue médicale française*, mars 1934, p. 275.

Radulescu. Compression médullaire et son traitement. (Résultats obtenus dans 25 laminectomies et 28 synostoses vertébrales, *Reviste de ortopedia et de chirurgie infantile*, t. 6, N° 1, 1932, p. 1.

Rouffart-Martin. Pachyméningite tuberculeuse avec compression de la moelle au niveau de D6 ; laminectomie. Régression de la paraplégie, *Le Scalpel*, N° 30, 27 juill. 1935.

Seddon. Paraplégie dans le mal de Pott. Pronostic et traitement, *Brit. J. of surg.*, t. 22, N° 88, avril 1935, p. 769-800.

Sorrel. A propos de la présentation de pièce de M. Leriche « Mal de Pott avec paraplégie traitée par greffe », *Soc. de Chir., Bull. et Mém.* N° 89, mars 1929, p. 332 ; idem, *Soc. de Chir., Bull. et Mém.*, N° 16, mai 1929, p. 665 ; — Indications et résultats des ostéosynthèses dans le traitement du mal de Pott. Rapport au 38e *Congrès Français de Chir.*, Paris, oct. 1929, p. 173.

Sorrel, Mme Sorrel-Déjerine. Contribution à l'étude des paraplégies pottiques, *Revue neurologique*, janv. 1933, t. 1, N° 1. — Paraplégie pottique. Laminectomie sans aucun résultat. Guérison progressive de la paraplégie après évolution normale, *Mém. de l'Acad. de chir.*, N° 13, avril 1936, p. 592.

Sorrel, Mme Sorrel-Déjerine et André-Thomas. La paraplégie scoliotique, *Presse méd.*, N° 80, octobre 1933, p. 1542.

Tixier et De Sèze. Les bases du traitement des paraplégies pottiques, *Revue méd. franç.*, octobre 1928.

Valtancoli. Sur le traitement des abcès prévertébraux de la région dorsale moyenne, *Chirurgia degli org. di Movimiento*, fasc. 5, p. 497, 1924.

Vulliet. Les indications de la laminectomie dans le traitement des paraplégies pottiques, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril 1928, p. 429.

Zanoli. L'arthrodèse dans la tuberculose ostéo-articulaire, *Congrès de la Soc. it. di orthop. Palermo*, octobre 1933.

PRATIQUE MÉDICALE

LA SÉROTHÉRAPIE NORMALE

On connaît les intéressants travaux de notre distingué confrère, le Dr F. Bec (d'Avignon), sur l'utilisation du sérum de jument gravide dans les infections et dans les vomissements incoercibles. Dans un récent travail (*Cahier de Pratique médico-chirurgicale*, mai-juin 1936), il étudie l'action du sérum normal de porc adulte dans les diverses affections du tube digestif.

« Surpris de la résistance à l'infection chez le porc, nous nous étions demandé depuis longtemps s'il ne serait pas possible d'utiliser cette résistance dans la lutte contre les infections en général.

Au début, notre but était surtout d'ordre chirurgical, car nous avions remarqué que les interventions chirurgicales chez le porc se passaient en général sans incidents. Ainsi la castration sur la truie, qui est une opération relativement difficile, puisqu'il faut aller à la recherche d'organes génitaux assez profondément situés, n'est presque jamais suivie de péritonite, et cependant ceux qui la pratiquent ne prennent aucune précaution — aucune asepsie de la peau, aucune asepsie des instruments et des fils, pas de pansements — et néanmoins pas de réaction péritonéale, et cicatrisation de la plaie en quelques jours. Il faut bien pour expliquer la chose que le porc possède dans le sang ou dans le suc péritonéal un moyen de défense que l'on pourrait arriver à mettre à profit. C'est dans ce but que nous avons créé un laboratoire de médecine expérimentale, qui nous permettra, nous l'espérons, de mettre cette question au point, et de donner à l'être humain une résistance que peut lui céder cet animal, dont l'anatomie et la physiologie sont si proches de la sienne.

Or, au cours de nos recherches, nous avons été surpris de ne pas trouver dans les ouvrages de médecine vétérinaire, d'observations nettes de maladies du tube digestif chez le porc, de l'ordre des typhoïdes par exemple.

Sans doute il existe chez le porcelet des infections intestinales, mais il semble qu'à partir du sixième mois elles disparaissent de la pathologie du porc.

Nous avons alors fait absorber aux porcs adultes de notre laboratoire de médecine expérimentale des cultures d'Eberth, de paratyphoïdes et de colibacilles, et jamais nous n'avons observé de réaction fébrile : s'agit-il d'une immunité naturelle ou acquise ? Nous ne pouvons encore répondre à cette question, pour l'instant nous nous sommes seulement occupé de la question de savoir s'il ne serait pas possible d'utiliser en thérapeutique cette immunité du porc et nous avons fait préparer du sérum de cet animal en ampoules injectables. Nous avons ensuite demandé aux confrères faisant de la médecine générale de vouloir bien expérimenter ce sérum dans les infections intestinales, fièvre typhoïde en particulier, et nous avons eu la satisfaction de constater que les résultats obtenus répondaient bien à ce que nous avions espéré.

A l'heure actuelle, nous pouvons affirmer que de nos expériences cliniques, il résulte que le sérum normal de porc adulte possède une action certaine sur les malades atteints de dothiénentérie.

Nous sommes d'ailleurs aussi affirmatif en ce qui concerne l'action de ce sérum dans tous les cas de colibacilloses : ce sera d'ailleurs un des plus beaux succès de la sérothérapie, car jusqu'à ce jour tous les sérums anticolibacillaires qui ont été proposés n'ont donné que des résultats très inconstants.

Dans le bas âge, les troubles intestinaux sont également rapidement améliorés par une ampoule de sérum de porc, donnée le matin à jeun, dans un peu d'eau.

Reste la grosse question de la fièvre de Malte. Ici nous serons moins affirmatif, ne possédant pas encore un nombre suffisant d'observations. Nous avons cependant l'impression que la mélitococcie doit céder elle aussi au sérum de porc.

Ainsi donc, nous possédons à ce jour *deux sérums normaux d'animaux non immunisés* et qui cependant sont capables de guérir à eux seuls de nombreuses affections. N'est-ce pas la preuve certaine de ce que nous avons annoncé plus haut, concernant la possibilité d'une thérapeutique nouvelle en utilisant le sérum d'animaux sains et vigoureux, sans immunisation préalable.

Pour notre part, convaincu de cette action, nous comptons continuer nos recherches et nous nous occupons actuellement de deux autres maladies pour lesquelles nous espérons sous peu donner des précisions, nous voulons parler du typhus exanthématique et surtout du cancer.

Il ne reste plus qu'à donner un nom à cette thérapeutique nouvelle. Pour ne pas compliquer inutilement les choses, nous proposons de l'appeler, provisoirement du moins, *sérothérapie normale.* »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 AOUT 1936)

Hypertrophie du foie chez le canard thyroïdectomisé. Rôle de la préhypophyse dans son enrichissement en lipides. — M. Jacques BENOÎT.

Action neutralisante « in vitro » du sulfure de carbone sur la toxine tétanique. — M. Léon VELLUZ.

(SÉANCE DU 31 AOUT 1936)

Action neutralisante « in vitro » des sénévols sur la toxine tétanique. — M. Léon VELLUZ.

Variations de la chronaxie vestibulaire dans l'hémiplégie avec ou sans aphasie. — M. Georges BOURGUIGNON et Mlle Renée DÉJEAN.

Essai de traitement de la lèpre par un complexe nouveau de chaulmoogra et de cholestérol, permettant l'injection intraveineuse à haute dose de dérivés chaulmoogriques. — MM. Charles FLANDIN, Pierre BARANGER et Jean RAGU.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1936)

Le rat d'égouts de Montpellier et la spirochétose ictéro-hémorragique. — M. CARRIEU et Mme RAMBAULT.

Un cas de tuberculose ulcéreuse de la langue. — MM. TERRACOL, SOBEL et CHEYNEL.

Corps étranger vésical chez un malade antérieurement prostatectomisé. — MM. HÉRAN et ALQUIÉ.

(SÉANCE DU 29 MAI 1936)

Comment expliquer la localisation de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — M. BAILLET (de Nîmes).

Coma urémique chez un adolescent, première manifestation clinique d'une néphrite chronique grave associée à des troubles endocriniens. — MM. VIRES, BAUMEL et SERRE.

Contribution à la technique opératoire du spina bifida avec tumeur. — MM. ETIENNE, LAPEYRIE et CABANAC.

Après avoir rappelé les difficultés de fermeture de la brèche cutanée consécutive à l'ablation des tumeurs des spina-bifidas, les auteurs montrent les avantages de la plastie cutanée par greffe pédiculée. Ils indiquent la technique qui leur a donné de bons résultats chez le nourrisson. Taille d'un lambeau cutané contigu au bord supérieur de la brèche opératoire avec pédicule latéral ; glissement de haut en bas du lambeau par mouvement de rotation autour du pédicule. La surface cruentée créée par la prise de la greffe étant facilement recouverte par rapprochement latéral de la peau du thorax.

Bonne vitalité du lambeau, suture sans sphacèle.

Cette technique, associée à l'anesthésie locale et à la position inclinée tête basse (décubitus ventral) pendant les jours consécutifs à l'opération, a donné dans 4 cas consécutifs 4 guérisons per primam.

Les déplacements incoercibles dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius. — MM. ETIENNE, LAPEYRIE et CABANAC.

Syndrome de Landry cliniquement primitif. — MM. VIRES et SERRE. Il s'agit d'une observation de syndrome de Landry myélitique, qui s'est manifesté par une quadraplégie flasque avec paralysie facio-linguo-vélo-palatine unilatérale, à évolution ascendante et rapidement mortelle.

A remarquer : l'absence d'étiologie précise ; le début d'emblée paralytique et l'évolution apyrétique ; la prédominance des lésions sur les cornes antérieures de la moelle.

Comme dans tous les cas de syndrome de Landry primitif, la question se pose du rôle de la maladie de Heine-Medin.

(SÉANCE DU 12 JUIN 1936)

Parotidite suppurée bilatérale post-pneumonique. — MM. TERRACOL, LAFON, CHEYNEL et VERGUES relatent l'observation d'un adulte qui après une pneumonie fit 4 ou 5 jours après une double parotidite suppurée à staphylocoques avec syndrome azotémique grave. Il présenta ensuite un érysipèle de la face et des hémorragies artérielles parotidiennes d'une abondance telle qu'elles nécessitèrent une ligature de la carotide externe. Pyélonéphrite et épididymite à staphylocoque. Guérison.

Laryngectomie totale. Présentation de pièce et du malade appareillé avec une canule parlante. — MM. TERRACOL, H. SAGOLS et VERGUES.

A propos des cancers développés sur les cicatrices de brûlures. — MM. RICHE, TRUC et BETOULIÈRES rapportent le cas d'un malade qui, 24 ans après une brûlure étendue de la jambe, fit une néoplasie sur sa cicatrice à l'occasion d'un traumatisme. L'amputation fut nécessaire en raison de l'étendue de la tumeur.

Les auteurs insistent sur la nécessité du traitement prophylactique de la dégénérescence des cicatrices, en surveillant d'abord très attentivement la cicatrisation des plaies de brûlures de façon à éviter les brides et les excroissances susceptibles d'être l'origine de traumatismes, de tiraillements. Si la cicatrice reste large et adhérente, mieux vaut la supprimer et combler la brèche par une autoplastie.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1936)

A propos d'un cas de Léontiasis ossea. — MM. LEMAÎTRE, GARRAUD et CARLIER (de Lille) rapportent l'observation d'une malade de 40 ans qui présente, depuis l'âge de 22 ans, une hypertrophie diffuse des maxillaires, ayant commencé au niveau du maxillaire inférieur, où elle prédomine encore. Les radiographies mettent en évidence une opacité centrale complète. Après discussion de l'observation, les auteurs montrent l'intérêt de l'examen hématologique, sérologique et chimique du sang pour l'interprétation pathogénique.

Malformation et anomalie dentaires. — M. MERLE-BÉRAL (d'Albi) présente deux observations.

La première a trait à une malformation traumatique d'une incisive centrale supérieure permanente chez un enfant de 9 ans. Des radiographies pratiquées à l'occasion de malpositions dento-maxillaires montrent une angulation radiculo-coronaire de 45°.

Le traumatisme remontait à l'âge de 2 ans, alors que seule était ébauchée la partie coronaire de la dent permanente. Il est vraisemblable qu'il a modifié la direction du follicule, tandis que la calcification du reste de la dent allait se poursuivre dans une direction normale.

A souligner, au point de vue médico-légal, l'importance des séquelles traumatiques à cet âge.

La seconde observation est celle d'une fusion dentaire entre les racines d'une deuxième molaire et d'une dent de sagesse supérieures gauches, découverte à l'occasion de l'extraction de ces dents.

CONGRÈS

XXIIIe Congrès d'Hygiène. Paris, Institut Pasteur, les 19, 20, 21 et 22 octobre 1936. — La Société de Médecine publique et de Génie sanitaire organise cette année, comme les années précédentes, un Congrès d'Hygiène.

Ce Congrès s'ouvrira sous la présidence effective de M. le Ministre de la Santé publique ; il tiendra séances les lundi 19, mardi 20, mercredi 21 et jeudi 22 octobre 1936, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le professeur P. Leclainche, membre de l'Institut, Directeur de l'Office international des Epizooties, Président de la Société pour 1936.

RAPPORTS. — I. *Epidémiologie :* Organisation, dans le cadre national et dans le cadre international, d'un service d'Epidémiologie : 1. en médecine humaine ; 2. en médecine vétérinaire.

II. *Les vaccinations associées :* 1. les associations d'antigènes ; 2. vaccinations associées en médecine humaine ; 3. vaccinations associées en médecine vétérinaire.

III. *L'enseignement de l'hygiène en médecine vétérinaire :* 1. enseignement de l'hygiène dans les écoles vétérinaires ; 2. services que les enquêtes vétérinaires peuvent rendre à la santé publique.

CONFÉRENCES. — *Les Ultra-Virus*, par M. le professeur Levaditi ;

Données actuelles sur la désinfection ;

Protections des populations civiles contre les gaz de combat.

VISITES. — Des visites seront organisées.

Le mercredi 21 octobre, à 9 heures, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, la Société de Météorologie médicale, filiale de la Société, tiendra séance sous la présidence de

M. le professeur Mouriquand, professeur de Clinique infantile à la Faculté de médecine de Lyon, Président de la Société pour 1936.

La Société accueillera avec plaisir les communications dont *les titres* lui parviendront avant le 31 juillet 1936 à l'adresse du Secrétaire général de la Société : M. R. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, Paris (15e).

Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communications devront se conformer aux prescriptions suivantes, qui seront strictement appliquées :

1° Les communications ne devront pas avoir plus de *cinq pages* (pages de 39 lignes, lignes de 52 lettres), format du *Mouvement Sanitaire*, et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes ;

2° Les manuscrits devront être préalablement soumis à l'approbation du Conseil d'administration de la Société de Médecine publique ;

3° Le texte devra être dactylographié *ne varietur*, sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression ; il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs ;

4° Les demandes de tirés à part devront être adressées directement au *Mouvement Sanitaire*, 52, rue Saint-Georges, Paris ;

5° Envoyer, en même temps que la demande de communication, un résumé (dix à quinze lignes) en dix exemplaires, destiné à la presse.

9e Congrès français de Stomatologie. — Le 9e Congrès français de Stomatologie aura lieu à la Faculté de médecine de Paris et à la Sorbonne du lundi 5 au samedi 10 octobre 1936, sous la présidence du docteur Pont (de Lyon).

1er rapport : Etude comparative des traitements des infections périapicales chroniques. Etat actuel de la question.

Traitement médical et par les agents physiques (Dr Soleil).

Traitement chirurgical (Dr Duclos).

2e rapport : Contre-indications absolues et relatives du traitement orthodontique (Dr Quintero).

Question mise en discussion : Complications immédiates et médiates des extractions. Leur traitement (Dr Landais).

Des conférences seront faites par les professeurs Debré, Gougerot, Lemaître, Leriche et le docteur P.-E. Weill.

Une excursion à Chantilly est prévue.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général : Dr Dechaume, 182, rue de Rivoli.

IIIe Congrès des Médecins électro-radiologistes de langue française. — Le IIIe Congrès annuel des Médecins électro-radiologistes de langue française se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, les 8, 9, 10 octobre 1936, à l'amphithéâtre de Physique.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour et seront l'objet de rapports :

1° *Radiodiagnostic :* séméiologie radiologique des affections ostéo-articulaires dites rhumatismales (arthrites et arthroses), par MM. Robert et Forestier, d'Aix-les-Bains.

2° *Radiothérapie :* la radiothérapie à tension élevée, par MM. Wangermez et Auriac pour la partie physique, et par MM. Gunsett et Mathey-Cornat pour la partie clinique.

3° *Electrologie :* l'électrothérapie dans les métrites, par MM. Delherm et Dausset.

Les matinées seront libres, pour permettre aux congressistes de visiter les services d'électro-radiologie, et l'exposition d'appareils, qui se tiendra à la même époque à la Faculté de médecine.

Pour s'inscrire au Congrès, il faut être membre de la Société de Radiologie médicale de France, ou de la Société française d'Electrothérapie et de Radiologie, ou de la Société belge de Radiologie, ou être agréé par l'une d'elles.

L'inscription n'est définitive qu'après versement des droits, qui sont de 100 francs pour les membres actifs, et 50 francs pour les membres associés (famille, étudiants, constructeurs).

Le Congrès sera présidé par le docteur Rechou, professeur de clinique d'Electricité médicale à la Faculté de Bordeaux.

Pour inscription et renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. le docteur Dariaux, 9 *bis*, boulevard Rochechouart, Paris (9e).

Union Thérapeutique (Association Internationale fondée en 1934). — L'assemblée générale annuelle de l'Union Thérapeutique, présidée par M. le Prof. Loeper, se tiendra le mercredi 14 octobre prochain à la Faculté de médecine de Paris.

La séance du matin aura lieu à 9 heures (salle du Conseil). Les questions suivantes seront traitées : l'organisation du contrôle des médicaments, par M. le Prof. Dautrebande (de Liége) ; la thérapeutique diétético-insulinique dans le diabète sucré, par M. le Prof. Luigi Zoja (de Milan) ; l'acide ascorbique, bases biologiques et cliniques de ses médications thérapeutiques, par M. le Prof. Mouriquand (de Lyon) et M. A. Cœur; les méthodes de réanimation, par M. le Prof. Ag. Cordier ; la pyrothérapie dans les complications médicales de la Blennoragie, par M. le Prof. Ag. Charles Richet et M. Facquet ; le traitement chirurgical de l'asystolie par thyroïdectomie totale, par MM. Welti, chirurgien des hôpitaux de Paris, et Roland Leven.

Dans l'après-midi, à 15 heures, se tiendra la séance plénière de l'Union et de la Société de Thérapeutique de Paris (amphithéâtre Vulpian). La question mise à l'ordre du jour est le traitement des migraines. Les rapports seront les suivants : Traitement endocrinien, par M. le Prof. Maranon (de Madrid) ; Spasmes vasculaires et importance de la Thérapeutique antispasmodique, par M. le Prof. Parhon (de Bucarest) ; Médications hépatiques, par M. le Prof. Aubertin (de Bordeaux) ; Traitements par les méthodes de modification humorale, par MM. les Prof. Ag. Pasteur, Vallery-Radot, Haguenau et M. le Dr Hamburger.

Les demandes d'adhésion à l'Union Thérapeutique doivent être adressées au secrétaire général : Dr Leven, 24, rue de Téhéran, Paris (8e).

Des billets de chemin de fer à tarif réduit seront délivrés aux membres de l'Union qui les demanderont au secrétaire avant le 15 septembre. Les membres étrangers voudront bien indiquer la gare frontière d'entrée en France.

Un banquet par souscription auquel les dames sont invitées à prendre part aura lieu le même soir.

Congrès International de Thérapeutique, Berne (Suisse), 19-21 mai 1937. — Sous les auspices de l'Union Thérapeutique (Association Internationale), un *Congrès International de Thérapeutique*, présidé par M. le Prof. Emil. Burgi, aura lieu à Berne du 19 au 21 mai 1937.

Les inscriptions au Congrès sont reçues par M. le Dr Gordonoff, Humboldtstrasse, 53, à Berne, qui fournira les renseignements utiles.

Société française de gynécologie en Italie. — Répondant à l'invitation de la Société italienne de gynécologie, la Société française de gynécologie se rendra en octobre prochain à Milan pour assister au « Congrès italien de gynécologie ». A cette occasion, un voyage est organisé au cours duquel Turin, Milan et Venise seront visitées. Concentration à Modane le 10 octobre, retour le 15. Le prix de ce voyage est très réduit.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 76.— MERCREDI 23 SEPTEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12** fr. **50.** — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAL-HOSPICE DE FONTAINEBLEAU. — Un concours pour la nomination de trois internes en médecine et en chirurgie aura lieu à l'hôpital de Fontainebleau, le 10 octobre 1936, à 8 h. 30. Tous renseignements relatifs au concours seront donnés au bureau de l'Economat, les jours non fériés de 9 à 11 h. et de 14 à 16 h.

SANTÉ PUBLIQUE. — Les postes de directeur de bureau municipal d'hygiène de Lorient et de Gennevilliers sont vacants.

— Un concours pour la nomination de l'inspecteur départemental d'hygiène des Ardennes est ouvert à Paris, au ministère de la Santé publique. (Voir *J. O.*, 16 sept. 1936, p. 9856.)

GUERRE. — Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales. — Un concours s'ouvrira le 16 novembre 1936 au Val-de-Grâce à Paris, pour l'obtention du titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Le nombre des emplois mis au concours est de : deux emplois de professeur agrégé de chirurgie; deux emplois de professeur agrégé de médecine; un emploi de professeur agrégé de chimie et de pharmacie. (*J. O.*, 17 sept. 1936.)

Assistants des hôpitaux coloniaux. — Un concours pour l'admission au stage « d'assistant des hôpitaux coloniaux » s'ouvrira en novembre 1936 dans les conditions prévues par le décret du 22 août 1928 et l'instruction interministérielle du 3 novembre 1928 et leurs modificatifs en vigueur.

Le nombre et la nature des stages mis au concours sont fixés comme suit :

Médecine : 4. (A l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy, à Marseille.)

Chirurgie : 4. (A l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy, à Marseille.)

Bactériologie : 2. (Au laboratoire de bactériologie de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales, à Marseille.)

Electro-radiologie : 2. (A l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris.)

Le stage, dont la durée est fixée à deux ans, commencera à la date où les conditions du service permettront l'envoi des médecins admis au concours dans les différents établissements signalés ci-dessus.

(Pour les conditions du concours voir le *J. O.* du 17 sept. 1936, p. 9888.)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Histologie. — Enseignement spécial de la Technique histologique élémentaire, sous la direction de M. Champy, professeur. — *Cours pratiques* destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 à 17 heures, ua laboratoire d'histologie (salle Ranvier) de la Faculté de médecine, à partir du jeudi 1er octobre jusqu'au 21 octobre 1936.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4). Le nombre des élèves est limité à 20.

Droit d'inscription : 250 francs.

FÉDÉRATION THERMALE DU SUD-EST

La Fédération thermale du Sud-Est s'est réunie le dimanche 13 septembre 1936, à son siège à Vals-les-Bains, sous la présidence de M. le docteur Jeanot, secrétaire de la Fédération thermale de France.

De nombreuses questions ont été débattues, et à l'issue de la réunion, il a été procédé à la nomination définitive des membres du bureau. Sont élus :

Président honoraire : M. René Dalverny, des Fumades.

Président effectif : M. Camille Chalamon, de Vals.

Vice-présidents : MM. Goirand d'Aix-en-Provence et un représentant de Lamalou-les-Bains.

Secrétaire général : Docteur Uzan, de Vals.

Secrétaire général adjoint : docteur Goubert, des Fumades.

Assesseurs : Docteur Bordes, de Balaruc-les-Bains ; Rambaudy, de Camoins ; Soullier, de Digne, et Mathieu, du Pestrin.

Sont délégués à la Fédération thermale de France : MM. Dalverny, Chalamon, Mollaret et Cère.

Un banquet a clôturé cette journée, auquel ont pris part toutes les personnalités présentes. Des discours ont été prononcés par MM. Dalverny, Martin-Terrasse, adjoint à la municipalité de Vals-les-Bains, et le docteur Jeanot.

Dr UZAN.

Le professeur A. BORREL
(de Strasbourg)

Le professeur Amédée Borrel est décédé le 15 septembre dans sa propriété de Montmajou (Hérault).

Le Docteur Borrel était Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg, Directeur de l'Institut de Bactériologie de Strasbourg, chef de service et membre du Conseil scientifique de l'Institut Pasteur de Paris. Le défunt était âgé de 69 ans, membre de très nombreuses sociétés scientifiques ou académies françaises ou étrangères et commandeur de la Légion d'honneur.

Elève direct de Pasteur et collaborateur du docteur Roux, il enseigna pendant quarante-deux ans la Bactériologie à l'Institut Pasteur de Paris et à la Faculté de Médecine de Strasbourg. Doué d'un esprit scientifique très original doublé d'un technicien de rare valeur, le professeur Borrel passa toute sa vie au laboratoire et se dévoua à la recherche scientifique. Il contribua à l'étude du tétanos, de la peste, du bacille tuberculeux, de la péripneumonie des bovidés, des virus filtrables tels que la variole, la vaccine et la clavelée, et de l'ultrafiltration. Mais c'est surtout à la découverte des causes des cancers qu'il donna le meilleur de son temps. Il mit au point une technique fort originale pour la culture des tissus *in vitro*. Il découvrit le rôle joué par les parasites dans certains cancers et fut le créateur de la théorie des cancers maladies parasitaires dues à des virus filtrables.

Il fut un précurseur et un novateur. Sa mort met la science française et internationale en deuil.

Dr LE GUYON.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le professeur Tiago d'Almeida, fondateur de l'Ecole de clinique médicale de Porto, fondateur des *Archivos de Clinica Medica*, membre de l'Académie des sciences de Lisbonne, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bahia (Brésil).

— Du docteur Gabriel Mérigot de Treigny, *médecin honoraire* de l'hôpital Saint-Joseph. Nous adressons à son fils le docteur Pierre Mérigot de Treigny, ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Joseph, l'expression de notre très vive sympathie.

— Du docteur Emile Poussard, ancien interne des hôpitaux, médecin du Sanatorium de Buzenval.

— De Mlle J. Delagrange, chevalier de la Légion d'honneur, directrice du bureau central des infirmières au ministère de la Santé publique.

— Du docteur G. Belgy (à Marseille).

— Du docteur Lovy, ancien interne des hôpitaux de Paris (1889), médecin du bey de Tunis, décédé à Maknassy (Tunisie).

— Du docteur Brevet, conseiller général de l'Ain, décédé accidentellement à l'âge de 56 ans.

— Nous apprenons d'autre part la mort de la baronne de Parrel, décédée à Antibes le 7 septembre 1936, dans sa 79e année. Elle était la veuve du docteur Albert de Parrel, chirurgien de l'Hôpital de Dieppe, et la mère du docteur Gérard de Parrel, de Paris, auquel nous adressons toutes nos condoléances.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal (1), par Jean GATELLIER, prof. agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, et François MOUTIER, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

L'originalité de cet ouvrage vient du plan même des auteurs. Ils ont étudié le traitement de l'ulcère du jour où le malade consulte pour la première fois jusqu'au jour de la guérison, au moins apparente, en envisageant toutes les éventualités.

Il ne s'agit pas d'un traité. On ne trouvera dans cette étude aucune bibliographie, mais seulement l'exposé de la thérapeutique des auteurs d'après une expérience portant sur 1.200 cas personnels. Une table des matières, conçue selon une formule nouvelle, représente à la fois le thème du développement de l'ulcère et le moyen pratique et rapide de trouver le traitement afférent à toute période ou accident de la maladie.

Après un exposé précis des acquisitions récentes dans la pathologie de l'ulcère, les auteurs étudient la thérapeutique de la maladie non compliquée, diététique, médications anciennes et nouvelles, puis celle des complications, notamment des hémorragies. Les indications chirurgicales se dégagent ; le malade est préparé à l'opération. Les modalités de l'intervention, les complications post-opératoires sont longuement examinées, qu'elles soient d'ordre médical ou chirurgical, consécutives à la gastro-entérostomie ou à la gastrectomie. La prophylaxie même de l'ulcère trouve sa place dans l'ouvrage et lui sert de conclusion appropriée.

(1) 1 vol. in-16 de 240 pages. — Prix : 22 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie, éditeurs.

TUBERCULINOTHÉRAPIE

SEULE OU ASSOCIÉE A LA CHIMIOTHÉRAPIE dans la cure des polyarthrites rhumatismales chroniques [1]

PAR MM.

MAX FOURESTIER, Ancien interne des hôpitaux de Paris. et PAUL DESSEIGNE, Externe des hôpitaux de Paris.

Dans le renouvellement nosographique du Rhumatisme chronique auquel nous assistons depuis quelques années, l'étiologie tuberculeuse semble prendre une place de plus en plus grande parmi les causes infectieuses incriminées. Cette importance accordée à l'étiologie infectieuse dans certaines formes de rhumatisme chronique devait remettre en honneur les thérapeutiques antigéniques, dites spécifiques, au premier rang desquelles : la tuberculine.

Certes la thérapeutique par les antigènes spécifiques ou tenus pour tels est connue et appliquée depuis fort longtemps dans les lésions ostéo-articulaires et rhumatismales.

La tuberculinothérapie, notamment, fut, dès la découverte de R. Koch, utilisée dans la cure des tuberculoses ostéo-articulaires avec le même engouement que dans celle des lésions pulmonaires.

On sait les désastres auxquels aboutirent dans ce dernier cas les médecins de l'époque. (Il semble, à ce sujet d'ailleurs, qu'un revirement se dessine.)

Quoi qu'il en soit, dans les tuberculoses ostéo-articulaires l'action thérapeutique de la tuberculine s'avéra plus heureuse ; et dans les sanatoria (surtout suisses et allemands) elle est toujours utilisée, associée à l'héliothérapie.

Il ne semble pas cependant que les résultats de la tuberculinothérapie du Rhumatisme chronique aient été souvent signalés dans la littérature médicale de ces dernières années. Il nous a paru surtout intéressant d'étudier :

a) L'action de fortes doses de tuberculine (à des taux de concentration et à un rythme d'injection qui n'avaient jamais été utilisés jusqu'ici) ;

b) Son association avec une chimiothérapie qui a aujourd'hui largement fait ses preuves : l'aurothérapie.

Ce sont nos constatations très intéressantes, parfois même étonnantes, que nous voudrions rapporter et commenter ici. Mais auparavant nous résumerons rapidement quelques-unes de nos observations.

OBSERVATION I. — M. Frol..., 43 ans, agent de police. Evolution progressive, depuis 9 ans, par poussées successives, d'une polyarthrite à peu près symétrique sur les membres, avec atteinte de la colonne vertébrale (surtout cervicale).

Douleurs, gonflements, déformations articulaires s'exagèrent à chaque poussée au cours desquelles on constate, au niveau de certaines articulations périphériques, une légère hydarthrose. Peu à peu, atteinte de l'état général, anémie, gros amaigrissement (14 kilogr.). Il est proposé pour la retraite par son administration quand il vient nous trouver.

Les examens de laboratoire (formule sanguine, sédimentation, Vernes-résorcine) sont en faveur de l'étiologie infectieuse, sans qu'il soit possible de préciser davantage. — Un de ses frères est mort tuberculeux à 45 ans. — Cuti-réaction à la tuberculine négative.

Tous les nombreux traitements : chimiothérapie, physiothérapie, etc., qu'il a subis, sont restés absolument sans effet.

Il est mis à notre traitement : tuberculine à doses croissantes, en injections sous-cutanées ; allochrysine avec extrait hépatique ; uroformine iodée, en injections intra-veineuses. L'ensemble selon un rythme que nous préciserons plus loin. En même temps, par voie buccale : calcithérapie et vitamines A et D.

A la fin de sa deuxième série, 6 mois après le début du traitement, le malade a repris 10 kilogr. L'élément douloureux a complètement disparu ; à peine note-t-on un très léger gonflement de certaines articulations métacarpo-phalangiennes. Il assure un travail de nuit très fatigant. Il n'est plus question de retraite.

OBS. II. — M. Tas..., 49 ans. Spondylose rhizomélique dont le début remonte à 5 ans. La soudure n'existe qu'à la région cervico-scapulaire ; elle laisse une certaine liberté des mouvements de l'épaule aussi bien à droite qu'à gauche. Une évolution récente, avec douleurs dans les articulations scapulo-humérales, lui faisant craindre un accroissement de son ankylose, l'amène à notre consultation.

Il a été marié à une femme atteinte de tuberculose pulmonaire et a vécu longtemps avec elle.

Aucun traitement jusqu'ici n'a empêché l'évolution de son ankylose. La chimiothérapie par le solganal a échoué.

Notons qu'il présente, en outre, un goitre exophtalmique traité par radiothérapie et très amélioré actuellement.

Mis à notre traitement, rapidement la poussée douloureuse de scapulalgie disparaît. Depuis un an, état stationnaire. L'ankylose n'a fait aucun progrès (1).

OBS. III. — Mme Herp..., 53 ans. Polyarthrite à évolution progressive par poussées, non symétrique, prédominant aux hanches, aux mains, aux pieds, aux genoux et aux articulations temporo-maxillaires, avec gonflement et déformation angulaire légère, sans rougeur ; hydarthroses intermittentes.

Début il y a 2 ans. Elle est restée, récemment, plusieurs mois au lit. Aucune thérapeutique ne l'a soulagée ; gros amaigrissement.

Dans ses antécédents : migraines, coliques hépatiques. Crises rhumatismales à 18 et 49 ans, n'ayant laissé aucune séquelle. Une de ses sœurs est morte de maladie d'Addison.

Les examens de laboratoire ne fournissent aucun appoint au diagnostic étiologique ; ils n'indiquent ni infection, ni troubles du métabolisme (calcium sanguin, acide urique : normaux).

Cuti-réaction à la tuberculine légèrement positive.

La malade est mise au traitement. Le résultat est magnifique : en cinq mois, grosse amélioration, reprise du poids ; c'est à peine si ses articulations gardent une légère déformation ; elles sont absolument indolores : c'est un de nos plus beaux succès thérapeutiques.

OBS. IV. — Mme Mors..., 54 ans. Polyarthrite progressive symétrique, déformante, avec grosse atrophie, repré-

(1) Travail du service de M. le docteur J. Tinel (hôpital de La Rochefoucauld).

(1) Il est à noter que chaque piqûre de tuberculine provoquait une réaction focale nette (douleurs cervico-dorsales et scapulaires). Ainsi cette spondylose paraîtrait faire sa preuve inflammatoire et infectieuse. Cette observation donnerait donc raison à ceux qui considèrent cette affection comme souvent de nature infectieuse (Forestier-Weissenbach).

sentant la forme type décrite par Charcot. L'atrophie est telle, l'état général si touché, qu'on a pu en ville penser au diagnostic de sclérose latérale amyotrophique, et c'est pour ce diagnostic que l'un de nous a été appelé en consultation par le docteur de la famille.

Début à 50 ans. Evolution progressive par des poussées successives, le plus souvent symétriques, polyarticulaires, s'accompagnant chaque fois de douleurs, de gonflement, d'atteinte de l'état général avec fièvre.

— Deux ans après, apparition des déformations.

— Il y a un an, douleurs dorso-lombaires très vives.

— Depuis 6 mois, la malade est alitée. Actuellement, grosse atrophie (surtout aux mains où elle prédomine sur les muscles des éminences thenar, hypo-thenar.) ; les doigts sont déjetés sur le bord cubital. Plus particulièrement sont atteints les genoux, les chevilles et les épaules ; marche pratiquement impossible ; la malade peut difficilement s'asseoir, tant elle souffre ; gros amaigrissement, avec fébricule aux environs de 38°.

— Ascendants rhumatisants ; un de ses frères est mort tuberculeux à 35 ans.

— Les examens de laboratoire ne donnent aucun renseignement étiologique précis. Cuti-réaction faiblement positive.

La malade a reçu de multiples traitements (soufre, iode, thorium X, radiothérapie, sels d'or). Rien ne l'a améliorée ; l'évolution se poursuivait, s'aggravant progressivement.

Les débuts du traitement furent assez pénibles pendant un mois. A partir de ce moment, progrès très rapides, surprenants même, et la thérapeutique est parfaitement supportée.

Six mois après, amélioration extraordinaire. La malade qui était alitée depuis plusieurs mois, infirme, amaigrie, peut marcher sans canne et vaquer à ses occupations domestiques. Elle a repris 14 kilogr. L'amyotrophie a presque disparu. Les articulations ont repris à peu près leur jeu normal ; elles sont indolores ; et si on voit encore une certaine déformation, vraiment, l'état de la malade est transformé et on peut presque parler de guérison.

Obs. V. — Mme Cas..., 38 ans. Apparition, 8 jours après une forte angine, d'un syndrome douloureux polyarticulaire aigu avec température en plateau à 39°-40°. Le diagnostic de maladie de Bouillaud est porté. L'évolution se poursuit depuis un mois quand nous voyons la malade. Mais :

— L'inefficacité absolue de grosses doses de salicylate de soude (20 grammes et plus per os avec, en outre, injections intraveineuses).

— L'absence de localisations cardiaques (l'électrocardiogramme montre des tracés normaux).

— Quelques particularités cliniques : évolution relativement peu fluxionnaire, l'absence d'anémie, hydarthroses mises facilement en évidence aux articulations des doigts, etc...

— L'existence de deux crises antérieures semblables n'ayant laissé aucune séquelle cardiaque et dont l'une fut guérie par quelques injections de propidon, font mettre en doute le diagnostic de maladie de Bouillaud initialement porté. Nous pensons à une forme aiguë de polyarthrite infectieuse à agent pathogène inconnu. Le traitement est appliqué.

Les injections de tuberculine, malgré la fièvre élevée, sont parfaitement supportées. Immédiatement des résultats heureux sont notés. En 20 jours, la température revient à la normale ; la malade se lève ; les douleurs et le gonflement articulaire diminuent considérablement. L'appétit réapparaît ; la malade passe de 58 kilogr. à 62. Un mois après le début du traitement, elle sort de l'hôpital et peut aller au dispensaire se faire faire les piqûres.

Obs. VI. — Mme Lafag..., 26 ans. Syndrome de polyarthrite uniquement localisée aux doigts et aux poignets, avec gonflement, douleurs, évoluant à bas bruit sans gros retentissement sur l'état général depuis 5 ans. Sur les radiographies, on note des images lacunaires par destruction osseuse, bien limitées, de la grosseur d'une lentille, siégeant sur certaines épiphyses des phalanges.

Cliniquement on remarque quelques signes de dysfonctionnement endocrinien : tendance à l'obésité, pilosité anormale, règles très irrégulières. Mais les examens de laboratoire (calcémie normale, légère leucocytose sanguine, Vernes-résorcine à 60, sédimentation globulaire accélérée) sont en faveur d'une étiologie infectieuse indéterminée. Amygdales et dents sont en bon état ; pas d'infection des voies génitales. Cuti-réaction à la tuberculine négative.

Les thérapeutiques antirhumatismales classiques n'ont apporté aucun soulagement.

La malade est mise au seul traitement tuberculinique.

L'amélioration est extraordinairement rapide. Au bout d'un mois la malade sort de l'hôpital et part en province où elle continue son traitement, que par lettre elle nous dit parfaitement supporté.

Obs. VII. — M. Boisb..., 51 ans. Monoarthrite de la hanche gauche, évoluant depuis 3 ans par poussées successives. A l'examen, limitation simple des mouvements de la hanche malade ; pas de modifications externes. Le reste de l'examen est négatif : pas le moindre signe de sciatique ou sciatalgie. Cuti-réaction positive moyenne 1/2 cm.- 1/2 cm. Les examens de laboratoire n'apportent aucune notion précise au diagnostic. Radiographie normale.

Pas d'antécédents rhumatismaux ou goutteux, personnels ou familiaux. Le malade est sobre et mène une vie hygiénique exemplaire.

Tous les traitements antérieurs ont échoué.

Le malade ne se soigne que pendant un mois. Il ne reçoit en tout et pour tout que 4 injections de tuberculine à 1 p. 100, à la dose de 1 cc., et 4 injections d'allochrysine à 0,03. Il y a une réaction focale et générale forte après les seules injections de tuberculine. La réaction focale dissipée, grosse amélioration allant s'accentuant au cours de la série. Il est étonnant de constater une guérison complète au bout d'un si court laps de temps. Il ne souffre plus ; son articulation a repris un jeu normal. Il ressent une euphorie physique disparue depuis longtemps. 4 mois après, l'état est le même. Nous avouons notre surprise devant la rapidité de ce résultat aussi facilement obtenu (1).

Les thérapeutiques antigéniques tuberculeuses utilisées jusqu'ici dans le Rhumatisme chronique. — Avant de préciser notre traitement et d'essayer d'interpréter son mode d'action, nous voudrions montrer ce qui a été fait dans ce sens jusqu'ici. Ces dernières années, à la suite des travaux de Bezançon, Costes, Forestier, Weissenbach, Mathieu-Pierre-Weil, la notion d'infection dans le Rhumatisme chronique a pris une place de plus en plus grande. La notion d'arthrite — d'origine infectieuse — s'opposant à celle d'arthrose — par trouble du métabolisme — dans sa brutalité schématique, trop schématique pour être vraie, séduit l'esprit. Les idées de Poncet de Lyon, sur l'importance du facteur tuberculeux dans l'étiologie de nombreuses arthropathies chroniques, sont l'objet d'une faveur nouvelle après une longue éclipse où elles furent presque complètement oubliées.

Nous ne voulons point prendre parti dans la querelle nosographique actuelle, et tel n'est point le sujet

(1) Les observations plus détaillées paraîtront dans la thèse de l'un de nous. Paul Desseigne : *Th. de Paris*, 1936.

de cet article. Nous pensons néanmoins, avec notre Maître Weissenbach, que dans l'étiologie du rhumatisme chronique, ou plutôt des rhumatismes chroniques — et il faut savoir toutes les imperfections de ce terme, commode pourtant par sa très large compréhension — la part de l'infection est grande.

Cette infection peut être spécifique — Bacille de Koch, etc... — ou banale — streptocoque, etc...; le processus pathogène peut être directement articulaire, ou n'agir qu'indirectement, par l'intermédiaire de véritables relais pathologiques (glandes endocrines, système nerveux) eux directement intéressés par le virus ou le germe microbien.

Bien que ces notions ne soient qu'hypothèses, théories encore plus ou moins bien assises, il n'en reste pas moins que ce sont ces idées pathogéniques qui ont ouvert la voie aux thérapeutiques antigéniques dites spécifiques, les résultats de leur action venant à leur tour étayer la théorie qui les avait imaginés.

Parmi ces moyens thérapeutiques, la tuberculine, nous l'avons dit, a été relativement peu employée. Il faut néanmoins citer la belle observation de F. Bezançon, M.-P. Weil, J. Delarue et Oumansky : une femme de 44 ans, atteinte de polyarthrite à poussées successives, avec inoculation positive au cobaye de son liquide hydarthrosique, est guérie par des doses très minimes de tuberculine à laquelle, d'ailleurs, elle se montre d'une très grande sensibilité.

L'antigène méthylique de Nègre et Bocquet s'est révélé peu efficace.

Le vaccin Vaudremer a été peu employé dans ces cas.

Notre Maître Weissenbach a surtout étudié l'action de l'Allergine de Jousset. Il la considère comme un agent thérapeutique utile du rhumatisme chronique progressif tuberculeux. Pour lui, l'allergine est douée d'une activité moindre et surtout agit moins rapidement que certains corps chimiques, en particulier les sels d'or, employés seuls ou en association (formines iodes, éther benzylcinnamique).

Elle représenterait une médication destinée surtout à remplacer d'autres agents thérapeutiques, en cas d'intolérance ou d'inefficacité, à alterner avec eux ou à leur être associée.

Une autre antigénothérapie sérieuse est la cutivaccination de Paundorff et Paul, mélange de tuberculine, d'extraits de Bacilles de Koch et d'autolysats d'autres germes. Inoffensive, faite prudemment, chez des sujets indemnes de tuberculose pulmonaire, elle provoquerait, comme la tuberculine, une triple réaction locale, générale et focale, que suit l'amélioration en cas de succès. Ce vaccin est déposé sur la peau, auparavant érodée par fines scarifications, avec un vaccinostyle ordinaire.

Telles sont les diverses thérapeutiques antigéniques spécifiques qui ont été proposées. Nous ne parlerons pas ici des autres vaccins ou produits, soi-disant spécifiques, dont l'expérimentation n'a jamais eu de bases sérieuses et qui n'ont présenté pour leurs promoteurs qu'un intérêt purement commercial.

En quels cas appliquer cette thérapeutique : tuberculine et chimiothérapie ? — Les quelques observations que nous venons de rapporter montrent la diversité des formes du rhumatisme chronique qui peuvent être justiciables de cette thérapeutique.

Spondylose rhizomélique, rhumatisme progressif déformant, polyarthrite à poussées successives, monoarthrite simple d'évolution chronique, etc... Nombreux seront les malades qui retireront un net bénéfice de cette méthode thérapeutique.

Mais que représentent au fond, au point de vue étiologique, les cas que nous avons traités ?

Les livres classiques mentionnent encore de confuses classifications des rhumatismes chroniques. De multiples formes y sont décrites, tant par leur étiologie que par leurs localisations anatomiques. A ce sujet s'appliquent à merveille ces paroles déjà anciennes de Maurice Reynaud : « Les questions les plus « difficiles à traiter sont surtout les questions vagues, « celles qui, mal posées soit par suite de malentendus séculaires, soit par la nature des choses et par « l'insuffisance des données les plus essentielles, semblent destinées à être un sujet d'éternelles controverses. Le vague est le meilleur indice des lacunes « et des imperfections de la science ».

Il est aisé de constater que ce vague s'appliquera au rhumatisme chronique tant qu'une définition précise n'aura pas été donnée à ce mot.

Nous tenons à faire remarquer avant toute chose que le traitement appliqué ici ne représente pas pour nous une thérapeutique spécifique. Ce n'est pas parce que nous croyons avoir eu affaire à des lésions rhumatismales chroniques tuberculeuses que nous avons obtenu des résultats aussi heureux. Par ailleurs, toutes les formes de rhumatisme chronique ne sont pas justiciables de notre traitement. Nous allons voir en quels cas on peut penser qu'une telle thérapeutique sera utile.

Peu importent la forme anatomique de la lésion rhumatismale chronique ainsi que son aspect morphologique. Trois ordres de faits sont intéressants à connaître. Ce sont les renseignements fournis par :

1° L'interrogatoire,

2° Certaines particularités de l'examen clinique,

3° Les épreuves de laboratoire,

qui, plus que la recherche du cadre nosographique dans lequel on peut placer tel malade atteint de rhumatisme chronique, seront utiles pour l'orientation thérapeutique. On sait d'ailleurs toute la difficulté d'un tel essai de classification à l'heure actuelle, comme le vague et l'imprécision des barrières étiologiques.

1° *L'interrogatoire du malade.* — Il joue à notre sens un rôle prépondérant. C'est lui qui, en certains cas, mettra sur la voie du diagnostic étiologique, le laboratoire ne venant qu'en second pour renforcer l'opinion déjà faite.

Il doit être très serré ; on doit passer en revue, comme d'ailleurs pour toute maladie générale, les antécédents immédiats et lointains du malade et surtout ceux des parents. On se fait ainsi une idée assez nette du terrain du malade et de ce qu'on peut appeler communément le terrain familial.

Il faudra savoir rechercher l'existence d'une pleu-

résie, d'une hémoptysie, de poussées ganglionnaires dans les antécédents du malade.

Souvent il aura vécu dans l'entourage d'un membre de la famille atteint de tuberculose pulmonaire ou d'une autre forme de tuberculose viscérale ou autre (maladie d'Addison, Pott, etc...).

Mais à côté de cette recherche de l'étiologie tuberculeuse, il faudra savoir découvrir d'autres activités infectieuses plus banales. Le malade a des angines à répétition ; ses dents sont cariées depuis longtemps. C'est après une grippe banale que le syndrome rhumatismal a fait sa première apparition. Les poussées rhumatismales sont en rapport avec des poussées angineuses, des crises de colite, des épisodes infectieux de la vie génitale.

Quand on recherche chez de tels malades des manifestations de la série arthritique, on n'en trouve pas ou très peu. Le malade n'est pas un buveur, il n'est pas un gros mangeur. Mais la coïncidence peut se voir ; et pour être arthritique on n'en est pas moins susceptible de rencontrer à un moment donné de son existence un agent pathogène infectieux dont la localisation articulaire pourra être à la base d'un syndrome rhumatismal chronique.

2° *Particularités de l'examen clinique.* — Souvent on se trouvera en présence de sujets relativement jeunes. *A l'examen clinique* on notera du gonflement synovial, l'atrophie des parties molles. L'évolution se fait souvent vers l'ankylose. On notera une certaine atteinte de l'état général avec amaigrissement notable. Les poussées fébriles sont fréquentes. Il n'y a pas d'épaississement de la synoviale ; la dégénérescence graisseuse (Lipo-arthrite de Weissenbach-Françon) est rare.

A la Radiographie l'épanchement synovial se traduit quelquefois par l'élargissement de l'espace articulaire qui devient aussi un peu moins transparent. Parfois par contre il y a pincement articulaire et destruction asymétrique par fonte tissulaire. Sur les pièces osseuses on notera des érosions, des ulcérations en coup d'ongle, de la décalcification en nappe. Les trabécules paraissent plus grêles. Il y a parfois destructions osseuses et flou articulaire.

Notre Maître Weissenbach insiste sur l'existence de petites géodes affleurant la surface articulaire dont elles sont séparées par une mince lamelle osseuse : ainsi sont réalisés de minuscules spina-ventosa. On note surtout ces images sur les os des extrémités distales des membres (phalanges, carpe, tarse).

Les néoformations osseuses sont tardives, indiquant plus la réparation que des dégénérescences prolifératives. Il n'y a pas d'ostéophytes et de syndesmophytes. Des ponts fibro-osseux peuvent souder les pièces articulaires.

La fonte des cartilages et des épiphyses, de même que l'infiltration inflammatoire des ligaments et des tendons, entraînent des subluxations et parfois même de véritables luxations.

3° *Les renseignements fournis par les épreuves de laboratoire.* — Certes les examens de laboratoire ne se montrent pas toujours décisifs et récemment encore, dans un rapport sur les rhumatismes chroniques, MM. Bezancon et M. P. Weil notaient avec quelque mélancolie : « Force nous est de reconnaître que « le sang n'est pas le reflet des perturbations chimi- « ques dont les tissus sont le siège... ». Néanmoins ils seront parfois de quelque utilité aussi bien par leurs données positives que par la négativité de leurs renseignements.

En effet, ce qu'il est convenu d'appeler la série métabolique : urée, calcium, phosphore, cholestérine, est pratiquement normal ici. Une cholestérinémie basse confirmerait une tuberculose évolutive.

L'uricémie, la glycémie sont souvent au-dessus de la normale ; la réserve alcaline est généralement abaissée. Ce sont là trois tests d'acidité humorale qui cadrent très bien avec la possibilité d'infection.

L'étude de la numération globulaire et de la formule leucocytaire donnera par contre des renseignements très intéressants. Une hyperleucocytose et une polynucléose évoquent l'idée d'une infection subaiguë. Une leucocytose à peu près normale ou légèrement élevée s'accompagnant d'une tendance à la monocytose fera supposer une infection chronique tuberculeuse ou autre. Fréquemment il y a hypoglobulie.

Chez ces malades il y a accélération de la sédimentation des hématies et la réaction de floculation de Vernes à la résorcine est au-dessus de la normale (30).

On pourra étudier dans le sérum la déviation du complément selon la méthode de Besredka. La réaction de Calmette, Boquet, Nègre serait peut-être plus sensible.

La cutiréaction à la tuberculine ne se montre pas toujours positive ; mais on pourra attendre beaucoup du traitement dans les cas où une telle épreuve se sera montrée fortement positive. Parfois cette épreuve comme celle plus sensible de l'intradermo-réaction avec une solution très diluée de tuberculine provoquera une poussée douloureuse au niveau des articulations malades ; c'est la définition même de la réaction focale que nous étudierons plus complètement dans le paragraphe suivant. Certains (Weissenbach) attachent une grosse valeur à cette réaction. Ils auraient tendance à voir là la réaction de l'organisme sollicité par son antigène spécifique.

En même temps qu'elle apporterait une indication étiologique, l'existence de cette réaction focale secondaire à une intradermo ou à une cutiréaction à la tuberculine aurait un grand intérêt pronostique. En effet, ces malades sont très sensibles au traitement tuberculinique. Il devra être très prudent car, s'il est très efficace, il déclanche en pareil cas des réactions très désagréables.

(A suivre.)

Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique et des goitres avec hyperthyroïdie, par M. Louis Courty (de Lille). 1 vol. in-8° de 312 pages avec 36 figures et 31 courbes. — Prix : 60 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

La vie médicale aux XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles, par le docteur Paul Delaunay, membre de la Société française d'Histoire de la médecine. — Un vol. grand in-8°, avec 114 illustrations. (Collection Hippocrate. Directeur, professeur Laignel-Lavastine). — Prix : 40 fr. — Le François, éditeur, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1935.

PRATIQUE MÉDICALE

LA DIIODOTYROSINE DANS L'HYPERTHYROIDIE FRUSTE

par le Dr. H. Jumon (de la Bourboule)
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Les recherches modernes ont montré que l'élément actif de la thyroïde contient deux hormones iodées combinées avec des protides : la thyroxine (60 % d'iode) et la diiodotyrosine (58 % d'iode).

Alors que la thyroxine s'adresse aux troubles d'hypothyroïdie, au contraire, la diiodotyrosine s'emploie avec succès, non seulement dans les troubles d'hyperthyroïdie franche ou fruste, mais encore dans les affections où il est indiqué d'employer l'iode, la diiodotyrosine remplaçant avantageusement, grâce à son iode organique, la plupart des préparations à base d'iode métalloïdique.

On connaît bien aujourd'hui les excellents effets de la diiodotyrosine dans la maladie de Basedow, amélioration de l'état général, augmentation de poids, disparition de la tachycardie et du tremblement, diminution du métabolisme basal, etc...

Ces données sont aujourd'hui classiques et nous ne les rappelons que parce qu'à notre avis, en matière d'endocrinologie, il faut toujours partir d'un syndrome type si l'on veut comprendre les syndromes frustes et atténués.

C'est, en effet, dans les formes frustes et dégradées de la maladie de Basedow que nous avons eu l'occasion d'approuver les excellents effets de la diiodotyrosine. Nous avons tous les ans l'occasion d'observer des jeunes femmes ou des jeunes filles qui présentent des signes généraux légers que la seule clinique permet de rapporter à des troubles d'hyperthyroïdie légère. Ces signes ne forment pas toujours un syndrome très complet : légère exophtalmie, tremblement, nervosisme, irritabilité, fatigue, élévation de la tension artérielle, tachycardie...; ces signes se groupent de façon variable selon les sujets. Le métabolisme basal n'est pas forcément toujours augmenté et, à notre avis, il ne faut pas attendre systématiquement la réponse pour instituer un traitement par la diiodotyrosine qui, d'ailleurs, est sans dangers.

Voici deux exemples très nets d'amélioration rapide par ce traitement :

Mme C... est une hyperthyroïdienne avec petit goitre, légère exophtalmie, palpitations, pas de tremblement mais des phénomènes nerveux consistant en fatigue, irritabilité et migraines. De plus ses époques sont très rapprochées et durent huit jours. Cet état ne s'accompagne cependant pas d'une tension très élevée (15-8 au Pachon), ni d'un pouls très rapide. Une cure antérieure d'hémato-éthyroïdine ne lui avait procuré qu'un sommeil lourd sans soulagement général appréciable. Au contraire, la diiodotyrosine a fait disparaître ces troubles en quelques jours. Au bout d'une dizaine de jours de cure l'état de la malade continue à être satisfaisant pendant une période de 10 jours durant laquelle elle ne prend plus de diiodotyrosine.

Dans un autre cas, chez une jeune fille, la diiodotyrosine fait disparaître d'une façon constante la fatigue et l'insomnie et produit un état d'euphorie en trois ou quatre jours de traitement.

Nous avons observé des résultats semblables dans un grand nombre de cas analogues.

Chez les hyperthyroïdiens frustes la diiodotyrosine, à la dose de trois comprimés de 0 gr. 10 par jour, permet bien souvent le retour à un état de vie normale, dépouillée de nombreux petits signes qui, par leur répétition, deviennent parfois une obsession pour les malades.

Ce traitement simple et sans danger mérite d'être mieux connu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Thèses soutenues pendant l'année 1935-1936 (1).

Doctorat d'Etat. — 34. Andréa. — Contribution à l'étude des diverticules du côlon.

79. Armand. — Contribution à l'étude de la neuro-mélitococcie.

74. Aubat. — Contribution à l'étude de l'appendicite chronique à symptomatologie urinaire.

18. Axelrud. — Contribution aux initiations à la pratique médicale.

56. Babalas. — L'investigation clinique et thérapeutique du système trigémino-sympathique naso-facial.

60. de Barthez de Marmorières. — Contribution clinique et expérimentale à l'étude des interactions thymo-testiculaires. L'opothérapie thymique dans l'ectopie testiculaire.

69. Benedittini. — Action neuro-vasculaire de la fumée de tabac.

68. Bernèdes. — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme.

41. Bonnafous. — Contribution à l'étude du traitement de certaines fractures par ostéosynthèse à prothèse externe.

17. Boudou. — Le cancer du goudron.

20. Bruel. — Contribution à l'étude du traitement des fractures du maxillaire inférieur par les appareils à appui dentaire.

26. Buc. — La pyrétothérapie soufrée dans le traitement des maladies mentales.

3. Cadilhac. — Contribution à l'étude des intoxications arsenicales accidentelles par les produits viticoles antiparasitaires.

22. Carles. — Des indications fournies par les réactions biologiques de la grossesse dans le post-abortum.

45. Caverivière. — Contribution à l'étude de la thérapeutique des septicémies à streptocoques d'origine otitique par le sérum antistreptococcique de Vincent.

53. Chabaud. — Contribution à l'étude de la synovectomie dans la tuberculose du genou.

64. Crassous (Mme). — Quelques recherches sur la qualité du lait à Montpellier.

81. Cutzach. — Contribution à l'étude d'un nouvel appareil plâtré dans le traitement du torticolis congénital après ténotomie du sterno-cléido-mastoïdien.

37. Dambreville. — Des procédés de purification des eaux d'alimentation des villes et leur prix de revient.

7. Dao Tuan Kiet. — Contribution à l'étude des érythèmes arsenicaux du neuvième jour.

63. Debay. — Le coup de soleil.

31. Derrien. — Les équilibres hémo-rachidiens. Considérations physiologiques, physico-chimiques et physiopathologiques.

15. Dupuy. — Consanguinité et descendance.

27. Durand. Les disjonctions traumatiques de la symphyse pubienne.

77. Durieu de Madron. — Contribution clinique à l'étude de la maladie de Recklinghausen (neurofibromatose).

4. Egg. — Les rayons X et la selle turcique.

48. Egmann. — La plastie cutanée par lambeau pédiculé (méthode indienne) dans la cure chirurgicale de spina bifida avec tumeur.

55. Eifermann. — L'orientation professionnelle et sa base médicale.

38. Elias. — Contribution à l'étude de la luxation traumatique de la hanche avec fracture du sourcil cotyloïdien.

32. Estève. — Contribution à l'étude du traitement de la rétraction de Volkmann par un appareil à tractions non élastiques.

(1) Voir *Thèse de Lille. Gaz. des Hôpitaux*, n° 72, p. 1260.

14. FABRE. — Contribution à l'étude des métastases dans le cancer du col utérin.

58. FASSIO. — Les syndromes de fragilité familiale du neurome périphérique des nerfs rachidiens.

78. FERRAN. — Contribution à l'étude des rapports cliniques de la syphilis et du cancer.

36. FONS. — Contribution à l'étude du traitement des gangrènes par artérites par la méthode de Silbert.

28. FRAKER. — Diagnostic radiologique de l'appendicite chronique.

52. GALONIER. — Essai sur l'existence d'un stade élémentaire primitif et fondamental de la matière dite vivante : l'archobe.

16. GRAND. — Cure solaire d'hiver. Cure solaire d'été.

47. GRANIER. — Contribution à l'étude de l'encéphalite post-vaccinale.

44. GRYNFELTT. — Etude histologique des phénomènes sécrétoires de la glande mammaire.

39. GUILLAUME. — Contribution à l'étude de la crise appendiculaire aiguë chez l'enfant jusqu'à 15 ans.

10. GUINAND. — A propos d'observations de cancer mélanique primitif du foie.

46. GUTMAN. — De la localisation diencéphalo-mésencéphalique des symptômes oculaires de la maladie de Basedow.

35. HEILPERN. — Contribution à l'étude du traitement de certaines fractures de jambe par l'appareil de Von Petz.

21. HÉRAN. — Traitement du glaucome chronique par la sclérectomie fistulisante. Résultats éloignés.

24. JANY. — La pigmentation de la peau dans la cure solaire.

72. JOYEUX. — Contribution à l'étude de la chirurgie conservatrice en gynécologie. Etude de la vascularisation artérielle de l'ovaire.

6. JULIEN. — L'auto-hémo-protidolyse chez l'homme normal et le néphrétique. Ses relations avec la pathogénie de l'intoxication urémique.

80. KNAUER (Mlle). — Contribution à l'étude du traitement de l'abcès du poumon par la méthode de Landau.

9. LANGEARD. — L'intersexualité dans l'art. Psychologie intersexuelle en général. Chez Michel-Ange en particulier.

42. LAPIERRE. — Du traitement des cavernes pulmonaires tuberculeuses de grandes dimensions.

76. LASBUGUES. — Contribution à l'étude des colonies de vacances dans le Gard.

25. LAURET. — Contribution à l'étude de l'urétrographie dans la pathologie urétrale.

62. LIBES. — Contribution à l'étude des hémopéricardes.

12. MALBOS. — Les traumatismes de l'œil dans la pratique des sports.

29. MANOLI. — Contribution à l'étude du cancer bilatéral du sein.

70. MAS. — Contribution à l'étude des infections du système nerveux avec dissociation albumino-cytologique chez l'enfant.

49. MOULIN. — Contribution à l'étude de l'ophtalmologie nucléaire progressive.

50. NAUTON. — Contribution à l'étude du traitement des fractures des membres par l'ostéo-synthèse à prothèse externe.

65. NGUYEN-VAN-TAI. — Contribution à l'étude de la tuberculose ulcéreuse de la langue.

54. NICHET. — Le segment pharyngo-œsophagien.

8. POULAIN (Mme), née BENOIT. — L'acétylcholine. Traitement préventif des accidents de la ponction lombaire.

11. RIU. — Contribution à l'étude de l'éviscération spontanée post-opératoire tardive.

40. RODIÈRE. — Contribution à l'étude des luxations ouvertes du cou-de-pied.

67. ROQUEFEUIL. — Contribution à l'étude de la tuberculose primitive du corps de l'utérus.

19. ROUBERT (Mlle). — Recherches sur la leishmaniose canine dans la région de Montpellier.

33. ROUQUETTE. — Contribution à l'étude des périviscérites gastro-intestinales essentielles généralisées.

66. SAUVY. — Contribution expérimentale à l'étude de la strychnothérapie intensive de la diphtérie maligne.

51. SCHWARZ. — Contribution à l'étude du curettage utérin.

30. SENTY. — Contribution à l'étude de la cirrhose atrophique de Laënnec.

59. SIGNOBET. — Valeur séméiologique de la vitesse de sédimentation globulaire dans certaines manifestations globulaires dans certaines manifestations tuberculeuses de l'adulte et de l'enfant.

61. STIRBU. — Etude sur Marchetti. L'Ecole de médecine de Montpellier et son premier contact avec la Moldavie.

2. TALAYRACH. — Contribution à l'étude des spondylites mélitococciques.

75. TALEL. — Les queues de cornets.

5. TERREL. — L'armement antituberculeux du clergé français. Ses réalisations. Ses résultats. Essai de prophylaxie collective dans un milieu spécialisé.

13. TOYE-GUELFI (Mme). — Contribution à l'étude de l'alcoolisme dans l'Hérault.

23. TUROT. — Contribution à l'étude de la transfusion sanguine dans le traitement de la fièvre typhoïde.

71. VALETTE (Louis). — Contribution à l'étude des recto-colites ulcéro-hémorragiques graves de l'adulte.

57. VALETTE (Pierre). — Un cas d'abcès du cerveau (à droite) consécutif à un kyste hydatique suppuré du poumon gauche.

43. VEYRAC. — Les fractures comminutives du calcaneum.

1. ZAKHAJM. — Le test cutané d'hydrophilie tissulaire d'Aldrich et Mac-Clure recherché par injection intradermique d'eaux minérales.

73. ZELTER. — Le disque intervertébral et les scolioses douloureuses de l'enfant et de l'adolescent.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 12. ALEXINSKY. — Contribution à l'étude du traitement préventif par les vaccins antipyogènes polyvalents dans la préparation préopératoire.

6. ANDREEFF. — Contribution à l'étude du traitement des scolioses douloureuses par la greffe rigide segmentaire.

8. AYAD. — Valeur de l'analgésie locale par infiltration dans le traitement des luxations traumatiques récentes.

10. CHOLAKOVA (Mlle). — Les syndromes neuro-anémiques. A propos de vingt observations inédites.

21. CZERNIAC. — Hygiène et prophylaxie par résection préventive du prépuce.

26. EREMIEFF. — Contribution à l'étude des blessures opératoires de la plèvre et de leurs complications.

22. FERRER DELGADO. — Traitement des fistules stercorales par les opérations de dérivation.

3. FLORMAN. — Contribution à l'étude des indications de la technique de l'arthrodèse extra-articulaire dans l'arthrite déformante de la hanche.

14. HAKAMI. — Contribution à l'étude de l'obstruction ou l'occlusion intestinale par épiploïte chronique.

17. KAHN. — Contribution à l'étude des perforations traumatiques du duodénum.

16. LAREZ-BOODA. — Troubles psychiques intermittents avec hyper-albuminose rachidienne.

25. LIKIERNIK. — Contribution à l'étude du traitement des fractures par tassement de la colonne vertébrale par la méthode de Böhler.

18. LUBRANIECKI. — Contribution à l'étude du fibrome du vagin.

11. Mendel Sztejnsapir. — Contribution à l'étude des perforations de la vésicule lithiasique en péritoine libre.

7. Neitcheff. — Contribution à l'étude des complications secondaires et tardives du drainage pelvien par la méthode de Mikulicz.

20. Pavloff. — Les déplacements incoercibles dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

19. Piatowa (Mlle). — Contribution à l'étude de la thérapeutique de la dothiénentérie par le novarsénobenzol.

2. Pik. — De l'évolution clinique de l'ulcère de l'estomac et de sa valeur diagnostique.

15. Ramirez Vasquez. — Contribution à l'étude des eaux minérales de Colombie.

23. Stoyanoff (Jonco-P.). — Contribution à l'étude du diagnostic différentiel entre l'appendicite aiguë et l'interruption de la grossesse extra-utérine.

9. Stoyanoff (Stoyan). — Gangrène diabétique et tétanos.

5. Sztajnberger. — Contribution à l'étude de la valeur de la réaction de Biernacki (sédimentation globulaire) dans la tuberculose pulmonaire.

13. Szurek. — De l'hémorragie consécutive à l'urétrotomie interne.

4. Telent (Mlle). — Contribution à l'étude de la syphilis nasale héréditaire.

1. Todoroff. — Quelques considérations sur les tuberculoses du pubis et les complications urinaires.

24. Warschawski. — Contribution à l'étude de l'émanothérapie par voie externe.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Thèses soutenues pendant l'année 1935-1936.

Doctorat d'Etat. — 40. Bender. — Contribution à l'étude de l'intoxication cancéreuse. Recherches anatomiques sur l'état des reins dans le cancer du col utérin.

10. Bernhard. — Contribution à l'étude des mycoses de la colonne vertébrale.

22. Burckel. — Diagnostic entre le suicide et l'homicide.

61 (de 1935). Devergranne. — Contribution à l'étude de la climatothérapie de la tuberculose pulmonaire.

2. Druckmann. — Contribution à l'étude des faux en écriture.

44. Dumon. — Les infections dentaires et leur retentissement à distance.

6. Dupuy (Mlle). — Les résultats des thoracoplasties extrapleurales dans la tuberculose pulmonaire.

29. Franck. — Le traitement du lupus tuberculeux, essentiellement par l'emploi du caustique Néo-Filhos.

8. Goldschlager. — Etude critique d'un cas d'écrasement par train. Suicide ou homicide.

7. Haessler. — Les plaies isolées de l'artère mammaire interne et leur traitement.

69 (de 1935). Heck (Mme), née Grossmann. — Recherches sur la relation entre la vitesse de sédimentation globulaire et le pouvoir alexique du sérum.

56 (de 1935). Heuillon. — A propos de l'aplasie familiale du maxillaire supérieur.

11. Hoffmann. — L'ulcère du canal pylorique. Etude clinique et radiologique.

41. Holl. — L'atélectasie au cours de la tuberculose pulmonaire.

26. Holtzmann. — La pneumoradiographie du genou.

65 (de 1935). Jacob. — Réflexions critiques sur l'ulcère digestif expérimental et humain et sur son traitement par l'histidine. Rôle probable de l'histamine.

30. Jaeger (Mlle). — Les lésions anatomo-histologiques des accidents électriques.

21. Julien. — Le traitement médical dans la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.

36. Korn (Mlle). — Médecine légale des empoisonnements. Suicide par le dial, le gardénal, le véronal.

57 (de 1935). Körner. — Le péril barbiturique.

28. Labourgade. — Contribution à l'étiologie du prurigo diathésique de Besnier.

20. Lang. — Les modifications de quelques glandes à sécrétion interne : thyroïde, parathyroïde et surrénale, après la dérivation biliaire expérimentale.

35. Langs. — Résultats obtenus dans les sanatoria d'Aubure par le pneumothorax artificiel complété par la section des adhérences pleurales.

55 (de 1935). Lévy (Pierre-Marcel). — Contribution au traitement de la luxation récidivante de l'épaule.

64 (de 1935). Lewkowitz (Mlle). — Travaux récents de médecine légale en langue allemande.

38. Masson. — Contribution à l'étude des arachnoïdites optochiasmatiques.

43. Maurel. — La transfusion sanguine d'urgence. Le Centre de l'hôpital civil de Strasbourg.

18. Mehl (Mlle). — Formes respiratoires de la mélitococcie.

1. Mély. — Contribution à l'étude des effets cardiaques et circulatoires de la respiration artificielle. Etude critique des différentes méthodes.

59 (de 1935). Mercenier. — Kystes de l'ovaire et grossesse.

15. Pernot. — Rôle du foie dans l'uréogénèse.

31. Pétri. — L'interprétation non hallucinatoire.

63 (de 1935). Pose (Mme), née Lasserre. — L'induration cutanée curable du nouveau-né (cystostatonécrose).

4. Ricklin. — Considérations sur quelques cas de maladie bronzée guéris par le traitement opothérapique.

32. Rousset (Mlle). — Le syndrome moteur catatonique. Etude clinique.

34. Sallis. — Contribution à l'étude des sérums thérapeutiques.

19. Schattner. — Les bases expérimentales de l'artériectomie.

27. Seeger. — De quelques cas de sarcomes d'Ewing et de leur traitement.

67 (de 1935). Ulrich. — Associations épileptiques et associations schizophréniques.

62 (de 1935). Weber. — La mémoire des dactylographes.

58 (de 1935). Wehrung (Mlle). — Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse. Cas observés à la Clinique de gynécologie et d'accouchement de Strasbourg pendant les dernières années.

12. Weidenfeld. — La contagion de la tuberculose pulmonaire.

3. Weil. — Contribution à l'étude de la métaplasie. A propos d'un cas d'épithélioma malpighien du pylore.

24. Weiller. — L'élévation prémenstruelle de la température chez les tuberculeuses pulmonaires.

60 (de 1935). Zimmer. — Intoxications par le plomb et par le plomb tétraéthyle.

Doctorat d'Université. — 68 (de 1935). Beer. — Essai sur les rapports de l'art et de la maladie de Vincent van Gogh.

33. Beyzadès. — L'intoxication apiolique dans ses rapports avec la médecine légale.

16. Duquenois (Mme), née Frenkiel. — Contribution à l'étude des méthodes et techniques nouvelles en toxicologie de 1925 à 1935.

66 (de 1935). Fajbisowicz. — Le diagnostic différentiel entre la spondylite tuberculeuse et les fractures récentes et guéries de la colonne vertébrale d'après l'aspect radiologique des lésions.

37. Finkelsteinas. — De l'emploi du sulfate de baryum à propriétés colloïdales dans la gastrite hyperchlorhydrique et les états colitiques.

14. Fried. — Contribution à l'étude des accidents mortels au cours du pneumothorax thérapeutique. Conséquences médico-légales.

42. Hechler (Mlle). — La morphinomanie chez les médecins.

13. Jukielzon. — Sur l'intoxication par un produit dit « Solvant ».

17. Koulikowska (Mlle). — Considérations sur la grossesse compliquée de fibrome. Rapport des cas observés à la Clinique d'accouchement de Strasbourg depuis 1920.

70 (de 1935). Saldarriaga. — L'artériectomie. Ses indications. Ses résultats.

23. Schwartzmann. — Influence des traumatismes sur la tuberculose pulmonaire.

9. Sildareff. — Etude sur la fréquence et les causes de l'hypertension artérielle dans certaines professions (cheminots). Déductions pratiques.

39. Siu. — La rétraction des lambeaux cutanés des plaies du cou par armes tranchantes.

5. Synéphias. — Sur le défoncement traumatique des corps vertébraux par le disque intervertébral.

25. Volokhine. — Les erreurs d'imputation dans les affaires de lettres anonymes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 7 septembre 1936)

Sur le pouvoir antiseptique immédiat et en durée des huiles essentielles. — M. Jacques Risler. On peut classer dans la catégorie des abiotoxines, ou corps conservateurs du pouvoir antiseptique, certains composés d'addition, dont les constituants pris séparément ont un pouvoir de faible durée, tandis qu'à l'état de mélange, la durée de ce pouvoir est très nettement augmentée.

L'expérimentation bactériologique a été réalisée en ensemençant des cultures de staphylocoque, âgées de 24 heures, sur la surface de petits morceaux de bois imprégnés par trempage dans une même quantité de l'huile essentielle à étudier.

Exemple : 1° Pouvoir antiseptique du thym=28 jours ; 2° thym+benjoin=4 ans, 1 mois, 12 jours.

Notons que l'addition de plusieurs essences augmente très sensiblement leur pouvoir antiseptique *immédiat* à l'état de vapeur, ce qui rend possible la désinfection de l'air en un temps très court.

Les mélanges expérimentés sont les suivants, à parties égales :

a) Thymol, terpinéol ;

b) Essence d'amandes amères, essence de cannelle ;

c) Thymol, terpinéol, essences d'amandes amères et de cannelle.

C'est ce mélange qui a l'action bactéricide la plus rapide (13 minutes).

CONGRÈS

Congrès italien de médecine sportive hivernale. — Ce Congrès aura lieu en janvier 1937 à Cortina d'Ampezzo.

Pour les adhésions et les communications, s'adresser au Dr R. Sassi, secrétaire de la Société médico-chirurgicale à Brescia (Italie).

IIIe session des « Journées médicales de Paris » du 26 au 30 juin. 1937.— Le Comité permanent des *Journées médicales de Paris* vient de décider d'organiser, à l'occasion de l'Exposition Internationale de 1937, des Journées qui rappelleront, dans leurs lignes générales, celles des deux premières sessions (1926 et 1928) et qui réuniront les médecins civils, militaires de terre et de mer, les pharmaciens, les vétérinaires et les biologistes, physiciens et chimistes français et étrangers.

Elles seront présidées par le professeur Carnot.

Les vice-présidents seront : les médecins généraux inspecteurs Rouvillois et Morvan, les professeurs Perrot et Gorris, les professeurs Leclainche et Nicolas.

Secrétaire général : M. le docteur Henri Godlewski.

Secrétaire général adjoint : M. le Docteur Pierre-Bourgeois avec le patronage et le concours du Comité de rédaction de la « Revue médicale française ».

Le Comité français des expositions a bien voulu se charger, comme pour les sessions précédentes, de l'organisation des expositions habituelles, et en a confié la direction à M. Jean Faure.

Les matinées seront consacrées, suivant la tradition, aux démonstrations pratiques, organisées dans les hôpitaux civils et militaires, ainsi que dans les Ecoles et Instituts de biologie, et grouperont toutes les branches de l'activité médicale.

Les séances de l'après-midi seront réservées à l'étude pratique du sujet suivant : *Hormones et thérapeutique endocrinienne.*

1re journée : L'hypophyse.
2e journée : Les glandes génitales.
3e journée : Les thyroïdes, parathyroïdes et surrénales,
4e journée : Le foie, le pancréas et le thymus.

Ces séances de l'après-midi auront lieu dans l'enceinte de l'Exposition internationale, à proximité des stands réservés aux exposants des Journées médicales.

Il est prévu un programme de fêtes aussi brillantes que pour les Journées de 1926 et de 1928. Ce programme sera publié ultérieurement.

Tous ceux, étudiants, médecins, pharmaciens, vétérinaires et biologistes, désireux de s'intéresser aux Journées médicales Paris, 1937, sont priés de s'adresser au : Service des Journées médicales, Revue médicale française, 18, rue de Verneuil, Paris (7e). Cotisations : 50 francs, 30 francs pour les membres de la famille du congressiste et les étudiants.

REVUE DES THÈSES

Essai sur la schizophasie (1), par Jacques Delmond.

La schizophasie est l'incohérence du langage particulière à la schizophrénie et dont elle reproduit les caractères propres, que nous avons énumérés, dans l'ordre idéique, affectif et moteur. Nous l'avons recherchée et observée dans les diverses formes de la démence précoce (hébéphrénie, catatonie, psychose et démence paranoïde). Pour la discrimination des symptômes de ce groupe d'affections, nous

(1) *Th. de Paris*, 1935. — Paris, Le François.

avons suivi les données de l'ouvrage capital de Bleuler, dont nous avons rappelé les propositions principales. Chez les différents malades que nous avons étudiés, nous avons saisi des ensembles de symptômes (trouble de la pensée, abstraite, diffluente, approximative — trouble de l'affectivité, ambivalente, paradoxale — symptômes catatoniques, qui imposent la forme et le rythme de l'expression — idées délirantes incohérentes — régression vers l'utilisation d'une pensée fragmentaire, dissociée. Autisme). Cet ensemble syndromique est en rapport direct avec un emploi régressif du langage, tel que la schizophasie, après les comparaisons effectuées avec les mentalités primitives, l'activité poétique, le langage de l'enfant, nous semble le représenter.

Il semble qu'il y ait lieu d'étendre sensiblement l'acception du terme de Kraepelin, qui désignait sous le nom de schizophasie une forme clinique de démence précoce : la démence avec confusion du langage, comportant d'autre part la conservation de l'activité pragmatique. Nous avons été amenés par les faits à considérer que la schizophasie ne constituait pas à elle seule un syndrome, mais qu'elle était un témoin de la discordance ou dissociation schizophrénique de l'activité psychique. Dans l'historique que nous avons donné, nous avons essayé de mettre en valeur ce critère de la discordance.

L'incohérence idéique et verbale nous a paru s'accompagner assez constamment chez les déments précoces de troubles phonétiques (R. Mignot), dysphonies et dyslalies à propos desquelles nous avons noté l'intérêt de la méthode phonographique. En dehors de ces troubles de la parole et de la voix, les caractères cliniques de la schizophasie nous ont paru pouvoir se résumer en :

— Symptômes catatoniques, où prédominent : stéréotypies, maniérisme, négativisme, automatismes verbaux, impulsivité, hyperkinésies ;

— Troubles des fonctions du langage.

Appliquant la méthode de Head pour l'examen des troubles du langage dans l'aphasie, nous avons pu montrer l'établissement des troubles à des niveaux différents, correspondant à la désintégration de fonctions étagées :

— Troubles verbaux, ou de la fonction d'expression motrice, qui réalisent la salade de mots ou de syllabes (niveau de la jargonophasie).

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF SPINAL [1]

3° Dans la portion cranienne — étage postérieur.

En avant, c'est le X, et, par son intermédiaire le IX, qui suivent la même direction que lui vers le trou déchiré postérieur.

En bas, c'est la dure-amère qui le sépare de la base de l'occipital. Tubercule de l'occipital qui sépare 9-10-11 de 7-8.

En haut, c'est la face inférieure du cervelet.

Le nerf est enveloppé d'une gaine arachnoïdienne, qui lui est commune avec le X et le IX, et qui l'accompagne jusqu'au trou déchiré postérieur.

4° Au trou déchiré postérieur.

Le nerf répond aux parois et au contenu.

a) *Parois du trou déchiré postérieur.*

Et avant et en dehors : c'est le bord postérieur du rocher, région jugulaire.

En arrière et en dedans : c'est l'échancrure jugulaire de l'occipital. Le contour de ces deux surfaces est très régulier, et il se détache à la partie moyenne de chacune d'elles une petite épine osseuse qui contribuera à diviser le trou en 2 parties. Ce trou a, dans l'ensemble, une forme en virgule à grosse extrémité postéro-externe, à extrémité effilée antéro-interne.

b) *Contenu.*

Le XI est dans la partie antéro-interne du trou — à sa partie la plus postérieure, il est au contact de la paroi postérieure. Parfois légère empreinte.

En arrière et en dehors et par l'intermédiaire d'un petit ligament tendu entre les 2 épines, c'est le sinus latéral qui va devenir veine jugulaire interne.

En avant, c'est le X, puis le IX — ainsi qu'une petite artériole, branche de la pharyngienne ascendante.

Tout à fait en avant, c'est le sinus pétreux inférieur qui a croisé par en arrière le IX — et qui croise par devant le X puis le XI.

5° A son arrivée à la base du crâne, le nerf se trouve dans un vaste confluent vasculo-nerveux :

En avant et en dehors : c'est la *carotide interne*, qui va pénétrer dans le crâne par l'orifice carotidien.

Cet orifice est séparé du trou déchiré postérieur par une petite crête osseuse sur le versant antérieur de laquelle va pénétrer *le nerf de Jacobson.*

En dehors, le nerf est croisé :

Par une veine : le sinus pétreux inférieur, oblique en arrière et en dehors et se jetant dans le golfe de la jugulaire.

Par un nerf : l'anse de Haller, unissant le glosso-pharyngien au facial.

En dedans enfin, les deux nerfs qui accompagnaient le XI dans le T.D.P. se renflent chacun en un ganglion.

— Ganglion d'Andersch du glosso-pharyngien ;

— Ganglion jugulaire du pneumogastrique.

6° Dans l'espace sous-parotidien postérieur :

Le tronc du spinal n'a qu'un trajet très court, parfois même inexistant, si le nerf s'est divisé dans le trou déchiré postérieur.

Les rapports que l'on étudie ici peuvent donc être, dans certains cas, ceux de l'origine de ses branches terminales.

En avant, le nerf est tout contre la paroi antérieure : insertion supérieure de l'aponévrose des muscles styliens.

En dedans, c'est la *carotide interne*, qui lui était d'abord antéro-externe à la base du crâne, et dont le nerf a croisé la face postérieure.

Le *glosso-pharyngien* s'écarte de plus en plus du spinal pour contourner la face externe de la carotide et gagner la partie antérieure et interne de l'espace sous-parotidien postérieur.

Le *pneumogastrique* descend verticalement, renflé en son ganglion plexiforme.

En arrière, c'est le *sympathique*, ganglion cervical supérieur, oblique en bas et en dehors, et qui présente 3 parties : rétro-artérielle, rétro-pneumogastrique, et rétro-veineuse.

Le *grand hypoglosse* est beaucoup plus en arrière et plus bas et n'entre pas en rapports avec le tronc, mais avec la branche externe du spinal.

En dehors enfin, c'est la veine *jugulaire interne*, rapport intime du spinal ou de sa branche externe.

— Le nerf va se rapprocher de plus en plus de la paroi externe de l'espace : *mastoïde* doublée ;

Du digastrique en dedans ;

Du sterno-cloïdo-mastoïdien en dehors.

(*A suivre.*) LUCIEN DAVID.

[1] Suite. Voir n° 74, p. 1294.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


UNE NOUVELLE FORME DE LA
BULGARINE
Adultes et enfants : XX gouttes
Enfants de moins de 3 ans et nourrissons : X gouttes
4 fois par jour
GOUTTES DE BULGARINE
LABORATOIRE DES FERMENTS THÉPÉNIER
GOUTTES DE BULGARINE
BULGARINE THÉPÉNIER
GOUTTES DE BULGARINE
LABORATOIRE DES FERMENTS DU Dr. THÉPÉNIER
10, RUE CLAPEYRON - PARIS 8e

N° 77. — SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAL-HOSPICE DE NIORT. — *Journée médicale du 18 octobre 1936.* — La Commission administrative de l'hôpital de Niort, de concert avec le Syndicat médical des Deux-Sèvres, organise le 18 octobre prochain, sous la présidence de M. Louis Martin, membre de l'Académie de Médecine, directeur de l'Institut Pasteur de Paris, une journée médicale entièrement consacrée à l'Hospitalisation et aux problèmes que cette question soulève tant pour le Corps médical que pour les bénéficiaires des lois sociales actuelles.

Cette manifestation à laquelle sont invités médecins et administrateurs, comprendra, outre la lecture et la discussion d'un rapport sur la question mise à l'ordre du jour, une visite détaillée de l'Hôpital de Niort, qui vient d'être reconstruit sur des données toutes nouvelles.

Contrairement à ce qui avait été précédemment annoncé et en raison de l'importance et de l'actualité de la question hospitalière, la question médicale figurant au programme primitif (le traitement médico-chirurgical des ulcères duodénaux) est remise à une séance ultérieure.

HÔPITAL DE VANNES. — Un concours pour la nomination d'un chef de laboratoire de chimie et de bactériologie s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 19 octobre 1936, à 9 heures. Ne pourront être admis au concours que les docteurs en médecine ou les pharmaciens français et munis du diplôme d'Etat.

Inscription : Secrétariat des hospices de Vannes (Morbihan) jusqu'au 30 octobre inclus. Pièces à produire : acte de naissance, diplôme de docteur, exposé manuscrit des titres et services.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Le concours du clinicat médical s'est terminé par la nomination de M. Saric, chef de clinique titulaire, et de M. Lévy, chef de clinique adjoint.

GUERRE. — VAL-DE-GRACE. — Le concours prévu par arrêté du 11 janvier 1936 à l'école d'application du service de santé militaire pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce sera ouvert :

Le 4 novembre 1936 : pour un emploi de professeur agrégé de chimie appliquée à la biologie et aux expertises dans l'armée.

Le 12 novembre 1936 : pour trois emplois de professeur agrégé de médecine.

Les demandes formulées par les médecins et pharmaciens militaires en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours devront parvenir au ministre de la guerre (7e direction), avant le 5 octobre 1936.

MARINE. — Un concours pour l'emploi de chef de clinique chirurgicale à l'école d'application des médecins et pharmaciens chimistes de 2e classe aura lieu à l'hôpital maritime Sainte-Anne à Toulon, dans le courant du mois de janvier 1937 à une date qui sera fixée ultérieurement.

Ce concours aura lieu dans les conditions fixées par l'arrêté du 22 décembre 1930, modifié le 9 août 1934.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHONIATRIE. — Le IVe Congrès de la Société française de Phoniatrie aura lieu sous la présidence de : M. le professeur Lemaitre; vice-présidents : M. le professeur Jacques, M. le professeur agrégé Halphen, le mercredi 21 octobre, à 9 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. Rapport par M. le professeur Portmann : Radiologie et Phonation.

Secrétaire général : Docteur Tarneaud, 27, avenue de la Grande-Armée, Paris 16e.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres et Dispensaire Léon Bourgeois, 65, rue Vaneau. Professeur : M. F. Bezançon. — Cours de perfectionnement sur la *Tuberculose*, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. E. Rist et P. Ameuille, avec la collaboration de M. le professeur F. Bezançon, de MM. L. Ribadeau-Dumas, P. Jacob, J. Levesque et A. Ravina, médecins des Hôpitaux, A. Maurer, chirurgien des Hôpitaux, G. Maingot, électro-radiologiste de l'hôpital Laennec; MM. E. Brissaud, J. Rolland, E. Coulaud, F. Hirschberg, E. Hautefeuille, L. Pellissier, A. Soulas, Hinault, Kudelski et M[lle] M. Blanchy, assistants et anciens assistants ; M. S. Doubrow, chef de laboratoire à la Faculté, J.-E. Evrot, sous-directeur du Comité national, et Ch. Trocmé, médecin-chef du Sanatorium de Seyssel.

Ce cours, d'une durée de quatre semaines, commencera le lundi 19 octobre 1936, à 11 heures, à la Salle des Conférences de la clinique de la tuberculose, à l'hôpital Laennec. Il se composera de leçons et d'exercices pratiques.

Le Comité national de Défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou des candidats au poste de médecins de dispensaires, désireux de suivre ce cours, un certain nombre de bourses.

S'adresser à M. le docteur Arnaud, directeur général du Comité national, 66, boulevard Saint-Michel, Paris, VI[e].

Les droits à verser sont de 250 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de Médecine, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4) et salle Béclard (A. D. R. M.) à la Faculté, tous les jours, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h., sauf le samedi après-midi.

Jean CHARCOT

La mort tragique de Jean Charcot et de ses compagnons disparus avec le *Pourquoi Pas* sur les côtes d'Islande a causé une émotion profonde dans le monde entier et une véritable douleur à tous ceux qui ont connu et aimé le célèbre explorateur.

Avec quelle tristesse il me faut aujourd'hui essayer de retracer sa vie.

Jean-Baptiste Charcot, fils du Maître de la Neurologie française, le professeur Jean-Martin Charcot, était né à Neuilly en 1867. Interne des hôpitaux de Paris en 1891, il est le cinquième d'une promotion qui compte Fernand Bezançon, Edouard Michon, F. Jayle, E. de Massary et le regretté Emile Reymond, chirurgien et aviateur tombé pour la France en 1914.

En 1895, Jean Charcot est chef de clinique du professeur Raymond, à la Salpêtrière. Mais la mer l'attire invinciblement.

Il abandonne la médecine qui lui offrait cependant un si bel avenir et il s'oriente vers les explorations polaires et l'océanographie. Avec des moyens très restreints, il organise et exécute deux voyages dans l'antarctique, l'un de 1903 à 1905 avec le *Français* ; l'autre, de 1908 à 1910 avec le *Pourquoi Pas*. La Société de Géographie lui décerne sa grande médaille d'or en 1912. Sa renommée est telle que les Anglais le surnomment le « polar gentleman ».

En 1914 il est mobilisé comme médecin de réserve de la marine à Cherbourg, mais il découvre bientôt des procédés de repérage des sous-marins qui retiennent l'attention de la Grande-Bretagne. Sur la demande de l'Amirauté anglaise, il est détaché auprès d'elle et à cette occasion, il quitte le corps de santé pour être nommé lieutenant de vaisseau. Il reçoit le commandement d'un chasseur de sous-marins, le *Meg*, un de ces vapeurs camouflés qu'on avait surnommés les bateaux-pièges.

La guerre terminée, Jean Charcot reprend ses explorations cependant que l'Académie des Sciences, l'Académie de Médecine et l'Académie de Marine lui ouvrent leurs portes. Il est capitaine de frégate, grand officier de la Légion d'honneur et décoré de la croix de guerre avec palmes.

Attiré tout particulièrement par l'admirable œuvre colonisatrice du Danemark au Groënland, Charcot depuis plusieurs années emmenait chaque été des missions d'études sur les côtes du Groënland et d'Islande. Il montrait et faisait aimer dans ces régions notre pavillon. Il y a trois ans, pour l'année polaire, le professeur Jean-Louis Faure fut son compagnon et relata son voyage dans un livre qu'il faut relire. Personne, en effet, mieux que Jean-Louis Faure n'a compris la noble figure et le cœur généreux du grand Français dont la seule ambition fut de servir.

Il y a trois mois à peine, dans la Salle des Pas-Perdus de l'Académie, Charcot me rappelait des souvenirs communs. Malgré sa vie si fortement remplie, il restait fidèle à ses vieux souvenirs et à ses vieux amis. Comme son visage s'éclairait quand il en parlait, et quelle douceur dans ses yeux clairs que la mer a fermés pour toujours !

F. L. S.

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

HOMMAGE AU DOCTEUR JEAN CHARCOT

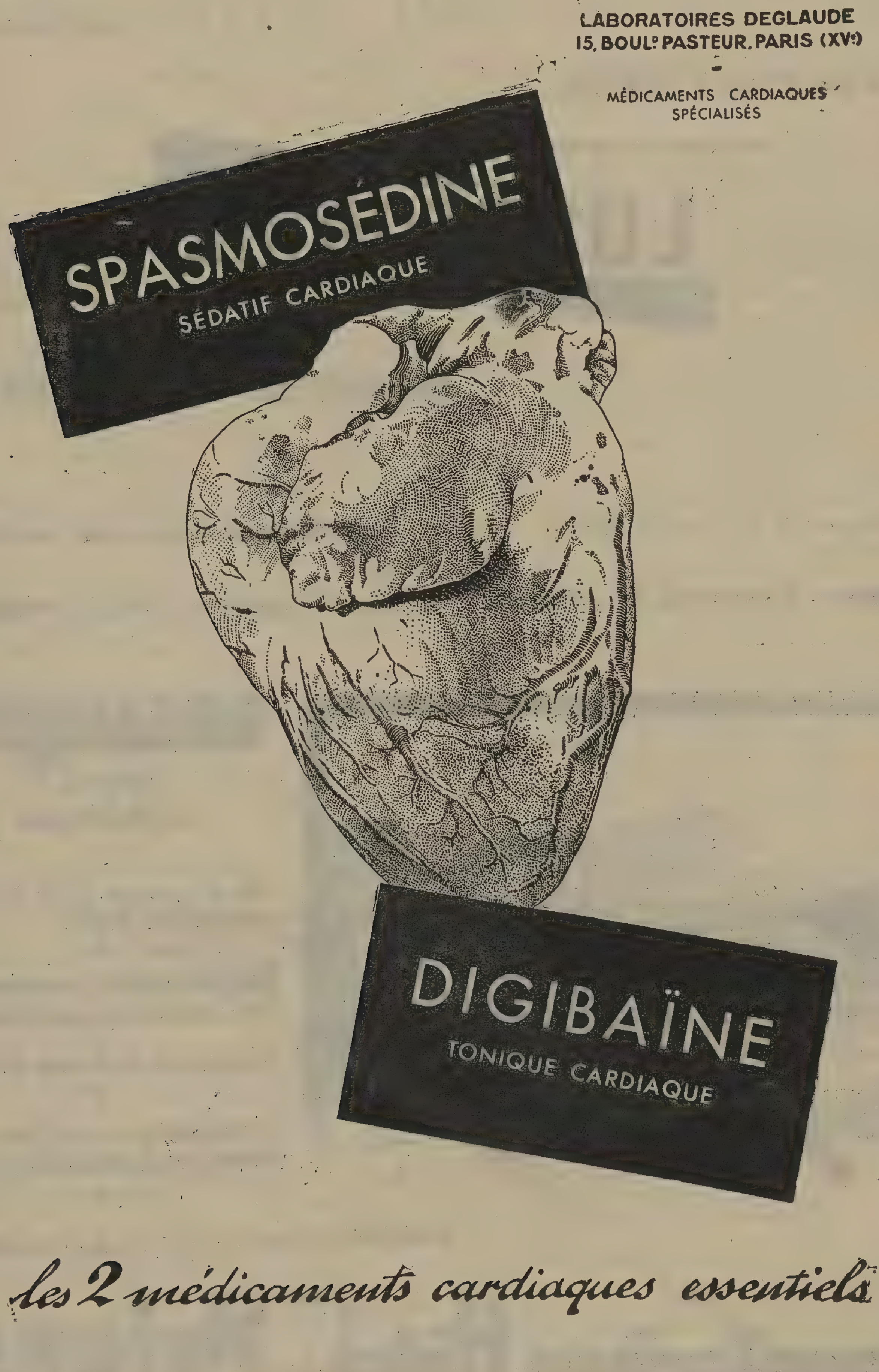
La Fédération des Syndicats Médicaux de la Seine, douloureusement affectée par le deuil cruel qui frappe une de nos grandes familles médicales, salue respectueusement le grand savant et le grand Français que fut le docteur Jean Charcot, mort au champ d'honneur, et prie Madame Charcot et ses enfants d'agréer ses sentiments de respectueuse sympathie.

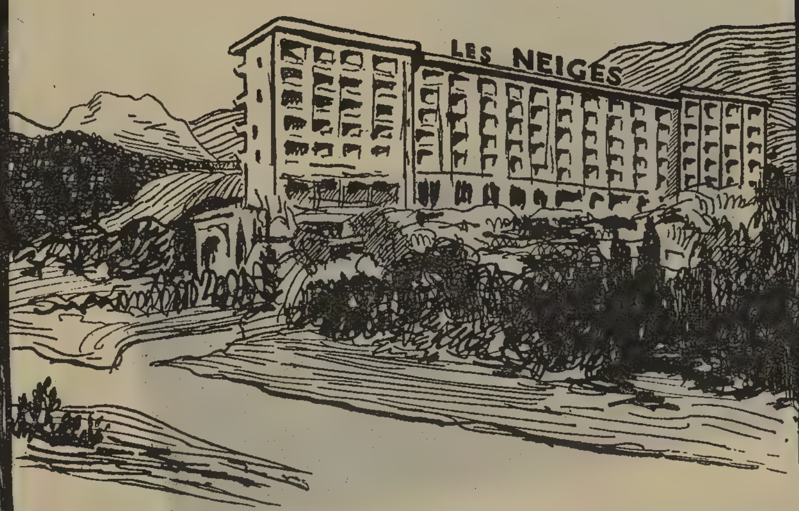
(*Communiqué.*)

La Fédération des Syndicats Médicaux de la Seine rappelle aux médecins susceptibles d'être sollicités de collaborer à des publications *non réservées aux seuls médecins*, ses communiqués antérieurs, et porte à leur connaissance l'ordre du jour voté récemment par le Syndicat des Médecins des Hôpitaux de Paris :

« Le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins « des Hôpitaux attire l'attention sur le danger que présente « la publication, dans les journaux de vulgarisation médi- « cale destinés au grand public, d'articles qui, même d'une « parfaite tenue et signés par des personnalités très respec- « tables, semblent constituer un gage de moralité pour les « articles purement publicitaires et parfois charlatanesques « avec lesquels ils voisinent. »

(*Communiqué.*)


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL.D PASTEUR, PARIS (XV.e)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels


LES NEIGES

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MALADIES DES ENFANTS

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
(Annexe Grancher).

I. — AFFECTIONS DIGESTIVES

Le problème des amygdales chez l'enfant. (Jean FEUZ. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 25 janv. 1936.) — L'amygdalectomie qui est de pratique courante devrait-elle, comme certains auteurs l'ont proposé, être pratiquée à titre prophylactique en l'absence de tout signe local ou de trouble nettement caractérisé, dans le but de supprimer un point d'appel pour des infections locales ou générales ?

La thèse ne semble pas soutenable à l'heure actuelle. Nous avons quelques notions anatomiques précises, touchant la structure et l'évolution de l'appareil amygdalien. D'explication valable de cette évolution, de connaissance précise touchant ses fonctions, nous n'en avons que de rudimentaires. Nous avons surtout des édifices dialectiques et des plaidoyers. Sans vouloir tomber dans un finalisme excessif, on peut soutenir l'invraisemblance de l'organe inutile et conservé. Il est donc sage de s'abstenir de toute prophylaxie à fondement théorique, de conserver toute amygdale qui n'est gênante ni par son volume ni par son état d'infection et d'enlever au contraire sans hésitation toute amygdale qui est l'origine de troubles mécaniques ou d'accidents infectieux. R. LEVENT.

Les enfants bradyphages. (Georges SCHREIBER. *Bulletin méd.*, 16 fév. 1935.) — Ce sont des enfants qui ne refusent pas l'alimentation comme le font les anorexiques mentaux mais qui s'attablent sans plaisir et mangent lentement. Cet état se manifeste parfois dès le temps de l'allaitement et persiste par la suite malgré l'élargissement du régime.

Il s'agit d'un enfant trop sage à table qui perd du temps à chaque bouchée, conserve dans la bouche sans l'avaler une bouchée qu'il renforce d'une nouvelle bouchée, — sauf pour un aliment dont ils sont gourmands. Jamais de vomissements.

Il est des améliorations temporaires à l'occasion d'un changement d'air, mais pas de disparition réelle. Il s'agit en général d'enfants un peu pâles, de faible poids mais grandissant bien. Un peu de constipation due au peu de volume des ingesta. Activité intellectuelle normale ou supérieure à la normale ; parfois capacités sportives qu'on n'attendrait pas de tels sujets.

Il s'agit en général d'enfants nerveux, « neuro-arthritiques » personnellement et dans leurs ascendances. L'hérédosyphilis existe parfois, mais pas toujours à beaucoup près.

La bradyphagie s'atténue en général avec l'âge, mais très souvent persiste à un certain degré l'existence entière.

Le diagnostic principal à faire est celui de l'anorexie mentale et aussi celui du pharyngo-spasme infantile.

L'élément principal du traitement est la vigilance et la ténacité des parents, auquel devra se joindre un peu de tolérance gastronomique. L'isolement ne s'adresse qu'à des cas exceptionnels. La cure d'air, utile, n'a jamais que des effets temporaires. L'arsenic et les rayons ultra-violets sont aussi des adjuvants parfois utiles.

R. LEVENT.

Les vomissements périodiques avec acétonémie chez l'enfant. Etude clinique et pathogénique. (Justus STRÖM. *Acta paediatrica*, vol. XVIII, supp. II, 1935.) — La condition fondamentale pour l'apparition des vomissements périodiques avec acétonémie chez l'enfant est un trouble constitutionnel caractérisé par une névrose végétative atteignant avant tout l'estomac et par un trouble du métabolisme qui se traduit en une réaction anormale à la carence en hydrates de carbone.

Les enfants atteints de cette anomalie réagissent à une carence de courte durée par une acétonémie exagérée et par une acétonurie supérieure à celle des enfants normaux.

Un régime cétogène peut provoquer chez ces enfants des crises de vomissements qui ne se produisent pas chez le sujet normal.

Pendant la période de vomissements apparaissent des troubles du métabolisme, en particulier une diminution de la faculté d'assimilation en hydrates de carbone. En dehors de la diminution du pouvoir d'absorption, on peut trouver dans ce fait l'explication de la faible efficacité du traitement par le sucre, lorsque l'acétonurie a déjà duré quelque temps.

Pendant la période des vomissements périodiques, la perte en chlore par la sécrétion gastrique peut atteindre une certaine importance ; la chloropénie peut avoir pour conséquence l'azotémie.

Le trouble neurovégétatif pendant la crise se manifeste par une motricité et une sécrétion gastrique anormales. Les troubles du tonus (en général hypotonie, péristaltisme affaibli ou disparu, occlusion pylorique) causent un trouble grave de l'évacuation qui ne peut plus faire passer son contenu dans l'intestin.

Les accès spontanés peuvent survenir soit du fait d'un régime cétogène ou de l'inanition qui vicient le métabolisme, soit du fait de l'irritabilité végétative par voie directe ou réflexe. Il peut y avoir sommation d'excitations. Il en résulte un cercle vicieux exagérant les troubles fonctionnels et engendrant la chloropénie et l'azotémie.

Le traitement doit combattre à la fois le trouble du métabolisme et l'irritabilité neurovégétative ; on doit aussi tenir compte des modifications dues à la transformation des hydrates de carbone et des chlorures. Le traitement préventif doit chercher à modifier le métabolisme et les facteurs qui influent défavorablement sur le système nerveux.

R. LEVENT.

La valeur clinique de l'albuminurie et de la cylindrurie dans les troubles digestifs des nourrissons. (P. ROHMER et B. TASSOVATZ. *Revue franç. de Pédiâtrie*, 1935, N° 5.) — Les auteurs insistent sur l'intérêt diagnostique, pronostique et clinique de l'albuminurie et de la cylindrurie dans les dyspepsies aiguës du nourrisson.

Elles sont nulles dans les dyspepsies aiguës légères, mais existent dans le tiers des cas de gravité moyenne ; elles représentent donc en dépit des apparences cliniques trompeuses un indice de gravité, l'affection cessant dans ces cas d'être purement locale.

Dans les formes moyennes, la diète hydrique les fait disparaître en 12 à 24 heures ; dans les formes graves, il faut 24 à 48 heures, dans le choléra infantile, plus de 48 heures ; les cylindres y sont aussi plus abondants.

Il y a des variations possibles avec l'âge du malade. Très fréquents chez le prématuré ou avant 6 mois, moins fréquents entre 6 et 12 mois, rares après 1 an, donc fréquence en parallélisme avec la gravité habituelle de ces affections en clinique.

Persistance ou réapparition témoignent de l'insuffisance du régime ou de sa trop rapide cessation ou encore de la persistance de la cause première (otite insuffisamment ouverte).

L'absence de ce signe urinaire lorsqu'il existe de la température avec selles dyspeptiques et un mauvais état général, doit faire craindre une entérocolite infectieuse possible. Ce signe est très précoce, souvent plus même que les selles anormales.

R. LEVENT.

II. — AFFECTIONS NERVEUSES

Forme cérébrale de la maladie de Buhl. (Horia SLOBOZIANU. *Le Nourrisson*, 1935, N° 3.) — A côté des formes asphyxique et hémorragique, on peut observer dans la maladie de Buhl, une forme cérébrale, dont l'auteur rapporte ici 3 cas.

L'aspect clinique est celui de l'hémorragie cérébro-méningée. A l'autopsie, on trouva dans un des cas de la surcharge et de la dégénérescence graisseuses du foie et du cœur, de petites hémorragies dans tous les organes avec présence de pigments biliaires ; dans un autre cas de la stéatose et de la dégénérescence graisseuse du foie, des fibres du myocarde et des tubes rénaux ; des hémorragies de tous les organes, en particulier dans les surrénales ; dans le dernier enfin, la désorganisation de l'architecture du foie avec stéatose, dégénérescence graisseuse et nécrose acidophile, des nodules nécrotiques et des hémorragies de la rate et la présence de colibacilles dans le foie et dans la rate.

Ces caractères anatomopathologiques se retrouvent dans les autres formes antérieurement décrites de la maladie de Buhl sous la plume d'autres auteurs.

Cette affection serait due pour l'auteur à une toni-infection d'origine congénitale, peut-être parfois due au colibacille qu'il a trouvé dans un cas. Elle résulterait d'épisodes bactériémiques passagers survenant chez la mère au cours de la grossesse, ne provoquant chez elle aucun signe clinique mais contaminant cependant gravement l'enfant.

R. LEVENT.

La migraine chez l'enfant et son équivalent abdominal. (Robert DEBRÉ et Robert BROCA. *Bull. méd.*, 6 juillet 1935.) — La migraine n'est pas exceptionnelle dans l'enfance ; son âge de prédilection est la période prépubérale. Elle est caractérisée comme chez l'adulte par des crises de céphalée intense avec photophobie, état nauséeux et vomissements, parfois terminaux ; entre les crises, santé absolument normale.

Dans certains cas, ces symptômes sont remplacés par des douleurs abdominales aiguës auxquelles ils peuvent s'associer, ce qui rend possibles d'importantes erreurs diagnostiques.

La notion d'hérédité est ici d'une importance particulière, de même la connaissance des prodromes : état nauséeux, inaptitude au travail, troubles sensoriels (odeurs, saveurs anormales sine materia) inappétence ; parfois réactions vasomotrices, à la face en particulier. D'une manière générale, ces symptômes précurseurs sont toujours les mêmes pour un même malade.

La céphalée a les caractères particuliers de la céphalée migraineuse, apparition et disparition soudaines ; sommeil survenant en fin de crise et présageant l'entière guérison au réveil. Sa durée est d'une demi-journée à deux jours.

Les douleurs abdominales, généralement associées aux vomissements, peuvent persister entre les efforts de vomissement ; elles siègent au creux épigastrique, mais peuvent diffuser à tout l'abdomen sans localisation précise ; dans certains cas, elles dominent le tableau clinique. En général, il s'agit d'une douleur profonde, tantôt sourde et continue, tantôt paroxystique et intense à allure de coliques, augmentée ou réveillée par le palper ; elle persiste un à deux jours et laisse après elle de l'endolorissement. Elle n'est pas en rapports avec la fréquence ni avec l'intensité des vomissements quand elle les accompagne. On devra rechercher les antécédents migraineux et essayer de mettre en évidence la transformation progressive de leurs caractères, l'alternance possible de crises des deux types.

En général, le début est brusque, la température normale ; toute élévation thermique doit faire écarter le diagnostic de migraine. La crise terminée, aucun symptôme ne subsiste plus.

Le diagnostic pourra se poser avec les méningites (tuberculeuse, ourlienne), l'hémorragie méningée, les tumeurs cérébrales, la sinusite frontale, les équivalents épileptiques. Dans ce dernier cas, le diagnostic est presque impossible, lorsqu'il s'agit d'épilepsie fruste.

Il se posera parfois avec une intoxication oxycarbonée ; il se posera surtout avec l'appendicite. Dans la migraine, la douleur est plus diffuse avec des irradiations plus variables et plus multiples, il y a peu d'hyperesthésie cutanée, aucune contracture de la paroi, pas de fièvre, pas d'accélération du pouls.

Diagnostic moins malaisé et moins important avec la simple indigestion, les vomissements acétonémiques.

Importante aussi est la notion d'association avec l'urticaire, le coryza spasmodique qui par ailleurs peuvent constituer eux aussi des équivalents de la migraine.

R. LEVENT.

De la guérison de l'incontinence nocturne d'urine par la psychothérapie. (P.-E. CHAUSSE. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 25 oct. 1934.) — L'auteur a obtenu, dans cette affection rebelle et décevante, de nombreux succès en faisant appel à la collaboration de l'enfant et à une rééducation fondée à la fois sur le conscient et le subconscient.

Le facteur cérébral dans l'énurésie est habituellement trop sous-estimé ; il est certain que la volonté intervient pour aider à la rétention. D'autre part, la miction semble l'effet d'une sommation d'excitations sur lesquelles la rééducation doit s'exercer.

Faciliter le lever nocturne spontané de l'enfant en supprimant les lits à parois latérales élevées, en mettant à sa disposition une lampe électrique de poche lui permettra d'uriner seul et à temps sans réveil notable au lieu de recourir à un appel tardif. Favoriser l'association mentale : demi-réveil, miction.

Modifier l'horaire selon les possibilités de l'enfant, et ne modifier cet horaire que graduellement et selon la faculté augmentée de rétention vésicale.

Y ajouter la suggestion orale et même écrite et les encouragements, en s'abstenant de tout reproche ou mesure coercitive dont les effets sur le psychisme éloignent du résultat recherché.

R. LEVENT.

Contribution à l'épidémiologie de la poliomyélite aiguë. (Hjalmar WENNENBERG. *British Journ. of Children's Diseases*, juillet-septembre 1935.) — L'auteur refuse toute valeur aux idées jusqu'ici acceptées ou proposées en matière d'épidémiologie de la poliomyélite et la théorie des infections

inapparentes et de l'immunisation par formes abortives lui paraît entre toutes irrecevable.

La transmission directe d'un sujet à l'autre par contact ou projection des sécrétions d'un cavum infecté s'accorde mal avec la rareté urbaine par rapport à la fréquence rurale des cas observés et avec l'étude serrée de certaines épidémies suédoises, plus mal encore avec la rareté de la contagion intérieure dans une même école.

Il y a également des difficultés à accepter les théories alimentaires ou hydriques ; il semble y avoir plus de concordance avec les éléments topographiques ; l'épuration de l'eau semble de plus absolument sans action.

Aussi l'auteur, après 37 années d'expérience, accepterait-il plus volontiers la possibilité du rôle transmetteur des insectes. En 22 ans, il n'a observé aucune transmission de l'affection d'un malade à ses infirmières, tandis que les nouveau-nés, toujours si soigneusement isolés du milieu extérieur, paient parfois leur tribut à la contagion.

La voie de transmission serait à son sens transcutanée, donc comportant l'action d'un insecte en dépit des résultats négatifs des expériences faites sur le singe au moyen du stomoxys. L'espèce à incriminer n'est pas encore précisée ; il s'agit probablement d'insectes très courants, vraisemblablement une variété de moustiques, à laquelle feraient également songer certains traits communs à la poliomyélite et au paludisme, certaines circonstances topographiques. Le décalage saisonnier entre les périodes à moustiques et la saison des épidémies serait pour l'auteur dû à la durée très longue, au moins plusieurs semaines, de l'incubation, peut-être le virus transmis serait-il non pas vivant, mais inanimé.

A noter de plus que toutes les mesures d'isolement et de prévention prises jusqu'ici n'ont jamais paru avoir la moindre influence sur l'allure des épidémies.

R. LEVENT.

Action thérapeutique de la ponction lombaire dans la chorée de Sydenham. (R. A. KHERSONSKY. *Arch. de méd. des Enf.*, mai 1935.) — La ponction lombaire, parfois répétée (2, 3 fois), est un traitement, adjuvant du traitement classique, de la chorée déjà signalé par divers auteurs, qui 22 fois sur 25 a paru à l'auteur donner de bons résultats.

L'action s'en fait sentir au bout de 3 à 5 jours, soit par diminution nette de l'hyperkinésie, disparition des petits symptômes et terminaison écourtée de la maladie, soit seulement par la diminution de l'hyperkinésie sans influence sur l'évolution générale.

La ponction lombaire semble d'une efficacité plus habituelle dans les formes graves ; elle agit peut-être par l'accroissement de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique sous l'action du sympathique, favorisant la pénétration du salicylate ou des anticorps.

C'est une médication purement symptomatique, ne préservant ni des récidives ni des complications cardiaques.

R. LEVENT.

L'avenir mental des enfants atteints de chorée de Sydenham. (E. LESNÉ, Cl. LAUNAY et P. GUILLAIN. *Revue franç. de Pédiâtrie*, 1935, N° 5.) — En dehors des complications mentales qui accompagnent certaines chorées graves et qui leur survivent sous forme de syndromes psychiatriques, il existe des états mélancoliques ou maniaques (folie choréique) d'ailleurs exceptionnels.

Le plus souvent, les malades sont moyennement ou légèrement atteints de troubles psychiques très discrets et qu'on ne peut découvrir qu'en les recherchant systématiquement.

Pendant même l'évolution de la chorée, ce sont des troubles de caractère, avec une irritabilité psychique particulière analogue, mais beaucoup plus prononcée, à ceux qu'on voit au début d'autres maladies infectieuses. Ils sont proportionnés à l'importance du syndrome moteur. On constate aussi des cauchemars et l'incapacité de fixer l'attention plutôt qu'une perte réelle de la mémoire ou du jugement ; il y a cependant affaiblissement de l'intelligence et perte de l'attention à un certain degré.

La permanence de ces troubles est diversement appréciée par les auteurs. Dans 60 % des cas, leur durée est de quelques semaines ; la disparition en est totale en 2 à 4 mois, ce qui est notablement plus long que dans les autres maladies infantiles ; dans l'ensemble, on peut donc considérer que l'année scolaire est perdue.

Dans 40 % des cas, l'évolution est plus défavorable ; le trouble dominant demeure l'instabilité mentale : crises diurnes, terreurs nocturnes dans le premier sommeil, ou tristesse, mutisme alternant parfois de façon cyclothymique avec les autres troubles ; parfois alternance de périodes normales avec d'autres, où le caractère est difficile. Autant qu'on peut s'en rendre compte par les tests habituels, le degré de développement intellectuel de l'enfant, il semble y avoir en moyenne 1 à 3 ans de retard intellectuel. Dans quelques cas, faute de pouvoir continuer le travail intellectuel, l'enfant devra entrer en apprentissage.

Après une première atteinte de chorée, il peut se produire des rechutes notamment sous forme mentale, avec ou sans ébauches de mouvements choréiques. Durée habituelle de ces formes : 1 à 2 ans.

Ospowa (1930) avait donné déjà des conclusions analogues à ses recherches. De même Charcot, bien qu'il ait cru à des troubles par dégénérescence, fortuitement compliqués de chorée.

Les auteurs ont cherché à élucider ce problème de la prédisposition mentale antérieure à la chorée ; elle semble en réalité peu fréquente, qu'il s'agisse de chorée sans séquelles psychiques ou de chorée avec séquelles mentales.

On doit donc plus logiquement s'en tenir à la conception actuelle de chorée par encéphalite. Les auteurs insistent cependant sur le caractère durable et évolutif des troubles dus à l'encéphalite de la chorée de Sydenham, caractère des plus importants au point de vue du pronostic.

R. LEVENT.

Pathothermie. (Cornelia DE LANGE. *Acta paediatrica*, vol. XVII, fasc. 1.) — Rappelant deux observations comparables antérieurement publiées, l'auteur en ajoute une troisième. Un enfant né à terme par présentation du siège présente dès sa naissance une quadriplégie avec jusqu'à la quatrième semaine une aréflexie totale qui s'atténue ensuite. Depuis sa naissance, sa température extrêmement irrégulière varie par oscillations très rapides entre des extrêmes de 33°3 et 41°. Il meurt à 4 mois de bronchopneumonie.

L'autopsie montre une lésion transversale à la partie inférieure de la moelle cervicale, lésion d'origine obstétricale et due à une contusion grave de la moelle contre la paroi osseuse demeurée intacte. Aucune trace d'hémorragie à aucun moment. Aucune lésion dans le cas présent de la région hypothalamique.

R. LEVENT.

III. — AFFECTIONS RESPIRATOIRES

Contribution à l'étude du traitement de la broncho-pneumonie infantile par les transfusions sanguines. (Ch. COHEN, E. SCHELLINCK, L. MARYSSAEL. *Revue franç. de Pédiâtrie*, 1935, N° 5.) — Encouragés par les résultats obtenus par d'autres auteurs et par eux-mêmes dans des affections à caractère septicémique, les auteurs étudient 17 cas personnels où ils ont traité par transfusion intrapéritonéale, intra-musculaire ou intraveineuse selon les circonstances, de sang citraté ou de sang pur des bronchopneumonies graves et en particulier des bronchopneumonies de la coqueluche. Le sang agit à leur avis à la fois par les globules neufs qu'il apporte, par les immunisines qu'il contient

et aussi par choc. A leur avis, les résultats particulièrement satisfaisants obtenus dans les bronchopneumonies coquelucheuses plaident en faveur de l'action des immunisines anticoquelucheuses dont on sait la persistance des années dans le sérum d'anciens coquelucheux.

Les résultats obtenus sont dans l'ensemble à comparer avec ceux qu'ont fait connaître Rohmer et Tassovatz ; ces auteurs avaient constaté un abaissement de mortalité à 20 p. 100, au lieu de 70 p. 100 ; C., Sch. et M. obtiennent de leur côté 13 p. 100 au lieu de 47 à 53 p. 100. Les meilleurs résultats semblent donnés par la transfusion intraveineuse, qu'ils ont selon les périodes pratiquée soit avec sang citraté, soit avec sang pur.

La transfusion paraît surtout indiquée dans les formes avec grosse dyspnée, cyanose, tachycardie et fort encombrement bronchique, et dans les bronchopneumonies de la coqueluche. Elle procure une rapide amélioration de tous les signes et en particulier très rapidement fait disparaître l'anorexie si prononcée le plus souvent.

Le traitement classique conserve sa place à côté du traitement par transfusion, qui pourtant semble aux auteurs reléguer à l'arrière-plan les diverses vaccinothérapies.

R. LEVENT.

IV. — INFECTIONS

Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques congénitaux. (Otto TEZNER. *Acta paediatrica*, vol. 17, fasc. 2.) — L'auteur a examiné 84 nourrissons hérédosyphilitiques et a trouvé chez 48 (57,1 p. 100) un liquide céphalorachidien pathologique. Chez 103 enfants plus âgés, 29 (28,2 p. 100), liquides céphalorachidiens pathologiques ; parmi ces derniers se trouvaient 87 sujets cliniquement indemnes au point de vue neurologique, avec 13 (14,9 p. 100) examens positifs et 16 sujets touchés neurologiquement avec 16 liquides anormaux (100 p. 100).

Il est impossible de dire si le retour à la normale est dû au traitement ou s'il est spontané.

Les modifications du liquide céphalorachidien chez les nourrissons ne permettent aucune conclusion diagnostique ni pronostique, même s'il s'agit d'une modification de la réaction à l'or colloïdal, d'une forte pléocytose et d'un Wassermann positif, on n'en peut tirer aucune conclusion touchant l'évolution ultérieure d'une affection du système nerveux. Le traitement de l'hérédosyphilis du nourrisson comporte comme élément indispensable la ponction lombaire. Après le premier âge, la ponction lombaire fait partie intégrante du traitement de la syphilis. On peut trouver des anomalies du liquide céphalorachidien chez des enfants neurologiquement sains, mais la chose est assez rare ; un Wassermann positif est plus rare encore. Un syndrome positif complet dans le liquide céphalorachidien (Wassermann positif dans le liquide, globulinoréaction positive, pléiocytose, réaction positive à l'or colloïdal) n'a jamais, sauf une unique exception, été rencontré que chez des sujets neurologiquement touchés.

Comme les modifications du liquide céphalorachidien disparaissent par la malariathérapie et que les lésions nerveuses constituées ne se laissent plus que difficilement influencer même par ce traitement, il semble à l'auteur indiqué de traiter par cette méthode les enfants hérédosyphilitiques sortis du premier âge et dont le liquide céphalorachidien est altéré.

R. LEVENT.

La lyse de la fibrine par les streptocoques. (Geoffrey HADFIELD, Vincent MAGEE et C. Bruce PERRY. *Lancet*, 21 avril 1934.) — Parmi 30 souches de streptocoques hémolytiques, les auteurs en ont trouvé 11 qui, en culture sur bouillon, liquéfient rapidement la fibrine.

La majorité de ces souches lysantes ont été isolées de cas sévères d'infection chez l'homme. A une exception près les colonies sur milieu solide avaient l'aspect rugueux et étaient virulentes pour la souris. Au contraire, les souches peu fibrinolytiques avaient un aspect lisse et une virulence beaucoup moindre.

La liquéfaction du plasma humain coagulé par le streptocoque hémolytique n'est pas attribuable à la richesse de ce dernier en fibrine. La résistance à la fibrinolyse paraît due à une immunité particulière à l'infection par streptocoque hémolytique.

Le caillot plasmatique des enfants atteints de rhumatisme aigu ou subaigu a été souvent reconnu entièrement résistant à la fibrinolyse.

R. LEVENT.

Syndromes encéphalitiques au cours des maladies infectieuses de l'enfance. (M.-Th. COMBY. *Journ. de Médec. et de Chir. pratiques*, 10 janvier 1936.) — Dans tous les cas on observe une allure générale sévère de l'affection causale, un début brusque des accidents et une période aiguë brève ; le liquide céphalo-rachidien est normal ou peu s'en faut sauf atteinte méningée concomitante. L'aspect clinique est des plus variés : syndromes convulsifs divers, somnolence parétique, paralysies, syndromes ataxiques, chorée, choréoathétose ; syndromes algo-myocloniques sensoriels, pseudotumoraux, parfois diabète insipide ou méningoencéphaliques ; syndromes psychiques de tous types et de tous degrés d'intensité. Les séquelles sont l'élément important du pronostic ; elles sont fréquentes, souvent importantes, sans rapport direct avec la gravité ni les caractères de l'atteinte première. Elles ne paraissent pas non plus avoir des caractères particuliers selon l'étiologie.

En dehors des encéphalites de nature inconnue, de celles qui ont une origine toxique, il semble que la fréquence décroissante s'établisse comme suit :

Maladies respiratoires : coqueluche, pneumonie, bronchopneumonies ; viennent ensuite les maladies éruptives : rougeole, vaccine, varicelle, variole, rubéole, scarlatine ; puis les oreillons, la fièvre typhoïde, les colibacilloses, les entérites, la diphtérie.

Il convient d'éliminer entièrement au cours des infections de l'enfance tout rôle du virus de la poliomyélite.

Au début le diagnostic devra être fait avec les diverses convulsions (hérédosyphilis, tétanie, hyperpyrexies), avec les autres causes de somnolence (méningites surtout bacillaires). La ponction lombaire aide à la distinction avec les hémorragies méningées, mais le diagnostic avec l'abcès du cerveau est parfois difficile. C'est surtout avec l'encéphalite épidémique qu'il conviendra d'éviter la confusion. A noter que parmi les séquelles des autres encéphalites on n'a jamais rencontré de syndrome parkinsonien.

La mortalité demeure faible, mais le pronostic demeure grave du fait des séquelles, rarement prévisibles et pouvant même ne se manifester qu'après plusieurs années.

Aucun traitement spécifique n'existe dans la plupart des cas. Lors même qu'on pourra le mettre en œuvre, il devra toujours être associé à une thérapeutique antiinfectieuse générale et à un traitement symptomatique.

R. LEVENT.

Observation sur l'évolution de la tuberculose chez deux jumeaux soumis à des alimentations différentes. (I. JUNDELL. *Acta paediatrica*, vol. XVII, fasc. 1.) — Deux jumeaux bivitellins sont vers l'âge de neuf mois et demi l'objet d'une contamination tuberculeuse, et au bout de deux mois sont mis à des régimes différents.

L'un reçut un régime mixte (viande, poisson, œufs, potages, purées, farineux, légumes) augmenté de crème ; l'autre 500 à 600 cmc. par jour de lait maigre acide, plus des fruits crus (bananes, pommes).

Au bout de huit mois, on le met à son tour au même régime que son frère.

Au début de l'expérience, le premier jumeau était en état incontestablement meilleur que le second à bien des égards.

Après les huit mois, le deuxième avait dépassé son frère ; par la suite, alors qu'ils étaient au même régime, cet écart s'accentue encore. Les radiographies pratiquées à intervalles réguliers chez les deux enfants ne montrèrent au début aucune modification appréciable de l'état pulmonaire. Sans être considérables, des différences notables apparurent ensuite, mais au détriment du jumeau n° 2. Il est vrai qu'il était avant le traitement en état beaucoup plus mauvais que le premier. On n'en peut donc conclure que le régime auquel il était soumis ait été moins avantageux que l'autre.

R. LEVENT.

Episodes méningés tuberculeux curables et bacilloses méningées. (G. PAISSEAU et Mme LAQUERRIÈRE. *Ann. de Méd.*, février 1935.) — L'étude du liquide céphalo-rachidien par des méthodes nouvelles : recherche du bacille de Koch (milieu de Lœwenstein, réinoculations successives et observation prolongée des animaux avec recherche de la forme Calmette-Vallis), fait espérer que l'usage de ces méthodes fera découvrir plus nombreux les cas de méningite tuberculeuse terminés par guérison, que l'on peut dénommer épisodes méningés curables.

Peut-être la tuberculose peut-elle être mise en évidence dans certains cas d'états méningés ou de méningite aiguë lymphocytique bénigne simulant la méningite tuberculeuse et d'étiologie indéterminée.

Sans doute dans certains cas la guérison est-elle due à la virulence atténuée d'un bacille de Koch cependant authentique.

Peut-être aussi y a-t-il passage dans le liquide céphalo-rachidien de bacilles acido-résistants ne donnant lieu à aucune réaction mais aboutissant après un délai encore inconnu à l'éclosion des signes méningés. Les auteurs apportent à l'appui de leur thèse un certain nombre d'observations.

R. LEVENT.

Appendicite chronique et syphilis congénitale chez l'enfant. (Wladimir MIKULOWSKI. *Arch. de Méd. des Enf.*, mars 1935.) — Dans tous les cas d'appendicite chronique où le diagnostic est hésitant, il importe, avant d'intervenir, d'éliminer l'existence comme cause éventuelle d'un syndrome appendiculaire fonctionnel se présentant comme une appendicite chronique, de l'hérédosyphilis. Dans ce cas, les accidents sont justiciables d'un traitement spécifique combiné à un traitement opothérapique.

R. LEVENT.

V. — DERMATOLOGIE

Le pemphigus congénital non syphilitique. Revue générale et description d'une forme nouvelle. (Epidermolysis bullosa hereditaria letalis). (Gillis HERLITZ. *Acta paediatrica*, vol. 17, fasc. 3, 1935.) — A la description des formes déjà connues, l'auteur ajoute 8 cas personnels. Il s'agit d'une affection congénitale et familiale avec formation sur la peau de vésicules et de fausses membranes, absence congénitale d'épiderme, dystrophies unguéales parfois accompagnées de troubles trophiques du squelette. Aucun facteur mécanique n'était en cause et l'évolution a été fatale.

Ces 8 cas, de même que 16 autres qui existent dans la littérature sous diverses dénominations, forment pour l'auteur un groupe autonome que l'on doit considérer comme une forme spéciale qu'il dénomme épidermolyse bulleuse héréditaire mortelle.

R. LEVENT.

Sténoses pyloro-duodénales des nourrissons. Utilité de la recherche du syndrome humoral pour le diagnostic et le traitement. (PAISSEAU, Mlle BOEGNER et VAILLE. *Arch. de Méd. des Enf.*, janv. 1936.) — Il existe des formes, d'ailleurs rares et de diagnostic difficile, où il faut plus que la radiographie et les résultats du tubage à jeun pour arriver à une certitude. L'auteur rapporte, parmi 4 observations de sténose, 2 de ces cas exceptionnels : l'un de sténose duodénale, l'autre de sténose simple avec sphincter normal mais avec rétrécissement de la muqueuse.

Dans ces cas comme dans les sténoses classiques et dans les autres occlusions du tube digestif, on trouve de l'hypochlorémie avec élévation de la réserve alcaline. Au contraire, dans les vomissements dus à la gastro-entérite aiguë de la première enfance, l'hypochlorémie s'accompagne d'un abaissement de la réserve alcaline, dans les vomissements de la première enfance d'autre origine, aucun de ces deux éléments n'est modifié.

Ce trouble chimique est donc en faveur de l'origine organique des vomissements et est une indication à intervenir, surtout lorsque la réserve alcaline atteint 80.

A noter aussi que dans les vomissements avec acétonémie, pourtant non organiques, les auteurs ont signalé l'hypochlorémie, mais avec abaissement de la réserve alcaline.

Le traitement devra pourvoir à la rechloruration par sérum artificiel sous-cutané et par sérum chloruré hypertonique par voie intraveineuse ou intestinale, qui est en même temps une utile préparation à l'intervention et un bon traitement post-opératoire.

R. LEVENT.

Etudes sur l'érythème annulaire rhumatismal. (Arold WALLGREN. *Acta paediatrica*, vol. XVII, fasc. 4.) — L'auteur étudie 8 cas d'érythème survenant chez des enfants atteints d'endocardite rhumatismale considérée comme pathognomonique par Lehndorff et Leiner qui le décrirent en 1922.

Les premiers éléments qui apparaissent sont des anneaux étroits de 1 à 3 millim. d'étendue, rose pâle ou bleu livide. Le siège initial est toujours sur le tronc : poitrine et partie supérieure de l'abdomen. Les éléments se modifient en quelques heures ou quelques jours, les cercles s'étendant et se fusionnant en coutours polycycliques qui finissent par couvrir le dos et la poitrine d'anneaux et de croissants rougeâtres ou bleuâtres. Ni démangeaisons, ni desquamation. Disparition en quelques jours avec possibilité de récidive ultérieure. Aucune modification consécutive de pigmentation. Aucun signe général particulier, pas d'aggravation articulaire ni cardiaque.

Ces cas paraissent rares dans tous les pays, puisque après la description princeps Lehndorff lui-même et Leichtentritt sont les seuls à en avoir décrit d'autres cas.

L'auteur a examiné en 4 ans, à l'hôpital d'enfants de Gothembourg, 146 enfants rhumatisants. 18 ont présenté une ou plusieurs poussées d'érythème annulaire, soit 12 p. 100 ; ces enfants étaient porteurs de polyarthrite aiguë, d'endocardite rhumatismale et de chorée.

Sont en général atteints les enfants porteurs d'une atteinte rhumatismale sévère plus souvent que ceux touchés légèrement ; cette éruption n'a jamais encore été mentionnée chez des enfants non reconnus porteurs d'une atteinte rhumatismale. Cependant l'éruption ne comporte pas nécessairement la coexistence de modifications cardiaques cliniquement décelables ni une infection rhumatismale progressive.

Dans la règle, l'érythème survient cependant chez des rhumatisants au cœur cliniquement touché et durant la phase active de leur maladie rhumatismale.

Très souvent il apparaît très vite après le début des accidents rhumatismaux ; exceptionnellement il peut être le premier symptôme.

L'érythème qui apparaît en général plusieurs fois chez le même enfant doit être regardé comme une angio-névrose apparaissant sur un terrain rhumatismal allergique chez certains sujets hautement prédisposés.

Les facteurs déterminants sont, en dehors des exacerbations de la maladie rhumatismale, parfois une infection ai-

guë, parfois certaines actions thermiques sur la peau. Les tares mentales semblent aussi jouer un certain rôle dans cette apparition.

R. LEVENT.

L'histopathologie de l'érythème annulaire de Lehndorff et Leiner. (W. L. L. CAROL et J. A. van KRIEKEN. *Acta paediatrica*, vol. 17, fasc. 3, 1935.) — Les auteurs ont observé une enfant de 7 ans, hospitalisée pour vulvovaginite gonococcique et qui, plusieurs semaines après son entrée à l'hôpital, est atteinte d'arthrite de la main droite et du genou gauche avec élévation thermique. Sur la peau apparaissent des éléments du type décrit par Lehndorff et Leiner sous le nom d'érythème annulaire. En différents points, et surtout sur l'abdomen, apparaissent distinctement des courbes ou des anneaux, semblables aussi à la description de Leichtentritt. Cet érythème persiste 12 semaines environ, avec des intermittences. Hémoculture négative, aucune formule sanguine particulière. En même temps évolue une endocardite rhumatismale.

Les rares descriptions histologiques publiées jusqu'ici ont amené les auteurs à rapprocher les lésions de celles de l'érythème exsudatif multiforme de Hebra.

Les auteurs ont pratiqué la biopsie d'un élément prélevé au niveau de l'abdomen. Epiderme à peine modifié : légère hyperkératose avec par places soulèvement de la couche cornée qui n'est peut-être qu'un artefact.

Les papilles sont par places un peu élargies. Aucun œdème de l'épiderme ni des couches superficilles de la peau comme on le voit dans l'érythème exsudatif multiforme. Dans la peau, infiltration diffuse très éparse avec une certaine prédominance autour de vaisseaux dilatés, de cellules inflammatoires, que l'on retrouve plus dense dans les papilles et la couche sous-papillaire mais sans former de couche inflammatoire continue. La plupart des cellules infiltrées sont des polynucléaires auxquelles se mêlent des lymphocytes et des éosinophiles ; pas de lésions du tissu élastique ; pas de microbe colorable au Ziehl ni au Gram. Image d'infection aiguë sans œdème ni les thrombus blancs de Unna.

Image différente de celle de l'urticaire annulaire, en particulier par l'absence dans l'urticaire de polynucléaires. Le caractère inflammatoire y est du reste beaucoup moins marqué.

R. LEVENT.

MALADIES DES NOURRISSONS

Traitement de l'anorexie des nourrissons par l'acupuncture chinoise. (M. LAVERGNE. *Le Nourrisson*, 1935, n° 3.) — L'auteur a traité par cette méthode des anorexies indépendantes de tout état pathologique, de toute maladie aiguë et de toute tuberculose, mais survenant chez le nourrisson lors d'une poussée dentaire par exemple, alors qu'il est bien portant. L'anorexie est le seul symptôme ; elle s'accompagne de la chute de poids temporaire inévitable, sans rien de plus. Il s'agit donc d'états non inquiétants mais pénibles aux enfants et aux parents.

L'étude porte sur 28 enfants entre 3 mois et 3 ans, anorexiques sans raison apparente depuis 6 semaines au moins mais parfois 3 mois ou plus.

L'acupuncture a été pratiquée au bord antérieur du péroné, en deux points situés à 3 « pouces » au-dessus de la malléole externe, distants de 1 cm. environ l'un de l'autre et tous deux situés sur le « méridien de la vésicule biliaire ». L'aiguille enfoncée de 3 à 4 mm. est laissée en place 4 à 5 minutes. Aucun autre traitement n'a été employé concurremment.

Sur les 28 enfants : 7 résultats nuls ; 3 résultats médiocres (appétit légèrement meilleur et légère reprise de poids) ; 6 résultats bons (reprise de l'appétit et augmentation de poids sensible) ; 12 résultats excellents et immédiats. Un enfant de 19 mois, anorexique et de poids invariable pendant 3 mois, reprend 58 gr. par jour les trois premiers jours; après 6 semaines, l'augmentation de poids correspond à une moyenne quotidienne de 20 gr., etc...

Des piqûres pratiquées à la face antérieure du tibia demeurent sans effet ; après des piqûres au lieu d'élection le même enfant commence à reprendre du poids (11 gr. par jour).

Le succès, lorsqu'il doit être obtenu, se manifeste dès les heures qui suivent le traitement ; rien ne doit en être espéré si les effets ne se manifestent pas au bout d'une semaine au plus. Une séance unique de piqûres est suffisante à l'obtention du résultat s'il doit se produire. En somme, traitement sans aucun danger, et qui peut être employé avec succès quand tous les autres ont échoué.

R. LEVENT.

Le rachitisme en Haïti. (*VIIe Congrès panaméricain de l'enfance.*) (Maurice ARMAND. *Gaz. Méd. de France*, 15 janv. 1936.) — La rachitisme est rare en Haïti. La race n'y est pour rien, puisque quelques cas ont été observés hors de la race blanche. Cette rareté dépend bien plutôt du climat et de la lumière et plus encore de l'allaitement maternel qui est pour ainsi dire la règle, et l'alimentation de l'enfant sevré qui, comme celle des adultes, est très riche en vitamines. D'autre part, les fautes d'alimentation provoquent des troubles rapidement graves entraînant souvent la mort de l'enfant avant qu'aucun symptôme de rachitisme n'ait eu le temps d'apparaître.

Quelques cas de rachitisme grave qui ont été observés chez des noirs semblent réservés à de nouveaux rapatriés d'Amérique.

Le rachitisme est donc avant tout affaire d'hygiène alimentaire.

La syphilis, pourtant extrêmement fréquente en Haïti, ne semble pas jouer de rôle notable.

La spasmophilie est au contraire fréquente, surtout à la période d'éruption dentaire, en particulier à la fin. Cette corrélation est beaucoup plus nette chez les noirs que dans la race blanche, et surtout dans la classe aisée. Il faut sans doute tenir compte du rôle joué par les unions consanguines, par le climat, par les glandes endocrines, et par diverses infections, la syphilis en particulier. Mais les sujets observés, quel que soit leur âge, n'ont à aucun moment présenté de signes de rachitisme. Rien ne permet donc ici d'établir de corrélation entre rachitisme et spasmophilie.

R. LEVENT.

Les modifications du sang chez les prématurés. Traitement et prophylaxie des états anémiques des prématurés. (J. HENNING MAGNUSSON. *Acta paediatrica*, vol. 18, suppl. 1.) — L'auteur a réuni les observations de 125 prématurés bien portants, certains ont été suivis deux années entières.

Hémoglobine. — Diminue à partir de la deuxième semaine pendant deux mois environ ; atteint à ce moment 65 p. 100 et s'y maintient six mois environ avec tendance à diminution légère jusque vers le douzième mois, moyennant quelques variations individuelles. Reprise pendant la deuxième année. Certains sujets anémiques se sont améliorés spontanément. A la quatrième semaine, le taux est le même chez les prématurés que chez les enfants nés à terme ; mais de ce moment jusqu'à la 38e semaine, leur taux demeure inférieur.

Globules rouges. — Décroît pendant deux semaines pour se relever jusqu'à six mois ; atteindra la normale à 1 an et y persister par la suite.

Réticulocytes. — Taux toujours très élevé à la naissance et s'élevant encore les trois premiers jours pour diminuer rapidement jusqu'au septième jour. Il s'accroît à nouveau jusqu'à la dixième semaine et revient à la normale vers la dix-huitième, où il retrouve le niveau de la deuxième semaine ; il y persiste jusqu'à 2 ans révolus.

Leucocytes. — Taux d'abord très bas et diminuant encore jusqu'au cinquième jour ; stationnaire pendant la deuxième semaine puis se relevant pour atteindre à trois mois 10 000 par mmc.; l'élévation continue progressivement jusque vers le treizième mois. Aucune variation dans le cours de la deuxième année.

La différence en moins par rapport au sujet à terme semble négligeable.

80 sujets ont été suivis particulièrement longtemps ; 30 d'entre eux ont réalisé des anémies cliniquement décelables (hémoglobine <55 p. 100), débutant en général vers la trentième semaine. Evolution mal connue dans 5 cas, 2 guérisons spontanées, 5 tendances à la guérison spontanée.

18 cas traités par le chlorure de fer en raison de l'absence de tendance spontanée vers le mieux.

En tout 23 sujets ont reçu de 1/2 à 1 cgr. par kgr. et par jour de chlorure de fer, dose inférieure à la posologie courante. Les résultats ont été satisfaisants : augmentation sensible de l'hémoglobine et des globules rouges ; de même pour les réticulocytes, mais de façon transitoire. Aucun changement concernant les leucocytes.

La guérison a été parfois d'une rapidité surprenante. 29 sujets ont été traités de façon préventive de la même façon à partir de la douzième semaine ; leur taux d'hémoglobine est supérieur à celui des témoins et se maintient tel. L'augmentation du nombre des hématies imputable au traitement n'est chez eux perceptible qu'après 3 mois ; leur nombre est normal au sixième mois.

Pas de variation des réticulocytes avant 3 mois ; ils sont entre 3 et 6 mois en nombre inférieur à celui des sujets non traités.

R. LEVENT.

Le pronostic des convulsions de l'enfance. (Nils FAXÉN. *Revue franç. de pédiâtrie*, 1935, n° 6.) — En neuf années, l'auteur a soigné pour des convulsions ou pertes de connaissance 396 enfants.

Les convulsions d'origine organique et en particulier les malformations et les traumatismes obstétricaux ont un pronostic particulièrement mauvais, puisque d'examen en examen on a toujours retrouvé des séquelles symptomatiques ; les encéphalites non spécifiques ont, au contraire, toujours fini par disparaître complètement.

Sur 95 épileptiques, 25 p. 100 semblent avoir guéri de façon durable, 38 p. 100 sont demeurés des arriérés psychiques, 7 p. 100 ont succombé.

Sur 41 sujets atteints de convulsions émotives ou en rapport avec un trauma psychique, 2 conservent une tendance durable aux crises, mais aucun ne semble avoir évolué vers l'épilepsie vraie.

Sur 238 cas de convulsions accompagnant des maladies infectieuses, 2 p. 100 étaient dès le début des arriérés psychiques, 3 p. 100 le devinrent par la suite, 5 p. 100 devinrent épileptiques et 6 p. 100 moururent d'épilepsie.

En ce qui concerne les convulsions accidentelles, 8 p. 100 des sujets eurent par la suite une aggravation que ne faisait pas prévoir la symptomatologie du début.

Les tares héréditaires et les anomalies de l'accouchement semblent jouer un rôle plus important en ce qui concerne l'épilepsie que les convulsions accidentelles ; l'insuffisance pondérale à la naissance semble agir de préférence sur les convulsions essentielles.

La primogéniture ne semble en aucun cas avoir d'influence prédisposante.

Les accès apparaissent en général avant 4 ans, surtout lorsqu'il s'agit de convulsions essentielles. L'espacement des crises est un des caractères de l'épilepsie, tandis que les convulsions essentielles semblent dans près de la moitié des cas se grouper en accès dans un laps de temps relativement court.

R. LEVENT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Thèses soutenues pendant l'année 1935-1936 (1).

DOCTORAT D'ETAT. — 50 (de 1935). ABOUCAYA. — A propos d'un ascaris lumbricoïde dans la cavité pleurale au cours d'une pleurésie purulente.

66 (de 1935). AGNEL. — La vaccination pré-opératoire dans la chirurgie des urinaires infectés.

48. ARNAUD. — Les grandes hématuries chez les rétrécis.

41. AVIÉRINOS (Max). — Etude critique des conceptions actuelles sur la pathogénie de la pneumonie lobaire franche aiguë. Travail fait dans le Laboratoire d'anatomie pathologique et de pathologie expérimentale de M. le professeur Cornil.

46. AVIÉRINOS (Mme), née ROUIT. — Malformation cardio-thoracique (maladie d'Apert).

19. BACHREL. — Les orchi-épididymites blennorragiques chroniques.

36. BENEDETTI. — Epididymites blennorragiques suppurées.

26. BENIER. — Sur les différences de la tension artérielle mesurée aux quatre membres. Supériorité de la tension fémorale.

68 (de 1935). BERNARD (René). — Le sérum sanguin dans la leishmaniose interne. Quelques déductions à la suite de 71 observations personnelles.

54 (de 1935). BLANC. — Action thérapeutique de l'huile d'olives dans les affections vésiculaires.

65 (de 1935). BRIBOT. — Contribution à l'étude de la valeur des opérations sympathiques dans le traitement de la contracture ischémique de Volkmann. Travail de la Clinique chirurgicale de M. le professeur Fiolle.

31. BROHM. — Traitement des pneumopathies aiguës non tuberculeuses par les injections intra-veineuses d'alcool.

7. BUS. — La transformation sanguine et ses indications médicales.

17. CARTOSIO. — Considérations anatomo-cliniques sur les mélanoblastomes (nævo-carcinomes mélaniques).

67 (de 1935). CAUBET. — Contribution à l'étude des complications par les anaréobies (*sic*) au cours des infections typhoïdiques.

32. CESPÉDÈS Y SERRANO (DE). — L'urobilinurie et les réactions hépatiques à l'occasion de la chimiothérapie antisyphilitique.

45. CHAUVIN. — Les collections annexielles fistulisées dans la vessie.

21. CINELLI. — Contribution à l'étude des artérites oblitérantes avec persistance de l'indice oscillométrique.

22. COLLETER. — L'urétrotomie externe avec fermeture du périnée dans le traitement des rétrécissements infranchissables. Valeur actuelle de ce procédé.

38. DANIEL. — Asthme et homœopathie.

23. DELPHAUT. — Le salicylate de soude. Contribution à l'étude expérimentale et essai de synthèse pharmacologique. Travail du Laboratoire de pharmacodynamie et matière médicale de la Faculté de médecine de Marseille.

16. DUMEAU. — La résection électrique des obstacles cervicaux chez les cystostomisés. Travail du Service d'urologie de l'hôpital Saint-Joseph de Marseille.

6. ECKERT. — Orchites traumatiques et épididymites par effort.

8. ESCLANGON. — Le diagnostic radiologique des kystes hydatiques du rein.

40. ESPY. — Recherches sur le rôle de la vitamine A dans la valeur de la chronaxie motrice.

(1) Voir *Thèses de Lille*, n° 72, p. 1260. — *Thèses de Montpellier*, n° 76, p. 1321. — *Thèses de Strasbourg*, n° 76, p. 1323.

20. FORTINEAU. — Contribution à l'étude des algies interscapulo-vertébrales (en dehors de la tuberculose).

14. GAILHARD. — Le service social dans les dispensaires antivénériens.

2. GARCIA. — Sur quelques cas de scléroses en plaques apparus au cours d'un traitement antisyphilitique.

1. GÉRO. — Contribution à l'étude de l'ulcéro-cancer.

12. GLANZ. — Les traitements modernes de la maladie de Hansen. Essai du bleu de méthylène. Travail de la Clinique dermatologique de la Faculté de médecine de Marseille.

53 (de 1935). GOUDARD. — La grossesse angulaire.

58 (de 1935). GUIDONI. — Etude critique des éventrations secondaires aux laparotomies médianes sus-ombilicales. Travail de la Clinique chirurgicale de M. le professeur Fiolle.

30. JOUVE. — Les endocardites malignes prolongées. Etude anatomo-clinique et expérimentale. Travail de la Clinique médicale du professeur Olmer et du Laboratoire de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique du professeur L. Cornil.

43. KAPHAN. — Considérations sur les blépharospasmes toniques d'élévations associés à un syndrome de Parinaud.

33. LANGLADE. — Etude du venin d'abeilles ; ses applications thérapeutiques.

59 (de 1935). LECLÈRE. — Les péritonites aiguës généralisées à gonocoques en dehors des ruptures de pyo-salpinx.

42. LE GALL. — Contribution à l'étude des certificats médicaux.

56 (de 1935). LE MERRE. — Les réactions hépatiques latentes dans la constipation. La cholémie des constipés. Travail du Laboratoire de pathologie interne (Prof. Monges).

37. LIOTIER. — L'hyperglycémie post-opératoire chez les diabétiques. Rôle du système neuro-végétatif.

9. LOMBARD. — La fonction pexique chez les tuberculeux pleuro-pulmonaires. Essai de thérapeutique par le bleu de méthylène.

24. LORENZI. — Les albuminuries rebelles au cours de la tuberculose pulmonaire. Etude clinique, biologique et thérapeutique.

49. LUCCHINI. — L'indice azurique au cours de la tuberculose pulmonaire.

18. LUMBROSO. — Contribution à l'étude des épreuves vasculo-sanguines à l'état normal et pathologique.

28. MARTIN (Ernest). — A propos d'un cas de co-existence d'une appendicite et du volvulus des annexes saines.

47. MILHAVET. — Notes radiologiques et cliniques sur les pachypleurites médiastines.

51 (de 1935). MUTER. — Contribution à l'étude interférométrique des fibromyomes utérins et des kystes de l'ovaire.

15. NEAU. — Les luxations des ménisques de l'articulation du genou. Leur traitement chirurgical. Travail de la Clinique chirurgicale de la Conception (Prof. J. Fiolle).

60 (de 1935). NEBBIA. — Etat actuel de la question du paludisme en Corse.

35. OFFANT. — Contribution à l'étude des eaux de Vals ; leur action sur la vésicule biliaire.

52 (de 1935). PERRILLON. — Contribution à l'étude du traitement de la lithiase du cholédoque par la méthode de Pribram. Travail de la Clinique chirurgicale de la Conception (Prof. J. Fiolle).

29. PICAMAL. — Epithéliomas du maxillaire inférieur (épithéliomas secondaires). Etude clinique et thérapeutique Travail du Centre anti-cancéreux de Marseille.

13. PIERRON. — Fréquence et allure clinique de la tuberculose infantile en milieu hospitalier à Marseille.

5. POINTENER. — Traitement des dysuries d'origine cérébrale par les injections épidurales sacro-coccygiennes.

63 (de 1935). PONTHIEU (Mme), née CRISTOFARI. — Les formes articulaires de la fièvre typhoïde.

4. ROCCA. — Etude critique de la valeur des infiltrations anesthésiques dans le traitement des traumatismes articulaires sans fracture.

34. ROSTAN. — Du traitement des entorses et arthrites traumatiques par les ondes courtes.

44. SALVARELLI. — Considérations sur l'étude des résultats éloignés du pneumothorax thérapeutique.

3. SNAPIC. — Le sarcome primitif de l'intestin grêle. Etude critique.

27. SPIEGELBLATT. — Les hématuries tardives après la prostatectomie.

11. STEPHANO-SEPET. — Projets d'extension et de rénovation sanitaire de la Ville de Marseille.

61 (de 1935). STEPHANOPOLI. — Contribution à l'étude du sarcome du foie chez l'enfant.

55 (de 1935). TEIL. — Contribution à l'étude des ostéoporoses post-traumatiques.

62 (de 1935). VADON. — L'assistance médicale des psychopathes en Tunisie.

39. VALLES. — Etude synthèse des connaissances actuelles sur le tissu nodal du cœur.

25. VO-VAN-CAN. — Recherches épidémiologiques sur l'helminthiase dans la population infantile de la région provençale.

57 (de 1935). WASKOVIT. — Contribution à l'étude de « Monilia albicans » et de sa localisation pathologique vulvo-vaginale.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 64 (de 1935). CABALLERO-VILLACEVES. — Introduction à l'étude pharmacologique de l'acide dithio-salicylique et de ses sels. Travail du Laboratoire de pharmacodynamie de la Faculté de médecine et de pharmarcie de Marseille.

10. SKUPIN. — L'arthrodèse du coup de pied (*sic*) par le « pelage » de l'astragale. Travail de la Clinique chirurgicale de M. le professeur Fiolle à l'hôpital de la Conception

LIVRES NOUVEAUX

La diphtérie (1), par G. CARRIÈRE, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Lille.

Cette monographie clinique et thérapeutique a été écrite pour le praticien. L'auteur y expose tout ce qui doit être retenu de cette affection, de ses localisations et de ses complications, ainsi que les moyens actuels que nous avons de la combattre. On y trouvera les notions bactériologiques suffisantes, les méthodes d'examen très complètes, les applications de la sérothérapie et de la vaccination, du tubage et de la trachéotomie.

Chapitres de l'ouvrage. — Définition. Grandes lignes de l'Histoire de la Diphtérie. — Notions bactériologiques utiles à connaître pour le Clinicien. — Diagnostic bactériologique. — Transmission. Contagion. Epidémiologie. — Notions anatomo-pathologiques à retenir par les médecins. — Angine diphtérique commune. — Diagnostic des angines diphtériques. — Le croup. — Autres localisations moins communes de la diphtérie. Diphtérie nasale. Diphtérie buccale. Adénoïdite diphtérique. Diphtérie trachéo-bronchique. Diphtérie conjonctivale. Diphtérie de l'oreille. Diphtérie cutanée. Diphtérie ano-génitale. — Le syndrome paralytique de la diphtérie. — Les complications pulmonaires de la diphtérie. — Les syndromes cardiaques de la diphtérie. — Les complications digestives et rénales de la diphtérie. — La mort subite au cours de la diphtérie. — Les diphtéries malignes. — Les diphtéries associées. — Prophylaxie de la diphtérie. — La vaccination antidiphtérique. — Le tubage dans le croup. — La trachéotomie dans le croup. — Indications thérapeu-

(1) **Un volume de 214 pages avec 46 figures et 3 planches hors texte en couleurs. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.**

tiques dans les formes diverses et les complications de la diphtérie. — Directives thérapeutiques dans les diphtéries malignes ou associées.

Le Livre de l'infirmière (1), par L. CHAPTAL, Directrice de la « Maison-Ecole d'infirmières privées », vice-présidente du Conseil de perfectionnement des Ecoles d'infirmières au ministère de la Santé publique. Adapté de l'anglais d'après Miss OXFORD. Quatrième édition, entièrement refondue.

Cet ouvrage, déjà utilisé dans un grand nombre d'écoles d'infirmières pour la préparation des candidates aux examens des hospitalières, rendra, ainsi complété, les plus grands services aux directrices et monitrices d'écoles dans leur enseignement. Tout en maintenant très haut le niveau moral où doit se tenir la profession, l'auteur de ce volume a voulu entrer dans tous les détails des soins à donner aux malades : les pages concernant le service des salles, l'hygiène du ménage, la toilette du malade, et surtout les précieux chapitres intitulés : « Points à observer en soignant les malades », « Soins divers », « Manière d'administrer les médicaments », doivent être la source où les infirmières soignantes puiseront les conseils dont s'inspirera leur exercice journalier.

On peut affirmer que le malade soigné d'après ces principes, à la fois empreints du plus haut dévouement et d'une pratique soutenue, sera placé dans les meilleures conditions pour guérir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Liste des prix à décerner en 1936

(Bourses de fondations, dons et legs, bourses municipales)

J.-A. Sicard, 25.000 francs. — Une ou deux bourses dans le but de favoriser et de diffuser des recherches médicales, soit par travail de laboratoire, cours, publication, soit par voyages d'études, séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France ou à l'étranger.

Indiquer, de la façon la plus précise, les recherches ou missions poursuivies, en y joignant toutes les justifications et attestations nécessaires. — 15 *octobre* 1936.

Bernheim, 950 *francs.* — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (Etudiants français, russes ou polonais). — 15 *octobre* 1936.

Segond, 6.000 *francs.* — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves, qui préparent le concours d'adjuvat ou ont obtenu le titre d'aide d'anatomie. — 15 *octobre* 1936.

Prix Behier, 4.000 *francs.* — Prix *biennal* à l'auteur du meilleur travail sur une question de pathologie médicale. — 15 *octobre* 1936.

Déroulède, 900 *francs.* — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer. — 15 *octobre* 1936.

Monthyon, 2.500 *francs.* — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1935. — 15 *octobre* 1936.

Girard, 3.200 *francs.* — Prix à un étudiant pourvu de douze inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptible d'atténuer en France les ravages causés par les maladies contagieuses. — 15 *octobre* 1936.

Barbier, 3.500 *francs.* — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. — 15 *octobre* 1936.

Châtauvillard, 3.500 *francs.* — Prix au meilleur travail sur les sciences médicales imprimé au cours de l'année précédente (les thèses et dissertations inaugurales sont admises). — 31 *janvier* 1937.

Jeunesse, 2.600 *francs.* — Prix au meilleur ouvrage sur l'Hygiène. — 15 *octobre* 1936.

Leri, 1.350 *francs.* — Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations, publié au cours de l'année 1935. — 15 *octobre* 1936.

Anonyme, 4.000 *francs.* — Bourses à des étudiants méritants et sans fortune. — 15 *octobre* 1936.

Rigout, 800 *francs.* — Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique, physiologique ou de bactériologie. — 15 *octobre* 1936.

Desmazes, 9.000 *francs.* — Récompense du meilleur traité sur l'influenza. — 15 *octobre* 1936.

Lannelongue, 600 *francs.* — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne. — 15 *octobre* 1936.

De Rothschild, 2.600 *francs.* — Bourses à deux étudiants, de préférence israélites. — 15 *octobre* 1936.

Carville, 1.500 *francs.* — Deux bourses au profit de deux étudiants français, laborieux et peu fortunés. — 15 *octobre* 1936.

Demarle, 800 *francs.* — Prix annuel à un étudiant méritant. — 15 *octobre* 1936.

De Trémont, 2.400 *francs.* — Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. — 15 *octobre* 1936.

Véret, 650 *francs.* — Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. — 15 *octobre* 1936.

Hervieux, 3.600 *francs.* — Aide à deux étudiants méritants et sans fortune. — 15 *octobre* 1936.

Dieulafoy, 6.800 *francs.* — Bourses à trois étudiants français, méritants, sans fortune ou peu fortunés. — 15 *octobre* 1936.

Seligmann. — *Bourse de* 10.000 *francs* destinée à soigner un externe des hôpitaux de 3e année ou un interne des hôpitaux de Paris atteint de tuberculose débutante.

Legs Marjolin. — Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin les observations dans leur service (joindre à la demande les certificats des chefs de service). — 15 *octobre* 1936.

Serge Henri Salle, 180 *francs.* — Achat d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales qui seront attribués à un externe de la Charité. — 15 *octobre* 1936.

Faucher. — Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examens pour deux étudiants français et deux étudiants polonais. — 15 *octobre* 1936.

Legs Malterre. — Aide à un ou plusieurs étudiants français méritants ou sans fortune. — 15 *octobre* 1936.

Les demandes établies sur papier timbré à 4 fr. (sauf pour les Pupilles de la Nation) et accompagnées, soit d'un état de situation de fortune, soit du travail ou de l'appareil à récompenser, devront parvenir à M. le Doyen, au plus tard, aux dates mentionnées ci-dessus.

Bourses municipales : Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés. Elles sont réservées, en principe, aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an, au moins. Les candidats doivent être nés soit à Paris, soit dans le département de la Seine ou les parents doivent y être domiciliés depuis cinq ans au moins au 15 octobre 1936.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

(1) Un volume de 366 pages avec 193 figures. — Prix : 26 fr. — Paris, Masson et Cie.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 78.— MERCREDI 30 SEPTEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION DU COMMANDANT JEAN CHARCOT :

Le gouvernement cite à l'ordre de la nation l'héroïsme désintéressé et le dévouement que n'ont cessé de témoigner au service de la science le docteur Charcot, membre de l'Institut, les savants, ainsi que les officiers et l'équipage de la mission qu'il dirigeait depuis plusieurs années, à bord du Pourquoi-Pas?

Héritier d'un nom lourd de gloire, explorateur intrépide des régions polaires, apôtre des études d'océanographie arctique, homme d'action et savant, marin et géographe, le docteur Charcot a consacré toute sa vie à la recherche scientifique, pour le plus grand honneur de son pays. Mort bravement à son poste de chef, le docteur Charcot lègue aux jeunes qu'il aimait passionnément, le plus magnifique exemple d'une vie où l'action et la pensée se sont constamment confondues.

Dans son deuil, le peuple de France associera au grand chef disparu l'équipe de savants qu'il avait su grouper autour de lui, animer de son esprit et soutenir de son enthousiasme, ainsi que les officiers et l'équipage dont l'héroïsme commun honore profondément la marine et la science françaises.

— Le gouvernement a décidé que des obsèques nationales seraient faites au docteur Charcot et à ses compagnons. En outre, à la rentrée de l'Université, une cérémonie solennelle aura lieu à la Sorbonne en l'honneur du grand explorateur.

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Péron, Thalheimer, Weil (Pr.-Em), Laubry, Jousset, Guillemot, Richet, Rist, Lelong, Bréchot, Sorrel, Chifolian, Toupet, Madier, Desnoyers.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — TRAVAUX PRATIQUES DE PHYSIOLOGIE. — Une série de travaux pratiques supplémentaires réservée aux étudiants dont les travaux pratiques n'ont pas été validés en série régulière, commencera au début d'octobre. (La date sera affichée au Laboratoire des travaux pratiques de Physiologie.)

S'inscrire, dès maintenant, au secrétariat (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures,

Droits d'inscription : 200 francs.

SOUS-SECRÉTARIAT D'ÉTAT A LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE. — M. Jean Perrin, professeur à la Sorbonne, membre de l'Académie des sciences, Prix Nobel, est nommé sous-secrétaire d'Etat, en remplacement de Mme Joliot-Curie, démissionnaire.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Capdevielle en remplacement de M. le médecin général Romieu placé dans la section de réserve.

M. le médecin colonel Passa, des troupes coloniales, en remplacement de M. le médecin général Fulconis, placé dans la section de réserve.

Affectations : M. le médecin général Capdevielle, est nommé directeur du Service de santé de la 13e région.

M. le médecin colonel Cristau, adjoint au médecin général inspecteur, directeur du service de santé au Ministère de la Guerre, est nommé directeur du Service de santé de la 8e région.

M. le médecin général Passa, est nommé adjoint au médecin général inspecteur, inspecteur général du service de santé des Colonies.

Promotion et mutations. — M. le médecin général Vallat a été promu au grade de médecin général inspecteur, dans

la 1re section du cadre du corps de santé militaire et placé hors cadres, au titre du ministère des pensions (organisation).

M. le médecin général Beyne, directeur du service de santé de la 8e région, a été placé hors cadres, à la disposition du ministre de l'air. pour occuper l'emploi d'inspecteur des services médico-physiologiques de l'armée de l'air.

Médecins-colonels. — M. Fayet, sous directeur du service de santé de la 5e région, Orléans, est nommé sous-directeur du service de santé de la région de Paris.

M. Coudray, médecin des hôpitaux militaires, section technique du service de santé, détaché au ministère de la guerre, direction du service de santé, Paris, est affecté au ministère de la guerre et désigné comme adjoint au directeur du service de santé, Paris.

M. Laloy, de l'école spéciale militaire de Saint Cyr, médecin chef, est nommé sous-directeur du service de santé de la 2e section, Amiens.

M. Bergeret, du ministère de la guerre, direction du service de santé, Paris, est affecté à l'hôpital militaire de Grenoble et désigné comme président de commission de réforme.

M. Camus, des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Denis, médecin chef, est nommé sous-directeur du service de santé de la 5e région, Orléans.

COLONIES — M. le médecin général inspecteur Sorel, inspecteur général du service de santé des colonies, est placé dans la position de mission à compter du jour de son embarquement pour l'Afrique occidentale française, à l'effet d'accompagner le ministre des colonies au cours de son voyage dans cette colonie.

MARINE. — ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE A BORDEAUX. — Par décision ministérielle du 22 septembre 1936, les étudiants en médecine dont les noms suivent ont été nommés élèves du service de santé de la marine à la suite du concours de 1936 :

Le Calve, Le Meur, Otter, Pontich, Habay, Courapied, Le Gall, Orthlieb, Duluc, Pellé, Demarque, Rispe, Lucrece, Leclère, Duval, Cazenave, Buscail, Baché-Gabrielsen, Chochon, Emperaire, Quentel, Grosbois, Verdier, Dijonneau, Aury, Beisseige, Vaillant, Chrétien, Runacher, Nicol, Buet, Augier, Chaussat, Penau, Bremond, Raoul, Humbert, Renner, Le Bras, Quentel, Durand, Heuls, Saugrain, Sommer, Guibert-Germain, Lijour, Gontier, Lesnard, Cabrol, Ploye, Liabot, Lancien, Pinson, André.

LA MISE A LA RETRAITE DES FONCTIONNAIRES PAR ANCIENNETÉ. — Le *Journal Officiel* du 27 septembre a publié p. 10210 et suivantes le décret portant réglement d'administration publique pour l'application de l'article premier de la loi du 18 août 1936, concernant les mises à la retraite par ancienneté.

Indiquons que les professeurs titulaires au Collège de France et au Museum sont atteints par la limite d'âge à 70 ans. Pour les professeurs titulaires et les professeurs sans chaire des Facultés de médecine, les professeurs titulaires des Ecoles de médecine, la limite d'âge est 65 ans.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (Chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme), en dix leçons, par MM. les docteurs P, Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 5 octobre 1936, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront les opérations.

Droit d'inscription : 250 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris 5e.

RAPPEL DES PROCHAINS CONGRÈS

3-4 octobre. — Bruxelles. — Congrès de chirurgie structive. Président : M. Coelst.

5 octobre. — Paris. — Congrès français de chirurgie. Président : Médecin général inspecteur H. Rouvillois.

5 octobre. — Paris. — Congrès français d'urologie. Président : M. O. Pasteau.

6 octobre. — Paris. — Congrès français d'orthopédie. Secrétaire général : M. Roederer.

5-10 octobre. — Paris. — Congrès français de stomatologie. Secrét. général : M. Dechaume.

8-10 octobre. — Paris. — Congrès annuel des médecins français radiologistes. Secrétaire général : M. Dariaux.

9-15 octobre. — Paris. — Congrès de l'Association pour la documentation photographique et cinématographique. Secrétaire général : M. Claoué.

12-14 octobre. — Paris. — Congrès français de médecine. Président : Professeur Marcel Labbé.

14 octobre. — Paris. — Union thérapeutique. Président : professeur Loeper.

18 octobre. — Niort. — Journée consacrée à l'hospitalisation. Président : M. Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur.

19-26 octobre. — Paris. — Congrès français d'hygiène. Président : Professeur E. Leclanche, membre de l'Institut. Secrétaire général : M. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur.

Clinique Calot. — *A l'occasion du Congrès de Chirurgie,* M. Calot (de Berck) fera, le *jeudi 8 octobre*, de 9 h. 30 à 11 h. 30, dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations avec présentation de malades et de sujets guéris :

1° Sur le traitement de choix des luxations et subluxations congénitales de la hanche. — « Réduction » d'une luxation et d'une subluxation.

2° Les notions indispensables sur le domaine immense, découvert récemment, des subluxations congénitales stabilisées. La preuve faite que les hanches étiquetées jusqu'ici : « arthrite sèche déformante, rhumatisme local, Morbus coxoe senilis, ostéochondrite ou coxa plana », ainsi qu'un tiers des hanches étiquetées coxalgies, sont en réalité des subluxations congénitales méconnues. Et la découverte de leur vraie nature permet de leur appliquer le traitement rationnel.

3° Comment il faut traiter les tuberculoses « externes » (adénites du cou, abcès froids, fistules, mal de Pott, coxalgies, tumeurs blanches, orchiépididymites, etc.). L'indiscutable supériorité pour le nombre et la qualité des guérisons du traitement conservateur (avec injections modificatrices et ponctions) sur les opérations sanglantes des néo-interventionnistes qui, dans ce domaine spécial de la tuberculose, aggravent souvent et mutilent toujours.

4° Autres affections orthopédiques : pied bot, griffe digitale de Volkmann, etc...

(Moyens d'accès : Autobus 12 et 14, descendre à l'arrêt « rue Jean-Nicot », entre le pont des Invalides et le pont de l'Alma.)


LES NEIGES

TUBERCULINOTHÉRAPIE

SEULE OU ASSOCIÉE A LA CHIMIOTHÉRAPIE dans la cure des polyarthrites rhumatismales chroniques [1]

PAR MM.

MAX FOURESTIER, Ancien interne des hôpitaux et PAUL DESSEIGNE, Externe des hôpitaux de Paris.

Conduite du traitement. — PRÉCAUTIONS A PRENDRE AVANT L'ÉTABLISSEMENT DU TRAITEMENT. — Il faut d'abord s'assurer, cliniquement et radiologiquement, que le malade ne présente aucune lésion pulmonaire tuberculeuse même peu évolutive. C'est une précaution absolument indispensable ; et un examen bien fait, montrant l'intégrité du parenchyme pulmonaire, est très suffisant pour rassurer le médecin et lui donner la quiétude d'esprit nécessaire pour l'établissement du traitement.

On pratiquera une cuti-réaction à la tuberculine, ainsi qu'une intra-dermo qui, bien plus souvent qu'on ne pense, se montreront négatives. En effet la positivité de la cuti-réaction à la tuberculine est loin d'être un phénomène constant chez ces malades et il est difficile de tirer de ces constatations des indications utiles à la conduite du traitement ainsi qu'au pronostic.

En règle générale, il faudra se méfier des cuti-réactions fortes. Les injections de tuberculine seront moins bien supportées ; mais, en contre-partie, on sera surpris de l'efficacité du traitement dans ces cas.

LES DOSES DE TUBERCULINE INJECTÉE. — Nous nous sommes servis de la tuberculine brute, ordinaire, fournie par l'Assistance publique, diluée au 1/100. Les injections sous-cutanées sont faites à la face externe de la cuisse. IL FAUT COMMENCER PAR DES DOSES FAIBLES, 1/32 de centicube ; progressivement, on augmente les doses, 1/16 de cc., 1/8 de cc., 1/4 de cc., 1/2 cc., 1 cc. Parfois certains paliers de 2 ou 3 injections sont nécessaires pour arriver à faire supporter cette dose de 1 cc. à laquelle nous nous maintenons pendant tout le restant de la série. Chez certains malades on sera obligé de rester en deçà de cette dose. Le maximum supporté étant 1/4 ou 1/2 cc. ou même beaucoup moins.

ETUDE DE LA TRIPLE RÉACTION, LOCALE, GÉNÉRALE ET FOCALE QUE DÉTERMINENT LES INJECTIONS DE TUBERCULINE. — Chaque injection provoque une triple réaction, locale, générale, focale, qu'il faut bien connaître et dont l'étude nous arrêtera un moment.

a) *Réaction locale.* — C'est une rougeur plus ou moins intense avec une légère induration douloureuse durant 24 heures. Parfois le placard érythémateux est très large, s'étendant sur toute la face externe de la cuisse. L'induration peut persister quelque temps. Souvent, lors des premières injections à doses très minimes, le malade n'accuse qu'une simple douleur à la pression.

b) *Réaction générale.* — Ascension thermique variable suivant le malade, s'établissant généralement aux environs de 38° et durant 24 à 30 heures. Parfois crochet brusque à 40° avec frissons et courbature, sans lendemain d'ailleurs ; et la sensation de bien-être qui lui succède est bien souvent remarquable.

c) *Réaction focale.* — C'est la plus importante, la plus utile à connaître et, ajouterons-nous, celle qu'il faut provoquer pour que le traitement soit efficace.

En effet, quelques heures après l'injection, plus ou moins précocement suivant les sujets, la dose et le moment de la série, les jointures malades deviennent douloureuses ; les petites articulations sont enflées. Au cours des fortes réactions, il est possible de percevoir une légère fluctuation hydarthrosique. De façon en quelque sorte élective, l'injection ne provoque des douleurs qu'aux régions malades.

Cette triple réaction est aujourd'hui bien connue. Banale pour certains, elle représenterait pour d'autres, la réponse clinique de l'organisme malade à son antigène spécifique ; en effet, quoi qu'on en ait dit, aucune autre protéinothérapie, quelle qu'elle soit, ne la provoque. On peut voir là un des plus sérieux arguments en faveur de l'étiologie bacillaire de certaines formes de rhumatisme chronique. Seule aurait de l'importance dans ces cas, la réaction focale dont la valeur serait d'autant plus grande qu'elle s'accompagnerait d'une réaction générale moindre. Cette réaction générale, chez tout individu adulte normal, n'est que le test de la contamination tuberculeuse infantile.

RYTHME ET NOMBRE DES INJECTIONS DE TUBERCULINE. — La cadence du rythme des injections ne peut se plier à aucune règle stricte ; un trop gros facteur réactionnel personnel interdit toute systématisation. Le plus souvent les injections initiales, bien que de doses plus faibles, devront être plus espacées : une tous les 10 jours, par exemple, alors qu'à partir de la 10e ou 15e il est possible de faire 2 piqûres par semaine à la dose de un centicube.

Le nombre des injections sera de 16 à 20 pour une série de 3 mois avec repos de 1 mois 1/2.

Nous avons préféré les injections sous-cutanées aux injections intradermiques classiquement utilisées dans la tuberculinothérapie, selon les indications données depuis longtemps déjà par Sahli.

Cette technique ne permet pas d'utiliser les fortes doses que nous avons délibérément choisies, après que des débuts thérapeutiques prudents nous eussent permis de noter la parfaite innocuité de notre méthode.

LA CHIMIOTHÉRAPIE ASSOCIÉE AUX INJECTIONS DE TUBERCULINE. — Certains de nos malades n'ont été soumis qu'à la tuberculinothérapie. Mais généralement, à celle-ci nous associons une chimiothérapie complexe: 1 injection par semaine, intramusculaire, d'une solution aqueuse d'un sel d'or à 0,05, 0,10. Par la même piqûre nous injectons une ampoule d'extrait hépatique qui nous semble faire mieux supporter l'aurothérapie et prévenir les incidents (gingivites, stomatites, diarrhées) qui rendent son emploi délicat. Il faudra pour la bonne marche de la chrysothérapie tenir grand compte de la formule et de la numération sanguine. En effet notre expérience nous a montré qu'un taux élevé d'éosinophiles devait rendre prudent dans l'augmentation des doses de sels d'or. Nous

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 76, p. 1317.

arrivons, en moyenne, à la fin de la série, à un total de 1 gr., 1 gr. 50.

Pendant toute la durée de la série, nous injectons 2 fois par semaine, par voie veineuse, 1 gr. 25 d'une formine iodée, dont de très bonnes spécialités existent dans le commerce.

Cure hygiéno-diététique. — La diététique du malade sera surveillée avec soin. Bonne hygiène, bon régime alimentaire. Souvent nous avons vu nos malades nous arriver avec un gros état de dénutrition, conséquence du régime de carence auquel ils avaient été soumis. On ne voyait en leur affection que des troubles du métabolisme, ou une mauvaise assimilation d'aliments nuisibles, tels que viandes, œufs, boissons alcoolisées, etc... ! Notre maître, M. Weissenbach, insiste en particulier sur l'intérêt que présente l'absorption de vin, aliment énergétique et calorifique, hormis les cas où le malade était (antérieurement à son rhumatisme) un buveur d'eau pure, et lui prescrit trente à soixante centilitres de vin par jour.

Nous recommandons d'ajouter à l'alimentation des agents minéraux de recalcification sous forme de l'excellente poudre de Ferrier, dont voici la formule : pour un cachet :

Phosphate tricalcique	0,50
Carbonate de chaux	0,30
Magnésie calcinée	0,10
Chlorure de sodium	0,15

ou bien de l'acide phosphorique en sirop dont il existe d'excellentes spécialités.

En même temps, vitamines A et D.

Nous insistons à dessein sur cette dernière partie du traitement : diététique et reconstituants minéraux et vitaminiques. Ces médications ne sont pas seulement auxiliaires, mais indispensables. Trop souvent, dans ces traitements complexes par des substances chimiques et antigéniques, l'attention du médecin est accaparée par les seuls résultats biologiques qu'il escompte de ses injections et il oublie d'ordonner, en la dirigeant, une diététique à effets biologiques non moins complexes et efficaces.

Quant à la physiothérapie, nous ne l'avons jamais utilisée chez nos malades. Mais nous n'ignorons pas ses grandes possibilités et les heureux résultats qu'on peut en obtenir si son application est possible.

Les traitements thermaux nous paraissent contre-indiqués lors des poussées évolutives, très précieux au contraire dans les périodes d'accalmie.

Durée du traitement. — Le traitement sera prolongé et poursuivi jusqu'à la guérison complète. Il ne faut pas s'illusionner, ni croire que quelques semaines de cure suffisent à donner un résultat satisfaisant ; c'est par mois que l'on doit compter ici : dix-huit mois en moyenne pour la grande polyarthrite progressive. Nous sommes de l'avis de notre maître, M. Weissenbach, qui préconise des traitements de « sécurité ».

Comme l'écrivent MM. Gilbert-Dreyfus et Perles, « à vouloir traiter de nouveau un malade qui ne souffrait pas, on ne risque pas de déclencher des poussées focales et de réveiller la maladie qui sommeillait. Cette éventualité n'est pas à craindre si le malade est réellement guéri. Pour juger de cette guérison, nous posons en principe que les critères cliniques sont insuffisants et les épreuves biologiques nécessaires (sédimentation globulaire et réaction de Vernes à la résorcine au premier chef) ».

En résumé, une série de 3 mois comprendra au total :

16 à 20 injections sous-cutanées de tuberculine brute diluée au 1/100, aux doses indiquées précédemment.

1 gr. à 1 gr. 50 d'une solution aqueuse de sels d'or en injections intra-musculaires hebdomadaires de 0,05-0,10.

20 injections intraveineuses d'une formine iodée, au rythme de 2 à 3 par semaine.

Calcium, vitamines A et D, acide phosphorique per os.

Bonne diététique et hygiène alimentaire à base énergétique avec gros appoint de calories.

Tel est le schéma général du traitement, avec quelques variations imposées par les circonstances, auquel nous avons soumis nos malades depuis deux ans déjà. Son originalité consiste dans :

a) L'emploi quasi systématique de la tuberculine dans le traitement des rhumatismes chroniques d'apparence infectieuse (autant que la clinique, l'étude anamnestique et les examens de laboratoire pouvaient le préciser), sans nous limiter aux seuls cas ayant bactériologiquement fait leur preuve tuberculeuse.

Nous ne nous sommes d'ailleurs jamais trouvés devant un cas pareil et on connaît leur rareté.

b) Les grosses doses de tuberculine employées et son mode d'injection (le plus souvent les injections intradermiques ont été employées).

c) Enfin l'association délibérément poursuivie de la tuberculinothérapie et d'une chimiothérapie complexe.

Critique des objections. — On conçoit les hésitations de certains à accepter pareille thérapeutique qui leur paraît vraiment « très sérieuse ». Mais notre expérience est là pour les rassurer. Voici quelques objections :

a) La tuberculinothérapie en injections a encore très mauvaise presse auprès des médecins. Les désastres de son emploi, lors de sa découverte, dans la cure de la tuberculose pulmonaire sont encore présents à l'esprit de tous. On a toujours peur du réveil brutal d'une lésion pulmonaire latente.

Dans tous nos cas des investigations cliniques et radiologiques complètes nous ont toujours mis à l'abri du moindre incident pulmonaire. Jamais, malgré ces doses massives et répétées, nous n'avons eu la moindre alerte de ce côté.

b) Une autre objection faite assez fréquemment est la suivante : on craint l'association de deux produits relativement toxiques (la tuberculine et l'or), chez des malades amaigris, dénutris et fatigués par cette affection grave qu'est la polyarthrite rhumatismale à évolution progressive.

Les faits que nous rapportons s'inscrivent à l'encontre de cette opinion. Nous n'avons jamais eu à déplorer jusqu'ici d'accident quelconque, un accroissement de toxicité de l'un ou de l'autre médicament,

une intolérance accrue du malade pour la tuberculine ou l'or. Evidemment notre expérience est encore peu étendue. L'extension de cette méthode pourra seule nous renseigner sur les formes de rhumatisme chronique infectieux résistant ou aggravé.

c) Enfin, dit-on, ce traitement, très douloureux par ses réactions locales et focales, asthéniant par ses réactions générales, en rend la pratique difficilement acceptable par les malades qui dès le début y renoncent, se prétendant incapables de le supporter plus longtemps.

En effet il faut au début du traitement exiger soit l'hôpital, soit la maison de santé. Les réactions locales, focales et générales sont importantes. Il faut pendant un mois ou deux agir en tâtonnant, sans règles bien précises. On aura à combattre le moral du malade qui croit à une aggravation de sa maladie. Il faudra lui faire comprendre le pourquoi de ses réactions, et au bout de quelques semaines, on sera tout surpris de constater une stabilisation progressive.

Bientôt la réaction générale n'est que de quelques dixièmes de degré le soir de la piqûre et a disparu le lendemain ; la réaction locale devient insignifiante, ne durant qu'une heure ou deux ; seule persiste la réaction focale. Mais elle change de caractère. Purement algique, sans modification apparente des articulations, elle diminue d'intensité et devient très supportable ; le malade sait que quelques heures après, il va éprouver un soulagement des plus nets, non seulement par la disparition de cette réaction focale, mais par une amélioration de l'état douloureux préexistant. Le jeu articulaire est plus libre. Le malade se rend compte lui-même qu'après la période douloureuse qui suit l'injection de tuberculine, sa fonction articulaire récupère un mieux-être appréciable qui augmente progressivement après chacune des piqûres ; son état général s'améliore parallèlement ; et au bout d'une dizaine de piqûres, il exige lui-même la continuation de ce traitement pourtant douloureux, qu'on est hésitant parfois à poursuivre devant la persistance d'un léger état subfébrile, ou par crainte de trop fortes réactions focales et générales. Vers la fin de la première série, les malades accoutumés à leur traitement peuvent être soignés au dispensaire ou à la consultation.

d) Un autre reproche est fait communément à cette méthode : cette association de nombreux médicaments paraît peu rationnelle car on ne peut faire la part des uns et des autres dans les résultats obtenus.

Nous répétons que c'est délibérément que nous avons recherché cette association ; elle représente une part originale de la méthode thérapeutique que nous exposons dans cet article ; et dans cette affection aussi grave et aussi rebelle à la thérapeutique qu'est la polyarthrite rhumatismale chronique, cette manière de faire est parfaitement légitime.

e) Une autre objection plus sérieuse, mais hélas ! du seul point de vue social, est la cherté d'une telle thérapeutique.

Par le nombre des médicaments qu'il nécessite, les séries de piqûres qu'il demande, les soins médicaux qu'il requiert, ce traitement revient cher.

Bien souvent il sera au-dessus des ressources de la classe ouvrière. Il ne pourra être qu'un traitement de maison de santé ou... d'hôpital. Il faut espérer que des mesures d'assistance officielle (Assurances sociales par exemple) appliquées avec la largeur d'esprit voulue et une claire compréhension des indications thérapeutiques, rendront dans un avenir prochain les plus grands services aux classes laborieuses.

Par leurs conséquences, les rhumatismes figurent au même rang que la tuberculose, la syphilis, le cancer, l'alcoolisme, et au même titre que ces quatre fléaux ils doivent être combattus à l'aide d'une organisation méthodique de la prophylaxie et de la thérapeutique, organisation qui mérite d'être largement aidée et subventionnée par les Pouvoirs publics (Weissenbach).

Interprétation du mode d'action de ce traitement. — Si la constatation de ces faits est chose facile, leur interprétation est plus délicate.

Faut-il voir dans nos cas l'action de deux médicaments dont les résultats heureux s'additionnent simplement, sans inter-réaction de l'un sur l'autre ?

Ou au contraire ces deux médicaments (la tuberculine et l'or) forment-ils un complexe thérapeutique par réaction de l'un sur l'autre ? Nous avouons nos préférences pour cette dernière explication.

a) On peut penser que les réactions focales successives dues à la tuberculinothérapie provoquent des modifications des tissus articulaires et périarticulaires malades : congestion, œdème, hyperhémie, afflux leucocytaire, modifications du système réticulo-endothélial, etc... Il y aurait en quelque sorte mordançage des lésions, mordançage indirect, permettant une meilleure attaque chimiothérapique par l'or et l'iode. Cette même explication reste valable dans le cas où l'on croit à la spécificité de la tuberculinothérapie aussi bien que dans celui où l'on ne voit en son action qu'une simple protéinothérapie ou phlogothérapie, ou mieux, selon l'expression de Sézary, allassothérapie.

b) Peut-être faut-il imaginer un mécanisme plus complexe, faisant intervenir des réflexes locaux à point de départ cutané, au siège de la réaction locale tuberculinique. Il y aurait ainsi une certaine analogie entre cette réaction et celle obtenue par les venins d'abeille récemment utilisés dans la thérapeutique antirhumatismale par Perrin, Cuénot et Roch.

c) On peut aussi envisager une autre hypothèse. Il y aurait production d'histamine à l'endroit de l'injection sous-cutanée de tuberculine, histamine qui passerait secondairement dans la circulation générale et agirait sur les articulations malades et l'état général. On sait, en effet, que Burckardt, Govaerts ont repris récemment la question du traitement de certaines formes de rhumatisme chronique par des injections d'histamine avec des résultats très favorables.

Dezsoe a perfectionné cette méthode en employant l'ionisation histaminique.

K. Trumpp ayant appliqué ce mode de traitement chez 100 malades a obtenu dans 81 % des cas une amélioration notable allant souvent jusqu'à une rapide guérison.

Govaerts a lui-même appliqué cette méthode à 24 cas d'algies rhumatismales diverses et obtenu les résultats suivants :

Sédation complète des douleurs : 15 cas (62 %) ;
Amélioration marquée : 4 cas (16 %) ;
Echec : 5 cas (22 %).

Or l'aspect le plus intéressant de l'action vaso-dilatatrice de l'histamine, au point de vue thérapeutique, est la réaction vasculaire de la peau engendrée par cette substance quand elle est introduite dans le derme par injection ou friction prolongée.

Cette réaction cutanée a été observée pour la première fois par Eppinger en 1913 et étudiée très attentivement par Lewis et son école (1927).

La notion la plus importante, du point de vue pratique, consiste dans la similitude remarquable de la réaction cutanée due à l'histamine et celle produite par une irritation quelconque de la peau, mécanique, chimique, thermique ou électrique. La peau réagit par un érythème, conséquence de l'ouverture des capillaires. Lewis a pu extraire de la peau irritée, après un arrêt de la circulation de cinq secondes, une substance dont l'activité correspondrait à celle d'une solution d'histamine de 1/60.000 du sel d'histamine ; cet extrait introduit dans le derme déterminait aussi la vaso-dilatation des capillaires.

L'injection à l'homme d'un extrait de peau en puissance de réaction capillaire entraîne une réaction pareille à celle de l'histamine (Grant). Chez certains sujets très sensibles, Kalk a même observé une augmentation de la sécrétion gastrique à la suite d'une irritation mécanique de la peau.

Les modalités réactionnelles de la peau aux divers irritants ayant chez l'homme des caractéristiques communes et ressemblant à la réaction déterminée par l'injection intradermique d'une solution d'histamine (urticaire, dermographisme, réactions cutanées allergiques), Lewis a été amené à admettre que toute excitation de la peau entraîne la libération d'une substance qui, pareillement à l'histamine, dilate les capillaires. Cette substance, il l'a dénommée : « Substance H ». Celle-ci d'ailleurs ne serait pas le seul composé à action vaso-dilatatrice susceptible d'apparaître à la suite de l'excitation cutanée ; il en existerait d'autres comme l'acétylcholine dont la présence a été aussi démontrée dans de nombreux territoires du corps et qui semble apparaître au moment de l'excitation nerveuse.

L'efficacité thérapeutique de certains procédés physiothérapiques (chaleur, froid, lumière, bains carbogazeux) pourrait s'expliquer par la libération de quantité plus ou moins grande de substance H, ou si l'on veut d'histamine, conséquence probable de la révulsion cutanée ainsi provoquée (M. Wybauw).

La peau ne peut donc plus maintenant être envisagée comme un simple organe de revêtement ; elle est non seulement un tissu capable d'absorber, d'éliminer, mais aussi d'élaborer de véritables hormones à propriétés physiologiques déterminées.

Récemment, dans plusieurs communications à la société de biologie, notre maître M. Tinel et son élève Ungar ont montré que l'excitation antidromique d'un nerf sensitif chez le chien, le choc anaphylactique, la faradisation, le frottement de la peau, et en général les processus de destruction et de dilacération cellulaires, libéraient de l'histamine qui passait dans la circulation générale, provoquant une énorme sécrétion gastrique. Cette sécrétion gastrique, mesurée et comparée à des sécrétions étalons obtenues par injection de doses données d'histamine chez un animal de même espèce et de même poids, leur servait de test de production d'histamine dans ces expériences.

En homologuant la forte réaction locale habituelle de l'injection tuberculinique aux excitations histaminergiques signalées par MM. Tinel et Ungar, on peut penser qu'il y a production locale d'histamine qui passe secondairement dans la circulation générale.

Chez tous nos malades nous avons été frappés par l'augmentation de l'appétit, la facilité des digestions, en bref l'amélioration rapide des fonctions digestives. Cette hyperactivité des fonctions digestives laisserait supposer une corrélation étroite entre certaines substances libérées au niveau de la réaction locale tuberculinique et la sécrétion gastrique. Il est tentant de voir là une action histaminique.

Quoi qu'il en soit de toutes ces hypothèses pathogéniques encore obscures, les faits que nous rapportons n'en restent pas moins indiscutables : chez les quelques rhumatisants où nous avons appliqué notre traitement, nous avons obtenu des améliorations extraordinairement rapides et importantes ; et c'est sur cette notion que nous voudrions insister en terminant.

Jamais jusqu'ici, avec les traitements maintenant classiques de certaines formes de rhumatisme chronique, notamment l'aurothérapie, nous n'avons obtenu des résultats comparables. Cette remarque pourra étonner les rhumatologues qui connaissent la longueur de l'évolution de ces polyarthrites progressives vers la guérison rarement complète d'ailleurs. Nous avouons nous-mêmes notre étonnement devant les résultats obtenus en l'espace de quelques mois. En effet, le plus souvent, au cours de la 2e série, vers le 5e ou le 6e mois, le malade est transformé.

En dépit des explications que nous avons données plus haut, nous reconnaissons notre ignorance complète du mécanisme intime de l'action de ces fortes doses de tuberculine associée à la chrysothérapie.

Dans l'étiologie de nos cas on ne peut trouver aucune précision microbienne ou autre. On ne peut pas plus incriminer le bacille de Koch que des microbes banaux tels que le streptocoque. Une de nos malades dont nous n'avons pas publié l'observation trop récente, et où il semble qu'on ait fait indubitablement la preuve d'une étiologie streptococcique, commence à être considérablement améliorée ; tous les traitements antérieurs avaient échoué, notamment des auto-vaccins préparés dans des conditions au-dessus de tout soupçon.

Nous ne croyons donc pas à la spécificité antigénique du traitement appliqué à nos malades.

Des formes de rhumatisme chronique apparemment très éloignées, telles que polyarthrite progressive, monoarthrite, spondylose rhyzomélique en cours de poussée, polyarthrite progressive déformante arrivée presque à un état cachectique, y ont été heureusement sensibles.

Ce sont des faits, sinon des explications, que nous rapportons ici et sans augurer de l'avenir, nous dési-

rerions que cette expérience soit poursuivie dans les grands centres de rhumatologie où, mieux que dans la clientèle privée, ce traitement qui nécessite une surveillance attentive et entraîne des frais importants par les médicaments coûteux qu'il exige, pourra être étudié et jugé.

BIBLIOGRAPHIE

Bezançon, M.-P. Weil, J. Delarue et V. Oumansky. Un cas de polyarthrite tuberculeuse avec hypersensibilité considérable à la tuberculine, *Soc. Méd. Hôp. Paris*, n° 17, 15 mai 1931.

Bezançon, M.-P. Weil, J. Delarue, V. Oumansky et Mlle Pau. Le substratum anatomo-pathologique et bactériologique du rhumatisme tuberculeux, *Bulletin Acad. Méd.*, t. CIV, n° 40, 16 déc. 1930.

Burckardt. *Therapie der Gegenwart*, n° 5, mai 1932.

Costes, Forestier, Lacapère. Arthrites, arthroses, *Presse méd.*, 16 mai 1931, n° 35 ; mars 1931, n° 20.

David H. Kling. Traitement des troubles de la circulation périphérique des myosites et des arthrites, par des instillations sous-cutanées d'histamine, *Arch. of Surgery*, juill. 1934.

Dezsoe. *Deut. Med. Kin.*, 9 oct. 1932.

Forestier (I.). *Le traitement des rhumatismes chroniques.* Un vol. 100 p., Baillière fils, éd.

Forestier (I.). Nature de la spondylose rhizomélique ; physiopathologie et déductions thérapeutiques, *Rev. d. Rhumat.*, n° 6, juin 1935.

Gallaud (R.). Pratique de la tuberculinothérapie, *Progrès méd.*, 20 avril 1934, n° 16.

Gilbert-Dreyfus et Perles (L.). Principes généraux de la cure des rhumatismes chroniques progressifs tuberculeux, *Rev. d. Rhumat.*, 1935, p. 149.

Govaerts (Albert). L'histamine dans le traitement des douleurs rhumatismales, *Bruxelles méd.*, 20 oct. 1933.

Grenet, Maladie rhumatismale et infection tuberculeuse, *Gaz. des Hôp.*, 2 nov. 1932.

Laignel-Lavastine. Trois cas de rhumatisme chronique tuberculeux. Méthodes biologiques de diagnostic, *Paris méd.*, 8 avril 1933.

Le Sage (A.). Un cas de rhumatisme tuberculeux avec preuve expérimentale, *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 16 févr. 1934.

Lhermitte. Traitement des rhumatismes chroniques et algies rebelles par l'extrait de venin d'abeilles, *Soc. méd. Hôp. Paris*, 1935.

Marinesco et Gregoresco. Quelques dates sur l'usage thérapeutique du venin d'abeille dans les manifestations nerveuses rhumatoïdes, *Rom. Med.*, 15 mars 1935.

May (E). Le rhumatisme vaso-moteur, *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 24 avril 1931 ; *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 4 mai 1931, pp. 646-649.

Menard. Rhumatisme ankylosant généralisé d'origine tuberculeuse, *Gaz. des Hôp. de Paris*, juin 1913.

Perrin et Cuenot. Venin d'abeille et rhumatisme chronique, *Rev. méd. de l'Est*, 1er avril 1933.

Poncet. Pathogénie du rhumatisme tuberculeux, *Soc. méd. Hôp. Paris*, juill. 1908.

Rathery et Doubrow. Rhumatisme hyperergique chez un tuberculeux pulmonaire, *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 12 janv. 1934.

Rocco. Traitement des rhumatismes chroniques par le cutivaccin Paul, *Wiener Med. Woc.*, 9 avril 1932.

Roch. Traitement du rhumatisme chronique par les venins, *Rev. méd. de Suisse Romande*, 2 févr. 1933.

Tinel (J.) et Ungar. Vaso-dilatation et libération locale de substances histaminiques, *Soc. Biologie*, 23 mars 1935.

M. P. Weil, Oumansky, L. Langlois, Rœderer et Colliez. Aux confins de la spondyloze rhizomélique, *Rev. d. Rhumat.*, juill. 1935, n° 6.

Weissenbach et Françon (F.). Nosographie et séméiologie du rhumatisme chronique et progressif, *Rev. d. Rhumat.*, janv. 1935, n° 1.

Weissenbach et Perles. Essai de traitement du rhumatisme chronique par l'allergine de Jousset, *Bull. Méd.*, 4 nov. 1933.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE 1936)

Diagnostic de la fièvre jaune par inoculation intracérébrale du sang de malade à la souris blanche. — M. Maurice Mathis.

(SÉANCE DU 21 SEPTEMBRE 1935)

M. Bouvier, qui préside la séance en l'absence de M. Jean Perrin, président, prononce l'éloge de Jean Charcot et rappelle ses travaux ; il termine ainsi :

« Aujourd'hui disparaît cette grande figure qui honorait notre Compagnie comme son illustre père, mais sur un autre plan... Le capitaine de frégate Jean Charcot meurt en marin pour sa patrie et pour la science qu'il avait tant aimée, dans les mers polaires qui l'avaient tant séduit, au seuil de l'Islande qui l'avait fait citoyen honoraire. Sa mémoire nous restera chère : il a bien servi la France à l'étranger. »

M. Bouvier prononce ensuite l'éloge de M. Henri Le Chatelier, ancien professeur à l'Ecole des Mines, au Collège de France, puis à la Sorbonne, qui a rénové l'enseignement de la chimie.

La séance a été levée en signe de deuil.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 15 MAI 1936)

Anomalie cliniquement latente, constituée par une atrophie à peu près totale d'un poumon, sans lésions. — MM. Langeron, d'Hour et Camus.

Un cas de diverticule du sigmoïde, avec subocclusion. — MM. Bernard et Monnier.

Sur l'anémie fébrile. — MM. Bernard et Coustenoble.

L'hystérographie dans le diagnostic de diverses tumeurs du corps et de l'isthme utérin. — M. Callens.

Tumeurs du testicule. — M. Weitzel.

Hématomes et ostéomes musculaires. — M. Weitzel.

Orientations nouvelles en radiothérapie fonctionnelle ; la radiothérapie humorale (présentation de malade). — M. Desplats.

Thoracoplastie étendue, pour grande caverne du sommet (présentation de pièces, de radiographies et de photographies). — MM. Desbonnets et d'Hour.

Guérison par radiothérapie d'une arriération psychique importante, chez un jeune sujet porteur d'une tumeur hypophysaire. — M. Le Grand.

(SÉANCE DU 23 JUIN 1936)

Synovite tuberculeuse à grains riziformes de la gaine palmaire cubitale. — M. Vincent. Synovectomie ; technique et résultats fonctionnels (présentation de malade).

Tension intra-artérielle chez l'homme et tension artérielle prise par les méthodes usuelles. — M. LANGERON.

Sécrétion lacrymale périodique et paroxystique, guérie par la radiothérapie locale. — M. LANGERON rapporte la curieuse observation, dont il n'a pas trouvé d'équivalent dans la littérature médicale, d'une lacrymorrhée paroxystique quotidienne, ayant duré plusieurs années et n'ayant cédé qu'à des applications de rayons X. La cause de cet état n'a pu être précisée.

Le lever précoce en chirurgie abdominale. — M. VINCENT a eu recours à cette méthode chez des opérées âgées de plus de soixante-cinq ans : quatre hernies étranglées, deux kystes tordus de l'ovaire, un kyste de la base du ligament large, une éventration après Mickulics, — d'autre part, chez des opérées moins âgées, mais ayant de grosses lésions pulmonaires.

Les opérées se sont levées le troisième ou le quatrième jour, malgré drainage dans deux cas. La guérison a été rapidement obtenue ; la plupart du temps, la sortie de la clinique s'est faite le douzième jour. Dans un seul cas est survenu, le dixième jour, un foyer pulmonaire, d'origine embolique, et qui n'a pas eu de gravité.

Les injections sucrées hypertoniques intra-veineuses en clinique. — MM. LANGERON, PAGET et BATTEUR. Voici les principales conclusions des auteurs :

1° Les injections rapides intraveineuses de sérum glucosé sont suivies d'une phase d'hypoglycémie, à laquelle succède une phase d'hyperglycémie ; ces modifications résultent d'une stimulation puissante des sécrétions langheransienne et surrénale.

2° Il n'existe pas de rapport précis entre le taux de la protéidoglycémie et celui de la glycémie libre ; il semble que le taux de la première ait tendance à s'élever avec la fréquence des injections.

3° Immédiatement après l'injection, une certaine quantité d'ose est mise en réserve pour être reversée dans la circulation veineuse.

4° De la quantité de glucose injecté par voie veineuse, 90 p. 100 sont glycolysés une heure après l'injection.

5° L'activité diurétique du sérum glucosé se manifeste de façon double ; par une diurèse immédiate, peu importante et qui correspond à la régulation de la pression osmotique, — par une diurèse secondaire, plus importante, variable avec les individus, liée aux modifications du métabolisme des glucides.

Action remarquable du carbone intra-veineux dans une streptococcémie. — MM. DEREUX et BUTRUILLE.

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1936)

Réflexions sur un méga-œsophage. — MM. A. BERNARD, COUSTENOBLE et DESREUMAUX.

Sur la distribution géographique des brucelloses dans le Nord. — MM. A. BERNARD et P. CARNIN.

Plaie minuscule du cuir chevelu, avec importante lésion cranienne et cérébrale ; exploration, trépanation, guérison. — MM. BILLET et DEHOUCK.

Sur quinze autopsies d'angine de poitrine. — M. LANGERON.

La radioscopie en salle éclairée. — M. D'HALLUIN.

VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES A VICHY

Sous le patronage du Comité France-Italie, le docteur Martiny, Secrétaire général de la section médicale, avait organisé une visite à Vichy d'éminents professeurs et médecins italiens. Ceux-ci sont arrivés à Vichy le mercredi matin 9 septembre. Ils comprenaient les hautes personnalités suivantes du Corps médical italien : MM. le professeur Adriano Valenti, directeur de l'Institut de pharmacologie de l'Université Royale de Milan, président de l'Association médicale italienne d'hydrologie ; le professeur Celestino Gozzi, secrétaire général de l'Association médicale italienne d'hydrologie ; le professeur d'Agata, directeur de la Clinique médicale de Messine, et son fils, le docteur d'Agata ; le professeur Pietro Sisto, directeur de la Clinique médicale de Modène ; le professseur Enrico Greppi, directeur de la Clinique médicale de Sienne, et Mme la doctoresse Greppi, sa femme ; le professeur Angelo d'Ambrosio, médecin-chef du Bureau d'hygiène de la municipalité de Milan, chef du Laboratoire chimique de Milan ; le professeur Celso Provinciali, aide auprès de l'Institut de pharmacologie de l'Université Royale de Milan ; le professeur Ambroglio de Gradi, primario de l'Hôpital civil de Gênes ; le professeur Benedetto Agazzi, de Milan ; le professeur Edoardo Gioia, de l'Université Royale de Pavie ; le docteur Mario Mangini, vice-primario de l'Hôpital de San Martino, de Gênes ; le professeur Angelo della Cioppa, de Naples ; le docteur Vincenzo Cottignola, de Ravennes, et M. Ermengildo Guieu, de Milan.

Après les présentations et souhaits de bienvenue, ces éminents médecins ont été installés à l'Hôtel Radio par les soins de la Compagnie Fermière de Vichy. Dans l'après-midi, ils ont procédé d'abord à la visite des Sources de l'Etat, et à 17 heures, à celle du Sporting-Club de Vichy, où un thé leur fut offert au Club-House du Golf.

Le soir, à 20 heures, un banquet leur était offert par la Compagnie Fermière dans les salons du Grand Casino. Il était présidé par M. Normand, directeur administratif de la Compagnie, qui avait à sa droite le professeur Valenti et à sa gauche M. Cirla, agent consulaire d'Italie, spécialement délégué par le gouvernement italien. Au champagne, plusieurs discours furent prononcés. M. Normand, après avoir exprimé combien la Compagnie était heureuse d'accueillir les éminents professeurs et médecins italiens, sous les auspices du Comité France-Italie, a fait un très intéressant historique de la station, et donné des précisions sur les transformations des installations thermales en ces dernières années. M. le docteur Binet, président de la Société des Sciences médicales de Vichy, a évoqué les témoignages d'amitié des médecins français à l'égard de leurs confrères italiens au cours du dernier Congrès de Nice, témoignages qui se renouvelleront l'an prochain à Vichy, où doit se tenir le grand Congrès de l'Insuffisance hépatique. Au nom du Comité France-Italie, le docteur Martiny a dit sa reconnaissance à M. Normand, à ses collaborateurs et au Corps médical de Vichy pour leur somptueux accueil. Prenant la parole en langue italienne, M. le professeur Valenti s'est livré à une improvisation d'une belle envolée oratoire, dans laquelle il a exalté les liens communs d'humanisme latin et de civilisation méditerranéenne qui unissent nos deux peuples. Enfin, M. Cirla, agent consulaire, au nom de son gouvernement, adresse ses plus vifs remerciements à la Compagnie Fermière pour l'accueil cordial qu'elle a réservé aux représentants du Corps médical italien. Il exalte à son tour l'amitié des deux sœurs latines, qui sont faites pour s'entendre admirablement.

Le programme du jeudi 10 septembre comprenait la visite des différentes installations industrielles et thermales : ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat ; centrale thermique ; établissement de première classe

et établissement « Callou » ; laboratoire de recherches hydrologiques.

A 11 heures, nos confrères italiens furent reçus par la Société des Sciences médicales, dans les nouveaux locaux mis à sa disposition et aménagés par la Compagnie Fermière, et qui comprennent la bibliothèque de la Société et une vaste salle de conférences. Après avoir salué ses distingués confrères italiens, le docteur Binet leur a fait une très intéressante conférence. Il a rappelé à grands traits les origines lointaines de la station et donné des précisions sur les sources qui constituent la richesse thermale de Vichy ; sur leur champ d'action très étendu, enfin, sur les indications de la cure de Vichy, appuyées par de nombreux exemples tirés de la pratique.

Le soir, à 20 heures, les professeurs et médecins italiens assistaient, au Théâtre du Casino, à une splendide représentation de *Louise*, de Gustave Charpentier, qu'ils suivirent avec un vif intérêt.

La journée du vendredi 11 septembre était réservée à une excursion au Bourbonnais. Favorisée par un temps radieux, ce fut une randonnée enchanteresse à travers les merveilleux paysages de cette région, qui offre de si belles richesses touristiques. A midi 30, un arrêt eut lieu au Château de Boissy, du XVe siècle, qui appartint à Jacques Cœur, grand argentier de Charles VII. François Ier s'y arrêta en se rendant à la bataille de Pavie. Henri II et Diane de Poitiers y séjournèrent. Après un déjeuner dont le menu était un véritable chef-d'œuvre gastronomique, la caravane visita le château et l'excursion se poursuivit par la si pittoresque vallée du Sichon, pour rentrer à Vichy, que les professeurs et médecins italiens devaient quitter à 19 h. 35 pour regagner Milan.

Ce voyage d'études médicales, qui s'est déroulé dans une atmosphère de très cordiale sympathie, a été une belle manifestation d'amitié franco-italienne.

CONGRÈS

XXIVe Congrès français de médecine (Paris, 12-14 octobre 1936). — PROGRAMME. — *Programme scientifique.* — Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès : 1° les méningites aiguës curables ; 2° les syndromes parathyroïdiens ; 3° les médications du sympathique.

La séance solennelle d'ouverture se tiendra au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, le lundi 12 octobre, à 9 h. 30 du matin, sous la présidence de M. le Ministre de l'Education nationale.

Les autres séances auront lieu les matins, à 9 h. 30, les après-midi à 3 heures, à la Faculté.

Lundi 12 octobre, à 10 h. 30. Rapports sur la première question : *Méningites aiguës curables.* Rapporteurs : M. Roch (Genève) : *Les méningites aiguës curables de l'adulte.* MM. Lesné (Paris) et Boquien : *Les méningites aiguës curables de l'enfant.* M. R. Cruchet (Bordeaux) : *La méningite tuberculeuse est-elle curable ?*

Lundi 12 octobre, à 15 heures. Discussion des rapports et communications sur la première question.

Mardi 13 octobre, à 9 h. 30. Rapports sur la deuxième question : *Les syndromes parathyroïdiens.* Rapporteurs : M. Snapper (Amsterdam) : *Du rôle des parathyroïdes dans la pathologie des os.* MM. Bérard et M. Henry (Lyon) : *La tétanie parathyréoprive.* M. Coryn (Bruxelles) : *Du rôle des glandes endocrines (parathyroïdes exceptées) dans la pathologie des os.*

Mardi 13 octobre, à 15 heures. Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 14 octobre, à 9 h. 30. Rapports sur la troisième question : *Les médications du sympathique.* Rapporteurs : Mlle Jeanne Lévy et M. Justin-Besançon (Paris) : *Les médicaments sympathicolytiques.* M. Wangermez (Bordeaux) : *Physiothérapie du sympathique.* MM. Gouin et Bienvenue (Brest) : *Radiothérapie du sympathique.* M. Laignel-Lavastine (Paris) : *Traitement médical des sympathalgies abdominales (pelvis exclus).* M. E. May (Paris) : *Traitement médical des troubles neuro-végétatifs diffus d'origine non endocrinienne.*

Mercredi 14 octobre, à 15 heures. Discussion des rapports et communications sur la troisième question.

Programme des réceptions. — Lundi 12 octobre. Séance d'ouverture à 9 h. 30 : Faculté de Médecine, sous la présidence de M. le Ministre de l'Education nationale. — Mardi 13 octobre. A 17 heures : Réception à l'Hôtel de Ville offerte aux congressistes et à leur famille par M. le président du Conseil municipal (*audition musicale*). — Mardi 13 octobre. A 21 h. 30 : Réception offerte par M. le président du Congrès. — Mercredi 14 octobre. A 20 heures : Banquet par souscription.

Comité des Dames. — Un Comité des Dames s'occupera des familles des congressistes et s'efforcera de leur organiser un emploi du temps agréable, dont le programme leur sera ultérieurement donné.

Excursions. — Pendant les jours qui suivront le Congrès, des excursions et visites seront organisées, dont le détail sera prochainement arrêté.

Renseignements, voyages, logements. — Un Bureau de renseignements est dès maintenant organisé pour donner de vive voix et par correspondance toutes les indications utiles aux congressistes régulièrement inscrits. Ce service a été confié au Bureau des Voyages pratiques Exprinter, 6, avenue de l'Opéra, Paris (1er).

Pendant la durée du Congrès, le Bureau de Tourisme assurera :

Pour les passeports un service spécial de visas ;

Le change de toutes les monnaies aux cours normaux.

Les Compagnies de Chemins de fer français accordent le demi-tarif sur leurs réseaux aux congressistes ; ceux qui désirent en profiter sont priés de s'adresser au trésorier, M. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Une liste d'hôtels de Paris avec l'indication de leurs prix sera envoyée ultérieurement aux congressistes par le Bureau Exprinter.

Renseignements. — Les demandes, pour prendre part à la discussion des rapports ou faire une communication à leur propos, doivent être adressées soit au secrétaire général du Congrès, professeur Harvier, soit aux secrétaires adjoints, MM. Boulin et Justin-Besançon.

Secrétariat. — Le Secrétariat du Congrès se tiendra à la Faculté de Médecine, salle Béclard, rue de l'Ecole-de-Médecine, où les congressistes pourront retirer les enveloppes contenant les invitations et les documents divers ainsi que la correspondance les concernant.

Bureau du Congrès. — Président : M. le prof. Marcel Labbé, 158, rue de Rivoli, Paris (1er).

Vice-présidents : M. le prof. Antonin Clerc, 7, rue Montchanin, Paris (17e)) ; M. le médecin général inspecteur Rouvillois, 132, boulevard Raspail, Paris (6e) ; M. le médecin général Oudard, ministère de la Marine.

Secrétaire général : M. le prof. Harvier, 1, rue du Bac, Paris (7e).

Secrétaires adjoints : M. le docteur R. Boulin, 47, rue de Courcelles, Paris (8e) ; M. le docteur Justin-Besançon, 2, rue Guynemer, Paris (6e).

Trésoriers : M. le docteur D. Troisier, 32, rue Jouvenet, Paris (16e) ; M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

LIVRES NOUVEAUX

La pratique du pneumothorax thérapeutique(1), par F. DUMAREST, P. LEFÈVRE, H. MOLLARD, P. PAVIE et F. ROUGY. Préface de Fernand BEZANÇON. Quatrième édition, refondue de *la Pratique du pneumothorax thérapeutique*, de F. DUMAREST et Ch. MURARD.

Trois éditions de *La Pratique du Pneumothorax* se succèdent en dix ans, de 1919 à 1929. C'est une quatrième édition qui paraît aujourd'hui, sous la signature du docteur Dumarest et de ses collaborateurs ; c'est en réalité un livre nouveau, qui n'est pas seulement, comme les précédents, un code pratique de la collapsothérapie, mais un exposé de cette science nouvelle qui s'est peu à peu constituée depuis les travaux de Forlanini.

L'étude du pneumothorax s'est beaucoup enrichie au cours de ces dernières années : les auteurs mettent au point ces acquisitions récentes. Ils font la place qu'elle mérite à la section des brides adhérentielles, qui a transformé le pronostic et les résultats du pneumothorax, comme à la pleurotomie, dont l'avènement a transformé le pronostic et l'issue de la perforation pleuro-pulmonaire. L'atonie pathologique bénéficie des travaux récents de Montanini, qui ont des répercussions intéressantes sur la conduite et l'interruption de la cure.

Enfin et surtout, les auteurs se sont préoccupés d'asseoir solidement une doctrine du pneumothorax thérapeutique ; c'est-à-dire une idée générale capable d'éclairer le mécanisme de son action et par conséquent de préciser ses indications et de guider son application logique. Cette idée est celle de la détente ; elle a été développée et fécondée par les travaux de Parodi qui, en différenciant la détente statique et la détente dynamique et en innovant l'étude des équilibres tensionnels, a réellement décuplé l'intérêt et la valeur pratique de cette notion.

Il ne faudrait pas croire, d'ailleurs, que ces incursions dans le domaine scientifique enlèvent en quoi que ce soit, à la nouvelle édition, le caractère pratique des anciennes.

Le but des auteurs est toujours, par un exposé simple, clair et concis, de mettre le lecteur en mesure de résoudre toutes les difficultés qu'il peut rencontrer dans la pratique du pneumothorax, sans l'embarrasser de discussions sans conclusion, ni lui imposer une surcharge bibliographique sans utilité pour le praticien.

Aux chapitres où sont étudiés les causes du mécanisme respiratoire, le mode d'action des méthodes de collapsothérapie, l'anatomie du poumon collabé, succèdent des chapitres de haute portée pratique, comme ceux consacrés à l'avenir du pneumothorax à l'interruption volontaire du pneumothorax, où le phtisiologue, guidé par la vieille expérience du docteur Dumarest, trouvera toujours un guide sûr, lui permettant de résoudre les problèmes de thérapeutique les plus délicats.

Les maladies des fosses nasales (2), par J. TERRACOL, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, avec la collaboration des professeurs J. DELMAS, J. MARGAROT, P. LAMARQUE, et de MM. A. DEBIDOUR, Ch. DEJEAN, H.-L. GUIBERT, J. TARNEAU.

Cet ouvrage constitue une mise au point très complète de toutes nos connaissances valables sur les maladies des fosses nasales jusqu'à l'année 1936. Cette mise au point était nécessaire pour les spécialistes oto-rhino-laryngologiques, car il n'existe dans la littérature médicale, en dehors des précis ou des fascicules réservés aux médecins non spécialisée ou aux étudiants, que des œuvres fragmentaires.

Ce livre étudie toutes les affections médicales ou chirurgicales des fosses nasales ; c'est une œuvre synthétique où chaque affection est détaillée, théoriquement et pratiquement, surtout au point de vue thérapeutique.

Le livre est divisé en deux parties principales, la pathologie générale et la pathologie spéciale.

La pathologie générale rassemble les grandes questions qui dépassent le cadre de la rhinologie pure et empruntent à tous les domaines limitrophes et éloignés (l'olfaction, l'insuffisance respiratoire nasale, les céphalées, les troubles vaso-moteurs, les manifestations allergiques, etc.). L'étude de ces questions nécessite l'étroite collaboration du médecin spécialisé avec le neurologue, l'ophtalmologiste et le travailleur de laboratoire.

La pathologie spéciale repose sur des bases plus sûres, surtout au point de vue thérapeutique. Elle envisage toutes les affections nettement caractérisées, tant médicales que chirurgicales (fractures, infections, tumeurs, etc.).

Dans la rédaction de tous ces chapitres, il a été fait appel à la collaboration de médecins qualifiés et spécialisés, notamment le professeur J. Delmas pour l'anatomie, le professeur Margarot pour la syphiligraphie, le professeur Lamarque pour la radiologie.

Le docteur Debidour (du Mont-Dore) a traité toutes les manifestations allergiques et la thérapeutique hydrominérale des affections nasales.

Le docteur Tarneau a mis au point le rôle du nez dans la phonation.

Le docteur Dejean a clarifié l'importante question, au point de vue pratique, des rapports naso-oculaires, et enfin le docteur Guibert a rédigé toute la partie anatomo-pathologique, qui illustre abondamment toutes les pages de l'ouvrage.

Le texte est complété par de nombreux dessins et schémas (thérapeutique chirurgicale) et par une riche iconographie.

A la fin de chaque chapitre figure une bibliographie des travaux récents.

En résumé, ce livre, très complet, condense pour le plus grand profit de tous, et pour les médecins spécialisés, toutes les données actuelles, théoriques et pratiques, de la pathologie nasale.

Les groupes sanguins (1), par R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et N. KOSSOVITCH. Préface du professeur K. LANDSTEINER.

Poursuivant des recherches sur les groupes sanguins depuis plusieurs années, ayant souvent à initier des élèves aux techniques de cette étude, les auteurs ont pensé à réunir, en une monographie, les notes qu'ils avaient amassées et les résultats de leurs travaux.

Ils ont envisagé les différents aspects du problème des groupes et les divers chapitres traitent : des types sérologiques, de l'ontogénèse et de la fixité des groupes — de la technique générale de détermination des groupes — de l'hérédité — des données anthropologiques — des données physiologiques et chimiques — des groupes sanguins en médecine et en médecine légale — des groupes sanguins chez les animaux.

Les auteurs ont, à juste titre, fait la part plus belle à certains chapitres ; c'est ainsi qu'ils ont spécialement développé le chapitre de l'hérédité, non seulement pour l'intérêt qu'elle présente ou pour ses applications en médecine

(1) Un vol. de 474 pages avec 32 figures, 313 schémas. — Prix : 50 fr. — Paris. Masson et Cie.

(2) Un volume de 554 pages, avec 223 figures. Prix : broché, 110 fr., cartonné toile, 130 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8 de 250 pages avec 38 figures en noir et 1 planche en couleurs. — Prix : 36 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

légale, mais aussi parce qu'elle vient étayer ou infirmer nombre de théories qui ont été émises sur les groupes sanguins. Ils ont fait aussi une part très importante à la technique — technique générale, exposée dans un chapitre qui lui est consacré, techniques particulières, exposées à propos de diverses applications — parce qu'ici, plus que partout ailleurs, la technique, à cause des conclusions graves qui peuvent en découler, demande une attention particulière.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF SPINAL[1]

BRANCHES TERMINALES.

Au cours de son trajet intra-cranien, le nerf spinal n'a pas donné de branches collatérales.

Nous avons vu comment il se divisait en deux branches terminales : *branches interne et externe.*

Branche interne. — Principalement formée par les filets bulbaires. A un trajet extrêmement court.

Elle se porte en avant et en dedans vers le pôle supérieur du ganglion plexiforme du pneumogastrique, dans lequel elle pénètre par sa face externe.

Branche externe. — Beaucoup plus longue — essentiellement formée par les fibres médullaires.

1° *Elle traverse d'abord l'espace sous-parotidien postérieur.*

a) *Variété antérieure,* elle s'insinue entre la portion moyenne, ganglion plexiforme, en dedans, et la veine jugulaire en dehors. Puis elle croise la face antérieure de la veine jugulaire, tout contre la face postérieure de rideau des muscles styliens.

Enfin elle se porte en dehors vers le S.C.M.

b) *Variété postérieure* plus rare.

Elle croise la face postérieure de la veine jugulaire interne et se met ainsi en rapports plus rapprochés avec la paroi postérieure de l'espace :

Masses latérales de l'atlas et de l'axis, doublées des muscles prévertébraux.

Dans l'une et l'autre variété, le nerf est accolé et même adhérent à la veine.

c) *Quelle que soit la variété,* la branche externe du spinal s'est ainsi considérablement rapprochée de la paroi externe de l'espace, apparaissant derrière la parotide dans l'aire limitée par : le stylo-hyoïdien en avant ; le ventre postérieur du digastrique en arrière.

Le *nerf facial* traverse toute la partie supérieure de cette aire avant de plonger dans la parotide.

Le nerf de plus est très proche de la paroi supérieure — plancher de la caisse ; on a décrit des atteintes du nerf au cours d'ostéites de cette région (Leroux-Robert).

2° *Au niveau du sterno-cleido-mastoïdien.*

— La branche externe aborde le muscle à 3 cm. au-dessous de la pointe de la mastoïde au niveau d'une ligne prolongeant le bord inférieur du maxillaire.

— Elle pénètre à l'union de la face externe et du bord antérieur du muscle, ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, en perforant le chef profond cleido-mastoïdien — dans l'angle du tendon en flamme — très près de sa languette antérieure.

— Elle chemine entre les deux couches du muscle et abandonne des rameaux à chacun des faisceaux musculaires.

— Elle reçoit à ce niveau une anastomose avec le 3e nerf cervical (anse de Maubrac).

— Elle sort du muscle par son bord postérieur, à l'union de son 1/3 supérieur et de son 1/3 moyen et arrive ainsi dans le *triangle sus-claviculaire ;* à sa partie toute supérieure, la distance qui sépare à ce niveau le nerf de la pointe de la mastoïde est de 4 à 5 cm. pour Poirier.

2° *Dans le triangle sus-claviculaire.*

Il traverse l'aire de ce triangle qui est limité :

En avant par le bord postérieur du St. cleido-mastoïdien ;

En arrière par le bord antérieur du trapèze ;

En bas par la clavicule.

Il répond :

— Profondément aux muscles splénius et angulaire — et aux scalènes ;

— Superficiellement à l'aponévrose cervicale superficielle qui le recouvre ;

— De plus, il rencontre dans ce triangle :

a) *Des branches du plexus cervical superficiel*

Br. cervicale transverse,
Br. sus-acromiale,
Br. sus-claviculaire,

qui émergent juste en arrière du bord postérieur du S.C.M.

b) *La veine jugulaire externe,* plus en avant de lui, et qui perfore l'aponévrose en soulevant le repli de Dittel.

c) Dans cette zone sus-claviculaire, le nerf spinal est de plus en rapport avec la partie supérieure du groupe externe de la chaîne lymphatique sous-sterno-mastoïdienne, en particulier groupe spinal de Sébileau, en continuité avec les ganglions sus-claviculaires.

Dans les curages ganglionnaires de la région pour néoplasmes, il faut enlever avec la chaîne jugulaire l'ensemble de la chaîne spinale et les ganglions sus-claviculaires.

La branche externe aborde alors le trapèze par sa face profonde à 1 cm. environ en arrière de son bord antérieur ou parfois par ce bord antérieur même.

Dans l'épaisseur du muscle, le nerf donne 2 ou 3 collatérales : des filets montent verticalement pour les chefs musculaires d'origine cervicale, d'autres ont un trajet descendant pour les chefs d'origine dorsale.

De plus, les branches terminales de la branche externe s'anastomosent à la face profonde du muscle, avec des filets venus de C^4 et de l'anse tendue entre C^3 et C^4.

ANASTOMOSES.

1° *Avec le plexus cervical :*

a) *Dans la portion médullaire :*

Avec les racines postérieures de C^1 et C^2 (voir plus haut);

b) *Au niveau des terminales :*

— *Dans le sterno : anse* de Maubrac (voir la question S.C.M.).

— *Dans le creux sus-claviculaire :*

— Parfois avec la branche antérieure de C^3 ;

— Bien plus rarement anastomose entre la branche externe du XI et la branche mastoïdienne de plexus cervical superficiel (Schwalbe et Soube — Hovelacque) ;

— *Au niveau du trapèze* avec C^3 et C^4.

2° *Avec le X :*

— Par la branche interne ;

— Par 1 ou 2 filets (*très rarement*) qui vont de la branche externe au X (Lobstein).

3° Très rarement encore anastomose avec la branche descendante du XII (Lobstein).

LUCIEN DAVID.

(1) Fin. Voir n° 74, p. 1294 et n° 76, p. 1326.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 79. — SAMEDI 3 OCTOBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50**. — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'Internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Péron, Thalheimer, Laubry, Richet, Desnoyers qui acceptent, et de MM. Veil (Prosper), Jousset, Guillemot, Courcoux, Lelong, Bloch (Jean-Charles), Sorrel, Chifoliau, Toupet et Braine, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Hôpitaux de province. — Hôpital général de Valence. — Un concours public sera ouvert le lundi 12 octobre 1936, à 9 heures du matin, à l'Ecole de médecine de Grenoble, pour la nomination d'un chirurgien adjoint et d'un chirurgien suppléant de l'Hôpital général de Valence. Les candidats devront être Français et pourvus du diplôme d'Etat de doctorat. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat général de l'Hôpital de Valence, du 21 septembre à 8 heures jusqu'au 5 octobre à 18 heures.

Hôpital de Vannes. — *Erratum.* — Inscription : Secrétariat des hospices de Vannes (Morbihan) : *lire :* jusqu'au 3 octobre inclus *au lieu de :* jusqu'au 30 octobre inclus.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. le professeur Imbert est renouvelé dans les fonctions de doyen jusqu'à la cessation de ses fonctions de professeur.

M. Moitessier, professeur de chimie médicale, est admis à la retraite à compter du 13 septembre 1936 et nommé professeur honoraire.

M. Jean Roche, professeur sans chaire, est nommé professeur de chimie médicale, à compter du 1er janvier 1937.

Ministère de la Santé publique. — Le ministère de la Santé publique communique :

Par décret en date du 25 septembre, pris en application de la loi du 18 août 1936, le ministre de la Santé publique est autorisé à engager, avant le 31 décembre 1936, une dépense s'élevant à la somme de 300 millions, applicable aux objets ci-après :

Construction hôpitaux et hospices : 200 millions ;
Sanatoriums et préventoriums : 65 millions ;
Lutte contre les maladies vénériennes : 6 millions ;
Installations pour éducation physique : 5 millions ;
Organismes du sous-secrétariat aux loisirs et aux sports : 24 millions.
Total : 300 millions.

Il convient de remarquer que les chiffres ci-dessus indiqués s'appliquent uniquement, dans le programme des grands travaux, aux dépenses à engager jusqu'au 31 décembre 1936, et que, le cas échéant, des décrets complémentaires pourront augmenter ces dotations.

En ce qui concerne les organismes régis par la législation sur les habitations à bon marché, la caisse de crédit aux départements et aux communes, réorganisée à cet effet par le décret du 7 septembre dernier, doit assumer le financement du programme des grands travaux.

Le ministre de la Santé publique tient à signaler à ces organismes que, comme par le passé, ils devront uniquement se mettre en rapport avec la Caisse des dépôts et consignations, qualifiée pour signer avec eux les contrats de prêts.

Santé publique. — La vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Dieppe est déclarée ouverte. (*J. O.*, 19 sept. 1936, p. 9955.)

IIIe Congrès national des médecins amis des vins de France. — Ce Congrès s'est tenu à Dijon-Beaune-Mâcon, du 18 au 20 septembre, sous la présidence du professeur Portmann.

A la séance inaugurale assistaient le docteur Chauveau, sénateur ; M. Boulet, député, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; le directeur de l'Ecole de méde-

cine de Dijon, le docteur Ozanon, président du Comité d'organisation du Congrès ; le secrétaire général de l'Association des médecins amis des vins de France, et de nombreuses personnalités locales.

Après l'exposé du secrétaire général concernant l'action de l'Association depuis le dernier Congrès national (premier Congrès international de Lausanne, création des sections de Champagne, d'Alsace et d'Algérie, organisation d'un referendum, etc., etc., M. le professeur Portmann, dans un discours magistral, a défini le but des médecins amis des vins de France et, après avoir remercié tous ceux qui lui apportent leur concours, fait appel à tous les médecins pour continuer la croisade scientifique en faveur du vin.

Le Congrès a ensuite entendu un grand nombre de communications médicales sur l'usage du vin au point de vue hygiénique et thérapeutique.

Une splendide excursion, organisée dans les vignobles fameux de la Bourgogne et du Mâconnais, a servi de conclusion au Congrès.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ. Professeur F. Rathery. — *Cours de perfectionnement sur le diabète sucré*, du 19 au 31 octobre 1936. — Ce cours sera fait par M. le professeur Rathery, avec la collaboration de MM. les professeurs Terrien, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine ; Jeannin, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine ; du docteur Thalheimer, chirurgien des hôpitaux ; du docteur Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service ; du docteur Mollaret, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; des docteurs Boltanski, Julien Marie, Kourilsky, médecins des hôpitaux ; Sigwald, chef de clinique à la Faculté de médecine, et du docteur Doubrow, chef de laboratoire.

Programme du cours : I. Etude biologique du diabète : La glycémie normale et le métabolisme des glucides. — Les troubles du métabolisme dans le diabète. — Le métabolisme basal chez les diabétiques. — L'acidose diabétique. — La physio-pathologie du diabète. — II. Les méthodes d'examen d'un diabétique. — III. Etude chimique du diabète : Le diabète simple et le diabète consomptif. — Le diabète infantile. — Le diabète rénal. — Le diabète bronzé. — Les formes étiologiques du diabète (syphilis, traumatisme). — Diabète et grossesse. — IV. Les complications du diabète : Les petits accidents nerveux. — Les accidents oculaires. — Les accidents cutanés : furoncles, anthrax, diabétides. — Les accidents cardio-vasculaires : le collapsus cardiaque. — La gangrène diabétique. — Le coma diabétique. — Tuberculose et diabète. — V. Les thérapeutiques du diabète : Le régime de Bouchardat et les régimes équilibrés. — L'insuline, ses propriétés et son mode d'action. — Le traitement chimiothératique et hydrologique. — Les succédanés de l'insuline. — Le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif. — L'insulino-résistance. — Le traitement du coma diabétique. — Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique. — Diabète et chirurgie. — L'avenir du diabétique.

Exercices pratiques. — Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes de recherche concernant l'étude et le traitement du diabète : le dosage du sucre urinaire ; le dosage du sucre sanguin ; le pH et la réserve alcaline ; la recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide B oxybutyrique ; le métabolisme basal.

Les exercices pratiques seront faits sous la direction de Mme Plantefol et de Mlle Lévina.

Visites quotidiennes dans les salles et présentation de malades diabétiques par le professeur Rathery.

Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A.D.R.M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs.

Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

— COURS DE RADIOLOGIE CLINIQUE. — M. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours, commencera le vendredi 16 octobre 1936, à 18 heures, à l'amphithéâtre de Physique de la Faculté de médecine, et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des *Notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique.*

Ces leçons seront accompagnées de projections et à la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants, aux externes et aux internes des hôpitaux ainsi qu'aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants, aux externes et aux internes des hôpitaux ainsi qu'aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radiodiagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du médecin général du cadre de réserve Eugène Hirtz, ancien professeur d'électrologie au Val-de-Grâce, décédé le 19 septembre à Bains-les-Bains ; du médecin capitaine des troupes coloniales Louis Benedetti, à Sartène ; de M. le docteur Louis Lieutaud, d'Aubagne.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les industriels désireux d'assurer la fourniture des produits antisyphilitiques aux dispensaires dépendant du Ministère de la Santé publique sont priés d'adresser leur demande à M. le Ministre de la Santé publique, rue de Tilsitt (Service de prophylaxie des maladies vénériennes) et d'envoyer des échantillons aux laboratoires de contrôle de l'Académie de médecine, 25, boulevard Saint-Jacques. Ces formalités devront être effectuées *avant le 1er novembre* 1936.

REVUE GENERALE

LA TUBERCULOSE DES ÉCOLIERS

Par M. G. VAJA (de Bucarest).

Il y a assez longtemps depuis que Grancher déclarait : « Si on ne veut plus de tuberculose au régiment ou à l'atelier, c'est à l'école qu'il faut la dépister et la combattre ». En effet, l'école est le lieu où obligatoirement tous les enfants d'un pays se réunissent et on peut les y trouver jusqu'à l'âge de la puberté et même de l'adolescence pour certains d'entre eux. Cette obligation met toute l'enfance du pays à la disposition de ceux qui veulent l'étudier ou même la transformer. Bien qu'on ait reconnu la vérité des paroles de Grancher, bien qu'on ait commencé de bonne heure à organiser le service médical scolaire, le but poursuivi est encore loin d'être atteint.

Ainsi Arnaud a publié plusieurs cas d'épidémies de tuberculose dans les écoles.

Plus récemment Colombe, dans le *Bulletin Médical*, rapporte le fait suivant qui est assez démonstratif :

Dans une école de filles, dont l'effectif se compose environ de 500 enfants, sont apparus en trois mois sept cas de tuberculose à marche aiguë. L'enquête avait permis d'éliminer, dans quatre de ces cas, la possibilité de contagion familiale. Le personnel enseignant, de même, ne présentait aucun cas de tuberculose pulmonaire. Parmi le personnel de service, il existait une femme qui balayait les classes chaque jour et qui toussait et crachait depuis longtemps. Internée dans un hôpital, elle y est morte dans la semaine même, avec des lésions cavitaires.

Gobel, dans *Zeitschrift für Kinderheilkunde*, rapporte un autre exemple : les enfants, contaminés par un maître dont les crachats étaient bacillifères, ont été atteints d'érythème noueux. Encore un détail, qui démontre mieux l'influence néfaste de ce maître tuberculeux, est celui-ci que les filles étant placées plus près de ce maître (dans les premiers rangs), on a trouvé la réaction tuberculinique positive chez 70 % d'entre elles, tandis que chez les garçons la positivité était de 52,8 % pour le même âge.

En ce qui concerne les épidémies d'érythème noueux, il est intéressant de rappeler que Bertoye et Bernheim conseillent, en présence de pareilles épidémies, de toujours rechercher le tuberculeux contagieux qui, dans 90 % des cas, est le point de départ.

La tuberculose revêt pendant l'âge de la scolarité toutes les formes tant pulmonaires qu'extra-pulmonaires. Longtemps on a prétendu que dans la seconde enfance, la tuberculose se manifeste sous la forme d'adénopathie trachéo-bronchique. Cette opinion a été vivement critiquée et combattue, surtout dans les derniers temps, par plusieurs auteurs et spécialement par Rist et Levesque. L'adénopathie trachéo-bronchique est toujours liée à la tuberculose de primo-infection, au cours de laquelle on la rencontre dans la période qui suit de près la contagion. Elle n'évolue pas sans une lésion parenchymateuse, en général beaucoup plus importante qu'elle. On trouve pourtant aussi des cas, plus rares, où la lésion pulmonaire est infime à côté du grand développement que prend la lésion ganglionnaire.

D'ailleurs la classification des formes de la tuberculose suivant l'âge des malades est erronée, car ce n'est pas l'âge qui est en cause, mais le fait qu'à cette période de la vie, se produit le plus souvent la contamination première. Si on observait des tuberculoses de primo-infection survenues chez des adultes, on verrait qu'elles ont les mêmes caractères en général que dans l'enfance. Dans ces derniers cas, ce sont les localisations extrapulmonaires osseuses et articulaires qui manquent assez souvent. Certains auteurs pensent que c'est à cause du fait que pendant l'enfance les cartilages de conjugaison sont en plein travail, ce qui ne se produit pas plus tard.

On trouve donc des formes de primo-infection qui se manifestent dans les cas graves par une pneumonie caséeuse avec grosse réaction des ganglions trachéo-bronchiques avec ou sans généralisation granulique.

A l'autre extrémité de l'échelle, on trouve des formes qui ne se traduiront que par l'apparition d'une cutiréaction positive à la tuberculine.

Entre ces deux types extrêmes se rangent les formes intermédiaires qui se terminent par la guérison clinique ou par une granulie ou une méningite.

A côté de ces formes, se placent au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire, les extensions sur place, les réactions périfocales. Ces extensions peuvent être graves dans le cas d'une réaction broncho-pneumonique, forme qui se rencontre plutôt chez les nourrissons que chez les grands enfants. Par contre, les réactions périfocales splénopneumoniques sont de pronostic bénin, étant des réactions œdémateuses, exsudatives, peu riches en bacilles. C'est la forme qu'on rencontre assez fréquemment chez les enfants qui nous intéressent.

Chez d'autres enfants, contaminés longtemps auparavant, on trouve des formes de réinfection qui se manifestent tout comme chez l'adulte : tuberculose parenchymateuse assez souvent excavée, pleurésie sérofibrineuse, etc...

D'autre part, on rencontre des tuberculoses extrapulmonaires : arthrites, ostéites, gommes cutanées et ganglionnaires, péritonites et polysérites qui sont les mêmes dans la primo-infection que dans la réinfection, si elles sont prises isolément. Prises dans l'ensemble, elles laissent parfois reconnaître facilement à quelle période elles appartiennent. Ainsi elles évoluent au cours de la primo-infection avec une lésion pulmonaire concomitante, sont multiples et se succèdent à intervalles rapprochés, tandis qu'elles sont le plus souvent isolées au cours de la réinfection tardive.

Au point de vue de l'étiologie, on distingue : les causes débilitant l'organisme et la source de l'infection qui peut ensuite agir.

Les causes capables d'affaiblir le terrain et de le prédisposer soit à l'évolution de l'infection tuberculeuse latente, soit à faire une primo-infection, sont les unes d'ordre social, les autres d'ordre pathologique.

Parmi les premières, on trouve la promiscuité dans des taudis sans air et sans lumière. On peut assez facilement s'imaginer ce que peut donner cette promiscuité en cas de tuberculisation d'un membre de la famille. D'après une statistique de Calmette, il faut compter que de 4 à 10 ans, 90 % des enfants nés en milieu tuberculeux sont contaminés, tandis que dans les milieux ordinaires il n'y a que 31 % touchés.

Une autre cause, c'est le logement mauvais, mais il n'est pas tout, car il y a « des logements misérables, humides, confinés, obscurs et surpeuplés, habités pendant trente années par une même famille sans qu'on y ait observé un seul cas de tuberculose » (Burnet). Le mauvais logement est pour la tuberculose comme une sorte d'amplificateur, de résonateur. La contagion atteint 1,3 % de l'entourage des tuberculeux dans les logements sains et 4,9 % dans les logements malsains.

La mauvaise nutrition, la sous-alimentation contribue aussi à diminuer la résistance de l'enfant. Et des enfants sous-alimentés on en trouve dans toutes les écoles. Burnet, dans sa *Prophylaxie de la tuberculose*, écrit :

« En France, département du Finistère, 1929-1931, un service d'inspection médicale scolaire organisé à titre d'essai, ayant examiné 6.000 enfants, constata que plus d'un tiers souffrait d'insuffisance d'alimentation. Beaucoup d'entre eux doivent faire le matin de bonne heure, un long chemin à pied pour se rendre à l'école et autant le soir pour en revenir ».

On voit que la sous-alimentation est associée parfois au surmenage physique, tandis que dans d'autres cas elle s'associe au surmenage intellectuel. Ce dernier résulte, non d'un excès de matières, mais plutôt de la façon défectueuse dont elles sont enseignées.

Parfois aussi les locaux scolaires sont mal aérés, situés dans des quartiers malsains et des fois même, mal chauffés.

A tout cela, il faut ajouter l'absence de l'éducation hygiénique nécessaire, chez une grande partie de la population et aussi, dans la plupart des cas, l'absence d'un service médical scolaire bien organisé au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose.

Parmi les causes pathologiques, on trouve toutes les maladies anergisantes : grippe, rougeole, coqueluche, fièvre typhoïde, maladies du foie, etc.

La source de l'infection bacillaire, on la trouve soit dans la famille même du petit malade, soit dans l'école, car la contagion accidentelle paucibacillaire des rues ne produit pas la tuberculose maladie, du moins au début, mais seulement la tuberculose infection, qui se traduit par l'apparition d'une cutiréaction positive.

Les observations concordent sur le fait que la contagion à l'école est très rarement due à un écolier tuberculeux. Car, comme l'a prouvé Wieland, les enfants tuberculeux, qui ne toussent et ne crachent que rarement, ne sont pratiquement pas contagieux et dans certains cas leurs frères, malgré un contact constant, avaient des cutiréactions à la tuberculine négatives. En effet, sur 887 enfants tuberculeux, cet auteur n'a pu mettre en évidence le microbe que dans 15 p. 100 des cas, dont 10 p. 100 décelables seulement par l'expérimentation.

Aussi, au dernier Congrès de Pédiatrie préventive, il y a eu des auteurs qui, comme Kleinschmidt et Kraemser, pensaient que la contagion minime par des enfants paucibacillaires de façon intermittente, pourrait avoir un rôle favorable, en provoquant l'allergie.

Le plus souvent, l'infection tuberculeuse des écoliers est provoquée par le personnel enseignant ou par le personnel de service, quand il n'y a pas de contagion familiale. Ce fait est très bien démontré par les deux épidémies que nous avons citées plus haut.

De même Frontali, en étudiant la morbidité par tuberculose dans le corps enseignant, note un pourcentage supérieur à celui du reste de la population (environ 9 p. 100).

Lereboullet pense un peu autrement, car il a constaté que les primo-infections des enfants hospitalisés sont plus rares que ne le disent les statistiques classiques.

Ainsi la cutiréaction, positive chez 30 p. 100 des enfants à l'âge de 6 ans, n'augmente que faiblement durant la période scolaire jusqu'à 45 p. 100 tandis qu'elle subit une poussée brusque lors de la puberté, montant jusqu'à 75 p. 100.

Cette remarque est juste car si on se rapporte aussi à la statistique faite par Armand Delille dans son service, on trouve que la proportion des enfants tuberculeux de 6 à 12 ans est de 16 p. 100, tandis que le pourcentage monte à 29.70 p. 100 de 12 à 15 ans. Donc augmentation nette pendant l'âge de la puberté.

D'ailleurs cette influence est beaucoup plus nette chez les filles que chez les garçons. Dans la même statistique on voit que, pour les garçons, le pourcentage de 9 à 12 ans reste à peu près le même de 12 à 15 ans, tandis que pour les filles il passe de 8,37 p. 100 à 22,56 p. 100.

Avant l'âge de la puberté, les courbes de fréquence sont, avec de petites variations, parallèles dans les deux sexes. Chez les filles, on observe, vers 11 ans, une brusque élévation qui atteint à 15 ans son summum. Chez les garçons, la courbe ne s'élève que plus tard, de 14 à 15 ans, mais sans atteindre le même degré que chez les filles. Ainsi de 12 à 15 ans, on trouve trois filles hospitalisées pour un garçon.

Les formes de tuberculose qui s'observent généralement à la puberté et surtout chez les filles sont des formes rapidement évolutives, qui s'encadrent dans la phtisie galopante des anciens auteurs.

La contamination par le personnel enseignant, si importante qu'elle soit, reste beaucoup plus faible que la contagion familiale. En effet, Gardère, dans une enquête faite à Lyon, sur 478 cas de tuberculose observés chez des enfants, a pu retrouver 340 fois une contagion familiale, donc une proportion assez élevée de 71 p. 100.

Les moyens prophylactiques contre la tuberculose des écoliers résultent de l'énumération des facteurs étiologiques et seront aussi de plusieurs ordres. Il faudra prendre donc des mesures sociales, éducatives et médicales.

Les mesures qu'on doit prendre en ce qui concerne le logement ne sont pas spéciales au sujet qui nous occupe en ce moment.

Quant à la sous-alimentation, le remède c'est la cantine scolaire et les repas supplémentaires. Les cantines doivent être en permanence sous la surveillance du médecin scolaire et de l'infirmière. La composition des repas doit correspondre aux besoins de l'âge : on doit tenir compte de la valeur calorique des aliments, ainsi que de leur valeur biologique (richesse en vitamines, etc.).

La valeur des repas supplémentaires a été confirmée par l'expérience faite en Ecosse par Heighton et Mac Kinlay pendant 4 mois et sur 10.000 enfants. Les enfants étaient âgés de 5 à 11 ans et tous menaient leur vie ordinaire d'écoliers. On leur a donné, vers 10 heures, un repas supplémentaire quotidien de 400 cc. de lait. En un autre lot, 10.000 enfants ont servi comme témoins. L'état général, le poids et la croissance en général ont été meilleurs chez les suralimentés.

A Paris, les écoles de plein air donnent un repas composé de légumes frais et de 80 grammes de viande. Les frais sont partagés entre l'Office d'hygiène sociale du département de la Seine et la Caisse des Ecoles.

On pourra aussi faire, pour les sous-alimentés, des classes spéciales dans lesquelles, en dehors des repas supplémentaires, les cours seront fréquemment interrompus par des récréations. Les enfants seront surveillés plus sévèrement que les autres.

Pour éliminer le surmenage intellectuel, il faudrait ranger les matières plus rationnellement dans les programmes. En Belgique, pour le supprimer en partie, le ministre de l'Instruction Publique a interdit de donner aux enfants des devoirs à faire le soir.

« L'éducation physique joue incontestablement un grand rôle dans la lutte préventive contre la tuberculose. Nous demandons qu'un cours d'éducation physique rationnel et obligatoire soit organisé dans toutes les écoles », ont déclaré, en 1925, Gratia et Derscheid au Conseil supérieur d'hygiène de Belgique.

R. Ledent a insisté sur la même question, au Congrès de physiothérapie de 1930. « L'éducation physique comprendra donc la pratique éducatrice du mouvement et l'éducation respiratoire, mais aussi l'usage des radiations calorifiques et lumineuses (air, eau, soleil). La solidarité fonctionnelle des organes impose la solidarité des moyens éducatifs et thérapeutiques. » (R Ledent.)

Rosenthal, de même, croit que « pour faire œuvre utile contre la tuberculose, la culture physique doit être prophylactique ».

En ce qui concerne les méthodes à employer dans l'éducation physique, Ledent croit « qu'en matière d'éducation du mouvement, la méthode suédoise de P. H. Ling entraîne régulièrement des améliorations de la constitution anatomique et de la résistance physiologique qui n'ont été jusqu'ici enregistrées par aucune autre méthode ».

Nous arrivons maintenant à un point très intéressant du problème de la prophylaxie de la tuberculose dans les écoles. C'est l'examen médical systématique et répété de tout le personnel enseignant et de service de l'école et ensuite le problème du dépistage de la tuberculose des écoliers.

Lesné et Mlle Dreyfus-Sée, dans une communication à l'Académie de Médecine et au Congrès de Pédiatrie préventive, ont proposé de réviser les règlements concernant la surveillance médicale du personnel scolaire, afin de renforcer les procédés de dépistage précoce de la tuberculose dans l'intérêt des malades et des écoliers. Ces examens méthodiques devraient être faits aussi dans les établissements privés. Ce seront des visites de sécurité, auxquelles devrait être astreinte, à intervalles réguliers, toute personne employée à l'école, à quel titre que ce soit.

Le problème du dépistage de la tuberculose chez les écoliers n'est pas encore complètement résolu dans la plupart des pays.

Le dépistage, chez l'écolier, est simplement une œuvre clinique tandis que ses effets se prolongent jusque dans la famille ; il aboutit à la préservation d'un foyer.

« L'obligation de fréquenter la classe jusqu'à 14 ans met jusqu'à cet âge toute l'enfance d'un pays à la disposition de ceux qui veulent l'étudier, voire la transformer.

L'inspection médicale scolaire, grâce à elle, peut donc s'exercer sur l'enfance du pays tout entier et dresser quand elle veut, comme elle veut, le bilan sanitaire de la nation. »

Les moyens de sélectionner les enfants sont le dispensaire, l'inspection médicale scolaire, l'institution des infirmières scolaires qui doivent travailler d'accord avec les infirmières visiteuses des dispensaires.

Voyons maintenant sur quels examens doit se baser le diagnostic de tuberculose chez l'enfant, car celui-ci est le problème technique du dépistage.

Les méthodes d'investigation qui peuvent être employées sont les suivantes :

a) L'examen clinique ;

b) Les réactions à la tuberculine ;

c) La radioscopie ou la radiographie ;

d) L'examen des crachats ;

e) La notion de contamination familiale.

Les signes cliniques ne permettent que de soupçonner la tuberculose. Aucun signe ne présente en général rien de caractéristique, et puis, les signes généraux n'apparaissent que dans 2/3 des cas et les signes stéthacoustiques dans un tiers des cas. Ainsi, sur 45 cas de primo-infection que L. Bernard et Vitry ont pu suivre, à l'Ecole de puériculture, par des cutiréactions en série, 14 fois l'enquête n'a révélé aucun symptôme et 17 fois, ils ont trouvé des modifications stéthacoustiques.

Comme le plus souvent l'infection tuberculeuse se traduit par une fièvre irrégulière ou de type typhobacillose, il faut bien savoir que ces divers types de fièvre peuvent être dus aussi à des infections diverses: rhino-pharyngées, adénoïdite, appendicite chronique, etc...

Le diagnostic différentiel repose avant tout sur les réactions à la tuberculine, qui fournissent le critérium indispensable. Si la cutiréaction est négative elle doit être répétée et au besoin remplacée par la réaction de Mantoux.

Tout ce qui a été dit plus haut se rapporte aux formes de tuberculose évolutive. En ce qui concerne le diagnostic des formes latentes, celui-ci ne peut se faire

que par les réactions tuberculiniques, puisque, par définition même, aucun symptôme ne se produit qui les décèle.

La proportion des enfants réagissant à la tuberculine est variable avec les auteurs. L. Bernard et Vitry ont trouvé que 28 p. 100 des enfants de 4 ans et 68 p. 100 des enfants de 15 ans avaient une cutiréaction positive.

De toutes récentes recherches faites, par Nobécourt et Briskas, sur 1089 enfants âgés de 6 à 10 ans, ont montré la cutiréaction positive chez 39,1 p. 100 des enfants, à l'âge de 7 ans, tandis qu'à 10 ans la positivité s'élevait à 49,8 p. 100.

Sur les 905 enfants ayant des cutiréactions positives, ces auteurs ont trouvé que 20,4 p. 100 étaient des tuberculoses en activité et 79,5 p. 100 des tuberculoses inactives. Il est à remarquer que de 6 à 10 ans, malgré une augmentation du pourcentage des cutiréactions positives, le taux des tuberculoses actives reste remarquablement fixe.

Les réactions répétées tous les mois ou tous les deux mois permettent d'assister au moment où se produit la tuberculisation.

A l'examen radiologique, il ne faut pas s'abuser sur les ombres hilaires décrites naguère, car on a observé souvent des enfants qui ont de grosses ombres hilaires, tout en ayant des réactions tuberculiniques négatives. Il convient mieux de s'arrêter sur les images dont nous connaissons mieux la signification : ombres latéro-trachéales surtout droites, ligne de scissurite, séquelles, taches macronodulaires ou même micronodulaires (granulie froide, car seulement elle demande à être dépistée), image de lobite surtout supérieure droite. On peut dire que la tuberculose pulmonaire latente est une conquête de la radiologie.

Chez les enfants en bas âge la nature tuberculeuse des lésions ainsi constatées est confirmée par une réaction tuberculinique positive.

Comme ces réactions n'ont plus la même valeur chez les enfants plus grands, la confirmation du diagnostic chez eux vient de la présence des bacilles dans les crachats. Le meilleur procédé de recherche est celui de Meunier qui vient les trouver dans l'estomac, « le crachoir naturel de l'enfant ». Armand-Delille et Vibert, qui ont beaucoup employé et perfectionné cette méthode, ont obtenu des résultats positifs, par examen direct et homogénéisation, chez 34 p. 100 des enfants présentant des ombres radiologiques suspectes (1). Poulsen et Jensen ont eu 85-90 p. 100 de résultats positifs par ensemencement sur le milieu de Petroff-Opitz, par des inoculations au cobaye à des résultats positifs dans la totalité des cas.

Parmi les signes de présomption, la recherche des antécédents personnels apporte des éléments importants en décelant parfois la préexistence d'une série d'accidents et d'épisodes dont la chaîne prend une certaine importance, comme Denoyelle l'a montré dans sa thèse.

En ce qui concerne la notion de contagion familiale, elle est importante à rechercher, bien que dans les formes frustes et latentes, elle ne permette de découvrir l'agent contaminant que très rarement. Les enquêtes de L. Bernard et Vitry et celle de Cordey donnent à peu près le même chiffre de 16 p. 100, car ces formes sont dues en général à une infection paucibacillaire.

Dans les formes graves qui ne relèvent plus du dépistage proprement dit, Cordey trouve la contagion dans 66 p. 100 des cas, Armand-Delille dans 65 p. 100 des cas et Eliasberg dans 56 p. 100.

Que peut-on faire pour les enfants trouvés malades ou simplement débiles ?

Pour les débiles, on a trouvé une formule pratique dans les écoles de plein air, dans lesquelles on pourrait donner aussi des repas supplémentaires. Ces écoles, il faut les situer dans des endroits sains, clairs, aérés et d'accès facile.

Pour ceux qui vivent en milieu contaminé, qui sont donc en menace constante de faire une réinfection massive et de voir leur tuberculose commencer à évoluer, il faudra plus que l'école de plein air, mais pas de sanatorium ni préventorium s'ils ne présentent aucune lésion pulmonaire. Il faudra les isoler dans des pensionnats où ils passeront toute leur jeunesse. Ces sortes de colonies seront pratiques : agricoles, industrielles et dans les cas où les aptitudes de l'élève le permettent, celui-ci passera au degré supérieur de l'enseignement.

Les résultats de ces mesures peuvent être estimés en regardant ceux admirables obtenus par l'Œuvre Grancher. D'après les recherches de Armand-Delille, si l'enfant reste en contact avec un parent tuberculeux, les manifestations cliniques apparaissent dans la proportion de 60 p. 100 avec une mortalité des 2/3, soit 40 p. 100. Chez les enfants protégés par le placement familial de l'Œuvre Grancher, la morbidité tombe à 0,3 p. 100 et la mortalité à 0,1 p. 100.

Les autres, les enfants qui sont déjà atteints de la tuberculose, seront isolés et traités en sanatoriums ou en préventoriums suivant le degré différent de l'atteinte et suivant les organes malades.

On comprend donc la complexité du problème de la tuberculose chez les écoliers et on comprend aussi son importance si on pense que les effets du dépistage de cette maladie se prolongent jusque dans la famille, aboutissant à sauvegarder la santé publique.

(1) Récemment M. Armand Delille a communiqué les résultats qu'il a obtenus par cette méthode en l'employant depuis dix ans. Une expérience portant sur 1.298 enfants a donné un pourcentage de résultats positifs qui va de 96,4 % pour les formes cavitaires de la tuberculose de réinfection à 13,5 % dans les pleurésies séro-fibrineuses sans participation reconnue du parenchyme pulmonaire.

BULLETINS BIBLIOGRAPHIQUES

Le Livre blanc. Formulaire médical. Spécialités pharmaceutiques classées par indications. (Publié sous le contrôle d'un groupe d'anciens internes des hôpitaux de Paris, et précédé d'une préface sur les nouveautés par MM. les professeurs M. Arthus, M. Leulier et M. Piéry.)

Un vol., relié, Paris 1936. Prix : 25 francs. — Librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Le Corps médical. Alsace et Lorraine. Annuaire 1936. Norbert Rheims, éditeur, 19 *bis*, rue Geiler, Strasbourg.

REVUE DES THÈSES

Essai sur la Schizophasie (1), par le docteur Jacques DELMOND.

[Une erreur matérielle, dont nous nous excusons, ayant défiguré les conclusions de cette excellente thèse, parues dans le n° 76, p. 1325 de la *Gazette*, nous les reproduisons aujourd'hui in extenso.]

La schizophasie est l'incohérence du langage particulière à la Schizophrénie et dont elle reproduit les caractères propres, que nous avons énumérés, dans l'ordre idéique, affectif et moteur. Nous l'avons recherchée et observée dans les diverses formes de la démence précoce (hébéphrénie, catatonie, psychose et démence paranoïde). Pour la discrimination des symptômes de ce groupe d'affections nous avons suivi les données de l'ouvrage capital de Bleuler, dont nous avons rappelé les propositions principales. Chez les différents malades que nous avons étudiés nous avons saisi des ensembles de symptômes (*trouble de la pensée*, abstraite, diffluente, approximative — *trouble de l'affectivité*, ambivalente, paradoxale — *symptômes catatoniques*, qui imposent la forme et le rythme de l'expression — *idées délirantes* incohérentes — *régression* vers l'utilisation d'une pensée fragmentaire, dissociée. Autisme). Cet ensemble syndromique est en rapport direct avec un *emploi régressif du langage*, tel que la schizophasie, après les comparaisons effectuées avec les mentalités primitives, l'activité poétique, le langage de l'enfant, nous semble le représenter.

Il semble qu'il y ait lieu d'étendre sensiblement l'acception du terme par Kraeplein, qui désignait sous le nom de schizophasie une forme clinique de Démence précoce : la *démence avec confusion du langage*, comportant d'autre part la conservation de l'activité pragmatique. Nous avons été amenés par les faits à considérer que la schizophasie ne constituait pas à elle seule un syndrome, mais qu'elle était un témoin de la *discordance ou dissociation schizophrénique de l'activité psychique*. Dans l'historique que nous avons donné nous avons essayé de mettre en valeur ce critère de la discordance.

L'incohérence idéique et verbale nous a paru s'accompagner assez constamment chez les déments précoces de *troubles phonétiques* (R. Mignot), dysphonies et dyslalies à propos desquelles nous avons noté l'intérêt de la méthode phonographique. En dehors de ces troubles de la parole et de la voix, *les caractères cliniques de la schizophasie* nous ont paru pouvoir se résumer en :

— *Symptômes catatoniques*, où prédominent : stéréotypies, maniérisme, négativisme, automatismes verbaux, impulsivité, hyperkinésies ;

— *Troubles des fonctions du langage*.

Appliquant la méthode de Head pour l'examen des troubles du langage dans l'aphasie, nous avons pu montrer l'établissement des troubles à des niveaux différents, correspondant à la désintégration de fonctions étagées :

— *Troubles verbaux, ou de la fonction d'expression motrice*, qui réalisent la salade-de-mots ou de syllables (niveau de la jargonaphasie) ;

— *Troubles nominaux* (paralogismes, néologismes, substantivation), qui appellent la comparaison avec la paraphasie ;

— *Troubles syntaxiques ou du schéma grammatical* (*paragrammatismes* de Bleuler) avec interpolations, troubles de la syntaxe simple (Teulié) et de la syntaxe compliquée (Pfersdorff) ; ces troubles représentent la forme la plus pure de schizophasie ;

— *Troubles sémantiques*, également constants, principalement caractérisés par l'*interprétation « philologique »* (Pfersdoff), la prévalence sur la pensée des éléments musicaux du langage et l'approximation du sens.

La notion des *emplois du langage* selon Goldstein nous a également permis de classer ces langages schizophréniques d'après leur degré de signification. Le trouble des significations dans la D. P. exprime une altération de l'attitude générale, une perte de l'aptitude représentative (« maniement immédiat » des mots, trouble des notions de temps, de personnalité, etc.). Cette notion nous a permis d'accéder à celle d'une modification profonde de la vie mentale, justifiant l'application des données phénoménologiques à des syndromes cliniques (Minkowski).

Ces méthodes, division des fonctions du langage selon Head, emplois du langage selon Goldstein, appartiennent en propre à l'étude de l'Aphasie. Elles trouvent leur application dans l'examen des caractères cliniques et linguistiques de la schizophasie. Elles soulignent :

a) L'étroite parenté, les caractères communs et sans doute l'identité profonde (comme l'ont rappelé le prof. Claude et le prof. Pfersdorff) des troubles aphasiques organiques avec les troubles du langage dans la démence précoce et les modifications fonctionnelles, observées au cours d'autres états (émotion, fatigue, spasmes vasculaires, etc.) ;

b) Leur différence sur le plan structural (organisation particulière de la pensée chez le schizophrène).

(1) *Th. de Paris*, 1935. — Paris, Le François.

Traitement local de la douleur rhumatismale par les injections anesthésiantes sulfo-iodées (1), par le docteur Jean MARTIN.

Le procédé le plus sûr pour obtenir la sédation immédiate d'une douleur rhumatismale, articulaire, nerveuse, ou musculaire, consiste à injecter, autour de l'articulation du nerf, ou dans l'épaisseur du muscle douloureux, une solution anesthésique.

L'anesthésique utilisé doit être tout à la fois suffisamment actif, même en solution très diluée, et parfaitement inoffensif, même à fortes doses.

Seul parmi tous les anesthésiques locaux que nous avons utilisés, le phényl propionate de para-amino benzoyl diéthyl-amino-éthanol (Dunacaïne) nous a paru répondre à ces deux conditions essentielles.

L'infiltration anesthésique périarticulaire ou périnerveuse donne des résultats immédiats, mais ses effets sont souvent fugaces.

Il est indispensable, pour obtenir un effet thérapeutique durable, d'injecter, en même temps que la solution anesthésique, des corps doués de propriétés antirhumatismales.

Le soufre et l'iode nous ont paru particulièrement aptes à modifier favorablement le terrain rhumatismal.

Parmi les dérivés iodés injectables, nous avons utilisé le di-iodo-méthylate de diméthyl pipérazine (Iodazine M.), dont la solution aqueuse est transparente aux Rayons X, et dont la grande puissance thérapeutique s'associe à une tolérance parfaite.

Parmi les dérivés soufrés, la diamide sulfo-carbonique (Thiocarbamide), apporte à l'organisme un soufre réduit, susceptible de subir toutes les gammes des oxydations organiques, condition essentielle à l'activité thérapeutique d'une préparation soufrée.

Cette méthode thérapeutique nouvelle nous a paru marquer un progrès dans le traitement des arthrites et périarthrites rhumatismales, des algies sciatiques et cervico-brachiales, des lumbagos, et des autres manifestations douloureuses du rhumatisme chronique.

(2) *Th. de Paris*, 1936. — Paris, Le François.

L'Ectopie périnéale du testicule (1), par René BAUGÉ, ancien interne de l'hôpital civil français de Tunis.

Certaines anomalies de position du testicule ne sont qu'improprement appelées ectopies.

Le testicule s'arrête-t-il en un point quelconque de son trajet abdomino-scrotal, il s'agit d'un arrêt de migration, appelé improprement ectopie.

Le testicule va-t-il, quittant son chemin habituel, émigrer dans d'autres territoires, verge, périnée, bourse scrotale du côté opposé, il y aura là une ectopie vraie ou aberration de migration, dont l'ectopie périnéale est un des types les plus rares.

La descente du testicule se fait en cinq stades.

a) La descente relative ou l'accroissement des parties avoisinantes fait que le testicule se rapproche de la région inguinale (deux ou trois mois de la vie intra utérine).

b) Stade de l'arrêt de la descente où l'allongement du gubernaculum, proportionnel à l'accroissement de l'être, ne modifie en rien les rapports du testicule (quatre et cinq mois).

c) Au sixième mois, le testicule subit une ascension momentanée.

d) (Septième et huitième mois) le testicule reprend son mouvement de descente et traverse la paroi abdominale.

e) Enfin, la phase terminale (neuvième mois) où le testicule occupe sa place définitive dans le scrotum.

Ayant vu la migration normale du testicule dans l'espèce humaine, il est intéressant de l'étudier dans le règne animal.

Les animaux offrent , à l'état normal, ce qui, chez l'homme, est pathologique. Il se vérifie ainsi que l'ontogénie répète la philogénie.

Classant arbitrairement les mammifères du seul point de vue de la migration testiculaire, nous voyons trois catégories différentes.

a) Les uns cryporchides (cétacés, beaucoup d'édentés, éléphants), garderont toute leur vie les testicules dans la cavité abdominale. Le testicule n'accuse qu'une migration partielle ou incomplète mais toujours intraabdominale.

b) D'autres ont une migration plus poussée et le testicule est franchement extra-abdominal. (Singes, solipèdes, carnivores.)

A noter que certains portent une poche scrotale, tandis que d'autres ont leur testicule sous la peau, au périnée.

c) Enfin, une dernière catégorie d'animaux, chez lesquels le testicule n'occupe pas toujours la même situation : intraabdominale en temps normal, la glande séminale sort de l'abdomen à l'époque du rut (coït).

Pour certains, les ectopies réalisent accidentellement chez l'homme du fait de conditions qui, transitoires chez lui normalement, sont définitives pour telle ou telle variété animale.

Cependant, l'observation des malades nous amène à trouver que certains sujets semblent présenter des anomalies des parties avoisinantes du trajet que suit le testicule dans sa descente au niveau du scrotum, ou encore une malformation du gubernaculum anormalement long.

Nous allons nous-mêmes trouvé des brides qu'il nous a fallu sectionner pour libérer un testicule de son attache périnéale.

Nous pensons que la descente du testicule reconnaît comme cause directe un phénomène hormonal sous la dépendance de la sécrétion du lobe antérieur de l'hypophyse.

Il est, en effet, à l'heure actuelle, prouvé que quelques injections d'extrait de lobe antérieur d'hypophyse font descendre un testicule en arrêt de migration (ectopie inguinale).

Très rapidement, sous l'effet de la médication, le testicule se mobilise, se laisse facilement abaisser, et finalement reste en position normale dans le scrotum.

Si au cours de la descente normale, une anomalie anatomique des parties avoisinantes existe, elle pourra avoir comme conséquence une ectopie (absence congénitale de la moitié correspondante du scrotum).

Le gubernaculum est-il responsable de l'ectopie ? En lisant certaines observations, il semble qu'on puisse répondre par l'affirmative, mais, par contre, on ne trouve pas toujours, à l'intervention, trace de ce ligament et Sébilleau dit : « Je ne suis pas fixé sur les insertions vraies du gubernaculum ».

En résumé, la descente du testicule est sous la dépendance de sécrétion endocrinienne (lobe antérieur de l'hypophyse) ; une anomalie anatomique peut déterminer une aberration de migration, qui reproduirait exceptionnellement chez l'homme ce que l'on peut constater à l'état normal chez l'animal.

Il est certain qu'un testicule ectopique ne se développera pas et qu'il peut devenir le siège de complications graves.

Il est indiqué d'intervenir dans les cas d'ectopie testiculaire (aberration de migration), telles que l'ectopie périnéale, crurale, penienne, et de pratiquer une orchidopexie.

Le procédé de choix nous paraît être l'orchidopexie transscrotale d'Ombrédanne. »

(1) *Th. d'Alger*, 1934.

LIVRES NOUVEAUX

La diphtérie (1), par G. CARRIÈRE.

Le sujet n'est pas près encore d'être épuisé, et le nombre des études de détail publiées sur ce sujet et parfois apparemment contradictoires rend de temps à autre indispensable l'apparition d'une mise au point, où se trouvent réunies, précisées et codifiées, les notions indispensables dans la pratique.

On trouvera ici en deux cents pages, sans diversion bibliographique étrangère au but poursuivi, une vaste revue générale de tout ce qui touche à l'infection diphtérique. Ce que, depuis Bretonneau, ont noté et se sont transmis les cliniciens, en forme la charpente, mais rien d'important parmi les acquisitions des bactériologistes et des biologistes jusqu'aux plus récentes n'y est négligé ou mis hors de sa place. Qu'il s'agisse des angines courantes ou des malignes, du croup ou des localisations rares, des complications locales ou nerveuses, des séquelles ou des syndromes tardifs, tout le nécessaire est mis à son rang, pour la plus grande commodité du praticien.

Près de la moitié de ce bel ouvrage, où le prof. Carrière a fait preuve, une fois encore, du plus grand talent, traite de thérapeutique, spécifique ou symptomatique, curative ou préventive.

L'étude est terminée par un résumé pratique des indications thérapeutiques et un guide pratique du médecin au chevet de son patient, dont le salut est la seule raison d'être de toute médecine L. BABONNEIX.

Pédiatrie pratique. Répertoire de mises au point, indications et moyens thérapeutiques (2), par Eugène TERRIEN, ancien chef de clinique infantile de la Faculté à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Ce livre n'est ni un formulaire, ni un ouvrage didactique. L'auteur y groupe, pour la pratique courante, 116 études cliniques susceptibles d'apporter au médecin des indications nouvelles concernant presque exclusivement le diagnostic et la thérapeutique.

Il élimine systématiquement certaines notions, même très spéciales à l'enfant, qui sont banales et étudiées dans tous

(1) Paris 1936, Masson et Cie.
(2) Un volume de 248 pages, — Prix : 24 fr.

les traités de pathologie infantile, il ne conserve que celles qui se rattachent à des types cliniques peu fréquents, et à des moyens de diagnostic ou de traitement plus rarement employés ou qui firent l'objet de travaux relativement récents.

L'auteur a voulu surtout mettre en évidence certaines catégories d'affections auxquelles l'âge du petit malade peut imprimer diverses particularités, et qui de ce fait donnent à la clinique infantile son aspect si spécial.

Ces notes sont classées par ordre alphabétique comme dans un répertoire, mais une table analytique groupe celles qui se rattachent à un sujet commun ou au même organe.

Fille ou garçon ? (1), par le docteur Jules REGNAULT.

L'auteur aborde un problème vieux comme le monde et nous présente les diverses méthodes utilisées pour avoir fille ou garçon à volonté, pour faire le diagnostic précoce de la grossesse et connaître le sexe de l'enfant avant la naissance. Il examine les procédés préconisés par les livres sacrés (Loi de Manou, Bible, Talmud, etc...), par les sorcières, par des rois, par des empereurs, par des astrologues et enfin par des physiologistes.

L'obscurité régnant sur ces questions vient de ce que chacun n'a vu qu'une partie des influences en cause, alors que ces influences sont nombreuses. L'auteur « fait le point » et essaie de coordonner les diverses données du problème, dont les contradictions ne sont souvent qu'apparentes. Ce travail de synthèse, qui a demandé de nombreuses recherches, déblaie le terrain et *donne déjà des conclusions pratiques.*

L'ouvrage est égayé d'anecdotes humoristiques et illustré de dessins curieux.

L. G.

Le cancer (études anatomo-cliniques) (2), par I. STOÏA, docent de la Faculté de médecine de Bucarest, médecin chef du Laboratoire central d'anatomie pathologique de l'Hôpital Brancovan, médecin en chef du service médical de l'Hôpital central « Professeur Dr. I. Cantacuzène », et P. STANCIULESCU, assistant du Laboratoire centrale d'anatomie pathologique de l'Hôpital Brancovan, médecin assistant dans le service médical de l'Hôpital central « Prof. Dr. I. Cantacuzène ». Préface du professeur Ch. LENORMANT, membre de l'Académie de médecine.

Le travail de MM. les docteurs Stoïa et Stanciulesco est une étude anatomo-clinique, comprenant 10 questions qui concernent les tumeurs malignes.

Ils ont essayé d'étudier surtout les questions qui présentent le plus d'intérêt pratique ou qui prêtent le plus à discussion, qui offrent un intérêt pratique tant pour la chirurgie que pour la médecine interne et sont d'une utilité considérable pour le praticien et même pour l'étudiant en médecine.

Les chapitres de ce travail sont :

1. Etude anatomo-clinique de cancer primitif du poumon.
2. La lymphogranulomatose maligne.
3. Considérations sur les tumeurs malignes de l'ovaire.
4. La relation anatomique entre les différentes tumeurs à miéloplaxes.
5. Considérations sur le séminome testiculaire.
6. Le cancer pleural.
7. Le cancer rénal primitif.
8. Contributions à l'étude du cancer du corps thyroïde.
9. Carcinoïde de l'appendice.
10. Considérations sur l'étude des néoplasmes des voies biliaires.

Les auteurs ont appliqué dans leur ouvrage la méthode anatomo-clinique, c'est-à-dire la confrontation rigoureuse des symptômes et de l'évolution des maladies avec leurs lésions macroscopiques et microscopiques — qui est une des bases de la médecine scientifique ; ce travail présente un rapport étroit entre l'anatomie pathologique et la clinique.

Chaque chapitre forme une monographie complète, et contient une série d'observations personnelles où les auteurs exposent la maladie depuis son début jusqu'à la coupe histologique.

Chaque chapitre d'anatomie pathologique est accompagné de photographies et de microphotographies originales provenant exclusivement des cas exposés dans le texte ; toutes les monographies se terminent par des considérations pratiques.

Cet ensemble anatomo-clinique constitue la note originale de l'ouvrage, dont la conception a son origine en France.

Chaque chapitre contient aussi une bibliographie complète.

L. G.

(1) 300 pages. Prix : 18 fr. — Editions Médicis, 30. rue de Bellefond, Paris, 9e. 1936.

(2) Un volume de 332 pages avec, 147 figures dans le texte. — Prix : 55 fr. — Paris, Masson et Cie.

Diabète et chirurgie (1), par H. CHABANIER et C. LOBO-ONELL, avec la collaboration de Mlle E. LELU. Préface de M. ROBINEAU.

Le diabète est intéressant pour le chirurgien à deux points de vue. Tout d'abord, parce qu'il confère à toute intervention une gravité spéciale.

Puis, parce que certaines affections chirurgicales sont plus particulièrement fréquentes chez les diabétiques où, du fait du diabète même, elles ont un comportement plus volontiers redoutable.

L'étude de ces deux questions est l'objet de ce livre.

Les auteurs font d'abord une place à l'étude du mécanisme des accidents post-opératoires des diabétiques. Cela non seulement à cause des suggestions d'ordre doctrinal qui s'en dégagent concernant la pathogénie de ces accidents, voire même du coma diabétique en général, mais aussi et surtout du fait des orientations importantes d'ordre pratique qui en découlent naturellement.

Ils envisagent ensuite la question des affections chirurgicales, sinon propres aux diabétiques, du moins plus spécialement fréquentes et graves chez eux, et ils s'attachent de manière particulière à deux d'entre elles : l'anthrax et la gangrène.

L. G.

Les kystes hydatiques de la rate (2), par L. SABADINI, chirurgien des hôpitaux d'Alger. Préface du professeur COSTANTINI.

Le kyste hydatique de la rate, quoique plus rare que les kystes hépatiques et pulmonaires, tend cependant de plus en plus à être rencontré un peu partout, en raison de la rapidité plus grande des mélanges ethniques.

Si la connaissance de cette affection s'impose au chirurgien vivant en terre africaine, elle doit s'étendre aussi à tous les autres chirurgiens, qui peuvent se trouver en présence de cette localisation de l'échinoccoque. Le but de ce livre, écrit par un chirurgien exerçant dans une des régions où cette affection est plus souvent observée qu'ailleurs, est de faire le point sur un sujet moins simple qu'il ne paraît à une expérience sommaire.

L'auteur classe les opinions pathogéniques, il schématise les formes anatomo-pathologiques, montre les signes capitaux de l'affection, bases d'un diagnostic précis ; il étudie enfin les différentes méthodes thérapeutiques, discutant la valeur de chacune d'elles, précisant les indications.

A la fin de ce travail, il a placé un chapitre de technique opératoire. Les différentes interventions que le chirurgien peut être appelé à effectuer sur la rate s'y trouvent classées, décrites, et discutées.

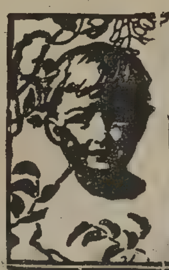
(1) Un volume de 168 pages (Collection Médecine et Chirurgie pratiques. Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume de 200 pages, avec 82 figures. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION. 17, RUE CASSETTE.


PRIMUM NON NOCERE
NEVROSTHENINE
Aucune contrindication



La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Etudiants : **25** francs par an.	Tous les autres pays : **75** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Jury du concours de l'Internat en Médecine.* — Le jury est définitivement composé de MM. les docteurs Péron, Thalheimer, Veil (Prosper), ophtalmologiste ; Laubry, Ch. Richet, Lelong, Courcoux, Barbé (aliéniste) ; Rivet, Sorrel, Chifoliau, Toupet, J.-Ch. Bloch, Braine, Desnoyers (accoucheur).

Hôpitaux de Bordeaux. — M. le Dr Duthil a été nommé médecin ophtalmologiste adjoint du service de l'assistance médicale gratuite.

M. le docteur Philip a été nommé oto-rhino-laryngoliste adjoint du même service.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

1° Internes des hôpitaux :

Despierres, Guillemin, Kolher, Devant, Bégule, Janrot, Guinet, Pugeat, Jacquis, Coudert, Papillon, Lanier, Guillet, Jarricot, Peissel, Chavanne, Dury, Briand, Bailly-Salins, Eyraud, Marion, Duverne, Bourdillon.

2° Candidats admis à accomplir des suppléances d'internes :

Gallet, Bruni, Béraud, Métral, Roux, Philippe, Pellandra Garmier, Berthoye, Tignel, Tabusse, Bressot, Carriar, Geay, Brochier, Mazaré, de Chauvigny, Gay, Perreau, Francillon, Jeanjean, Rabatel, Grenot, Servelle, Barrié, Redon, Chattot, Lévy.

Faculté de Médecine de Paris. — *Travaux pratiques de physique.* (Série supplémentaire.) — Une série supplémentaire de travaux pratiques de physique aura lieu à partir du *jeudi 8 octobre 1936, à 13 h. 1/2.*

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants, dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconqpe.

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en physique avant la session d'examens d'octobre-novembre 1936.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 150 francs.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Ministère de la Défense nationale. — M. le médecin colonel Dircks-Dilly, sous-directeur du service de santé de la 18e région, a été nommé directeur par intérim du service de santé de la 5e région, à Orléans, à compter du 12 octobre 1936, en remplacement de M. le médecin général Couturier, placé, sur sa demande, à la même date, dans la position de disponibilité.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du Dr Pierre Dudouyt, sénateur de la Manche.

— La *Presse médicale* annonce la mort à Malaga du docteur Adolfo Bosch. Notre confrère a été cruellement martyrisé et assassiné par les anarchistes du Frente Popular.

— Les obsèques du commandant Jean Charcot et de ses compagnons ont eu lieu le 30 septembre, à la cathédrale de Reykjavik (Islande).

Les honneurs militaires ont été rendus par la marine danoise et les équipages français de l'*Aude* et de l'*Audacieux*. Le panégyrique de Charcot et de ses compagnons a été prononcé par l'évêque de Reykjavik. Les cuercueils ont été embarqués sur l'*Aude*, tandis que tous les navires en rade mettaient leur pavillon en berne.

CHRONIQUE

LE IVe CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

(Venise 29 septembre-2 octobre)

Le IVe Congrès de la Fédération de la Presse médicale latine vient de se tenir à Venise sous la présidence du professeur Davide Giordano, sénateur du Royaume d'Italie.

Ce fut un succès par le nombre et la qualité des congressistes, par l'intérêt soutenu des travaux, mais plus encore par la haute portée morale du congrès. En principe il s'agissait d'une réunion intime de journalistes médicaux latins. Le geste du Duce, désignant pour le représenter S. E. le comte de Vecchi di Val Cismon, ministre de l'Education nationale et l'un des « Quatre » de la Révolution, a marqué l'intérêt avec lequel est considérée, à Rome, cette réunion latine.

Les congressistes ont senti la valeur de cette bienveillance et ils ont adressé un télégramme de respect à S. M. le Roi et Empereur et un télégramme de gratitude et d'admiration à S. E. Benito Mussolini, chef du gouvernement.

La séance solennelle a eu lieu au Palais Royal dans la magnifique salle Napoléon, sous la présidence effective de S. A. R. et I. le prince Ferdinand de Savoie, duc de Gênes.

A sa droite, S. E. de Vecchi, ministre de l'Education nationale, S. E. le patriarche de Venise, le Comm. Pascolato, secrétaire fédéral, le Comm. Alvera, podestat de Venise et le professeur Saraval, secrétaire général du Congrès. A la gauche du Prince, S. E. Catalano, préfet de Venise, S. E. le procureur général, le professeur Giordano et le professeur Loeper, de Paris, fondateur de la Fédération latine.

Dans l'assistance, au premier rang, le professeur Morelli, le très éminent phtisiologue, secrétaire du syndicat national fasciste des médecins. Le professeur sénateur Nicola Pende (de Rome), le maître de l'endocrinologie, les professeurs Castiglione, Frugoni, Alfieri, Angelilli, Bobbio, Bocchetti, le sénateur Belfanti, Caccuri, Catterina, d'Ormea, Fabris, Gismondi, Giannini, R. Jemma, Piccinini, Pazzini, Rummo, Sciuti, Verney.

Parmi les Français : M. le professeur H. Hartmann, ancien président de l'Académie de médecine, M. Paul Strauss, ancien ministre de l'Hygiène, le professeur Noël Fiessinger, le professeur Lévy-Valensi, MM. Pierra, secrétaire général-fondateur et animateur de la Fédération latine. Julien Huber, Dumarest (d'Hauteville), le professeur David (de Lille), J. de Fourmestraux (de Chartres), le professeur Haman (de Nancy), le Dr Martiny, du comité France-Italie, le Dr V. Gardette, secrétaire général, et le Dr F. Le Sourd, président honoraire de l'Association de la Presse médicale française, les Drs Madinier, Roux-Dessarps-Baillière, Erlande. Le Canada français avait délégué l'éminent professeur Lesage (de Montréal). La Suisse était représentée par H. Tecon et Mistal ; la Belgique, par MM. Léopold Mayer, ancien président de la Fédération, Brohée et Tricot-Royer. Enfin nos amis roumains, mainteneurs fervents de la latinité, étaient venus nombreux avec le professeur Danielopolu, sénateur, président de l'Académie de médecine, avec le professeur Jacobovici, avec nos amis Pavel, Jonnesco. Mais hélas, il y avait un grand vide, celui causé par l'absence de nos confrères d'Espagne.

M. le président Giordano prend le premier la parole et célèbre la Presse médicale latine « drapeau de la fraternité latine ». M. Giordano explique ensuite les deux questions mises à l'ordre du jour : l'histoire de la Presse médicale latine et sa fonction sociale. En passant il dit ce qu'il pense — nous le pensons aussi — de la presse néfaste de vulgarisation.

M. Giordano rappelle enfin que c'est notre illustre maître M. Forgue qui à Bruxelles exprima un jour le vœu de voir la presse latine se réunir à Venise. M. Emile Forgue n'a pu venir, mais M. Giordano renouvelle ses conseils aux journalistes médicaux. « La presse — notre presse médicale en tête — doit veiller à conserver sa valeur *qualitative* ».

« La science sans conscience, disait un philosophe antique, est la ruine de l'âme. »

Le discours du président lui valut une formidable ovation.

Le professeur Loeper fit ensuite une remarquable conférence sur l'*Art et l'édition médicale.*

Nous y reviendrons prochainement ; en même temps, nous rendrons compte des rapports et des discussions ainsi que des fêtes, réceptions et excursions.

***

Nous ne voulons pas attendre davantage pour exprimer au professeur Giordano, aux professeurs Morelli, Pende, Saravat, notre gratitude pour l'accueil particulièrement amical que nous avons reçu d'eux.

Un voyage à Venise, même quand il fait le temps médiocre dont nous avons bénéficié, est toujours une chose exquise. Le séjour que nous venons de faire fut, certes, une fête pour les yeux et pour l'esprit, mais plus encore pour le cœur.

Nos confrères italiens, avec un sens profond des réalités, avec un tact plein de noblesse et d'élégance, ont passé sous silence certains nuages récents. Le professeur Giordano — dont l'affection pour ses amis de France n'a jamais varié — a été plein de prévenances pour les congressistes. Ce fut un charme pour tous de visiter Venise sous la conduite du Maître, de goûter la beauté, l'ordre, la tranquillité d'une ville où les gens travaillent et sont souriants, où tous ont la légitime fierté du merveilleux succès qui a couronné tant d'héroïsme.

A l'issue de la première séance, les congressistes sont allés à la Cá Littoria déposer une couronne sur le monument des martyrs de la Révolution.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

A CÉDER après décès laboratoire d'analyse méd. et cabinet de radiologie. Instal. et matér. import. et mod., éventuellement bail intéres. S'ad. Etude, 47, boul. Sébastopol, Paris.

EXISTE-T-IL UNE CAUSE ANATOMIQUE DE LA MIGRAINE

Par A.-C. GUILLAUME

A l'examen des faits cliniques, la migraine apparaît comme une affection faite *d'accès paroxystiques, espacés à intervalles variables*, apparaissant sur un *fond constitutionnel* que l'on peut définir en le nommant le *tempérament migraineux*. Ne fait pas un accès de migraine qui veut ; il faut, pour que l'accès se produise, *que les conditions déclanchantes de l'accès agissent sur un organisme préparé par des conditions constitutionnelles*. Il en est donc de la migraine comme de l'anaphylaxie, c'est une maladie faite de deux éléments : un élément intermittent, occasionnel et éventuel, agissant sur un élément terrain, occulte et permanent. Mais, à la différence du terrain anaphylactique, *il existe une part constitutionnelle héréditaire qui est absolument prédominante*.

Il reste à préciser la nature de cette part héréditaire constitutionnelle.

Constitution anatomique ou constitution pathologique

On pourrait dire, il est vrai, que toute la maladie migraineuse se résume en un accès migraineux, qui apparaît à intervalles éloignés ou rapprochés, tout comme le coryza, dont les accès successifs peuvent être rapprochés l'un de l'autre, bien qu'ils constituent, chacun, une manifestation morbide isolée. Cependant, par analogie avec le coryza, on peut admettre aussi que certaines dispositions anatomiques locales favorisantes facilitent l'apparition de l'accès de migraine et expliquent sa fréquence ; l'accès étant alors déclanché par des causes diverses qui trouvent, prête à leur action, une disposition anatomique. Or, on peut très bien considérer comme absolument différentes l'une de l'autre, une disposition anatomique, phénomène très simple, et une constitution morbide, phénomène très complexe.

Dans le coryza à répétition, on rapporte le trouble à l'existence d'une malformation nasale, une hypertrophie des cornets, une déviation de la cloison, déformations anatomiques qui prédisposent aux poussées infectieuses et fluxionnaires de la muqueuse nasale ; dans la migraine, on a pensé, de même, que certaines disproportions anatomiques cérébrales et craniennes sont l'explication de l'affection, et puisque les disproportions anatomiques peuvent être héréditaires, elles seraient du même coup une explication de l'hérédité de la migraine.

Pour expliquer cette disproportion cranio-encéphalique, on forme des hypothèses.

On attribue le trouble à une *disposition anatomique constitutionnelle anormale du crâne, à un manque de proportion entre la cavité cranienne et le contenu cranien*, dû, pour certains, à *un volume excessif du cerveau*, pour d'autres à *une exiguïté exagérée du crâne* et Schuller admet l'existence de cette disproportion comme le substratum anatomique de la migraine essentielle. Rudolph croit trouver la preuve de cette débilité anatomique dans la persistance de conditions infantiles. Accessoirement, on a fait remarquer, à ce propos, que la coexistence de l'hypertrophie cérébrale et de l'état thymolymphatique est un fait admis par beaucoup, en même temps que l'association de ces particularités à une irritabilité nerveuse organo-végétative et à d'autres anomalies constitutionnelles.

Cette disposition cérébrale favoriserait l'apparition des accès, qui seraient, eux-mêmes, le fait d'une brusque distension cérébrale. Cette disposition craniocérébrale particulière, n'est pas la seule prédisposition anatomique invoquée pour expliquer l'apparition de la migraine. Spitzer *attribue la migraine à une sténose (complète ou incomplète) du trou de Monro ou foramen ovale*, qui, de chaque côté, fait communiquer le ventricule latéral avec le ventricule médian, ou 3e ventricule, et cette sténose représenterait aussi le substratum anatomopathologique éventuel de la constitution migraineuse. Sous l'influence de modifications vasomotrices, telles qu'on les voit chez les individus névropathes, il se produirait une hyperémie et un gonflement des plexus qui, du fait de la sténose unie ou bilatérale, produirait une légère incarcération des plexus avec augmentation consécutive de pression dans le ventricule et distension cérébrale. Cette distension cérébrale serait la cause de l'accès.

La sténose *du trou de Monro* serait, d'après Spitzer, liée *à une prolifération conjonctive inflammatoire, qui créerait un épaississement, une rigidité, et rétrécirait l'orifice ou le rendrait difficilement dilatable*.

Disposition anatomique et conditions fonctionnelles

D'après Bauer, cette condition locale ne serait cependant pas le substratum véritable d'une constitution migraineuse, mais seulement *une disposition conditionnelle à la migraine*, disposition qui peut assurer la localisation d'une névrose organique (névrose des plexus choroïdes), disposition qui existerait simultanément à côté des anomalies constitutionnelles névropathiques. Pour qu'il y ait migraine, il faudrait *la réunion d'une condition locale anatomique et d'une condition générale névropathique*. La migraine serait, ainsi, un processus exsudatif, et par là se rattacherait soit à des *phénomènes vaso-moteurs*, soit à une constitution pathologique ou diathésique, en l'espèce, pour certains, la *constitution exsudative*.

On en revient, ainsi, à une hypothèse qui éloigne quelque peu de l'explication anatomique, puisqu'elle admet, associée à la malformation anatomique supposée, une constitution pathologique qui est véritablement une diathèse ; donc l'association d'un état constitutionnel permanent, plus ou moins occulte, qui existe et persiste dans l'intervalle des accès, non pas comme déformation anatomique locale, mais comme une déformation des humeurs, généralisée à tout l'organisme. On en vient à douter, dès lors, de l'existence de cette condition anatomique, et à se demander s'il existe, véritablement, en plus de la disposition naturelle constitutionnelle, une disposition anatomique. On est amené à constater qu'aucun fait probant ne vient imposer sans conteste cette notion de la disposition anatomique, et il est donc assez difficile, sans bonne volonté excessive, de rapprocher cette notion anatomique des particularités évolutives de la migrai-

ne, sans mettre, par là même, en évidence la discordance de ces deux processus.

La migraine apparaît généralement à l'âge de la puberté ; dans les cas héréditaires, elle peut survenir avant l'âge de 10 ans ; chez la femme, la première migraine coïncide souvent avec les premières menstruations. Il est rare que le premier accès migraineux se produise après l'âge de 30 ans. Chez l'adulte, la migraine peut s'atténuer, disparaître, ou continuer avec une fatigante régularité. Elle disparaît pendant la grossesse. Vers la ménopause, une migraine disparue depuis plusieurs années se manifeste souvent par une nouvelle phase active ; après la ménopause, la migraine s'atténue, s'espace, ou disparaît complètement.

Voilà les faits évolutifs. La condition anatomique est-elle compatible avec cette condition évolutive ? On admettrait volontiers que la disposition anatomique s'est constituée lentement pendant l'enfance ou à l'occasion des transformations pubertaires, pour porter ses effets lors des périodes de transformation et se manifester à cette occasion ; mais il est plus difficile d'admettre que de telles dispositions anatomiques régressent à la ménopause, ou, après avoir disparu pendant une longue période de l'âge adulte, réapparaissent à la ménopause. De telles dispositions anatomiques à éclipse sont peu dans l'ordre de ce que l'on constate. D'autre part, si l'hérédité explique très bien l'existence d'une lésion anatomique prédisposante, elle explique encore mieux l'existence d'une prédisposition constitutionnelle pathologique, et si la répétition, même très rapprochée, des accès, n'est pas incompatible avec l'hypothèse anatomique, elle est expliquée d'une façon beaucoup plus satisfaisante par l'intervention d'une prédisposition constitutionnelle, d'un terrain humoral.

L'élément anatomique n'étant pas cet élément variable, qui seul peut expliquer les modifications évolutives de la migraine, il faut donc, pour donner une valeur pratique à l'explication anatomique, faire intervenir d'autres éléments variables, eux-mêmes susceptibles de variations sous l'influence de conditions variables elles aussi avec l'âge et l'état physiologique ou pathologique de l'individu. Que devient, dès lors, la condition anatomique ? A coup sûr, un élément problématique, dont la présence cesse d'être indispensable, puisque tout, dans le processus de la maladie, peut apparaître et évoluer sans l'intervention du facteur anatomique.

Les crises fonctionnelles surajoutées aux dispositions anatomiques

En tous cas, sans l'intervention d'un facteur fonctionnel surajouté qui révélerait le facteur anatomique à la manière d'un révélateur photographique agissant sur une plaque préalablement impressionnée, ce facteur anatomique serait absolument inopérant.

Les tenants de l'hypothèse anatomique sont donc dans l'obligation de trouver d'ingénieuses hypothèses fonctionnelles de déséquilibre surajouté pour compléter leurs ingénieuses hypothèses anatomiques.

La distension cérébrale est le mécanisme auquel beaucoup attribuent la migraine, et cette distension cérébrale est rapportée à une fluxion des plexus choroïdes ou à une méningite séreuse.

Wieg von Wickenthal attribue cette vulnérabilité des plexus et de l'épendyme, qui produirait la méningite séreuse, à un processus infectieux ou toxique. Potzl attribue la distension cérébrale à une excitation des nerfs sécrétoires des plexus. Le glaucome a été comparé à la distension cérébrale et rapproché de la migraine dans ses causes. L'idiosyncrasie médicamenteuse serait attribuable également à un comportement troublé des tissus cérébraux et de l'irrigation tissulaire cérébrale. On a insisté sur les rapports de la distension cérébrale, relativement fréquente dans la démence précoce, et du terrain dégénératif de l'état thymo lymphatique et infantile.

On a considéré aussi la migraine comme une des expressions cliniques des *syndromes exsudatifs paroxystiques* qui apparaissent sur le terrain de fond sympathico-endocrinien créé par la *diathèse exsudative de Czerny ;* d'autres manifestations paroxystiques de cette diathèse seraient *l'œdème de Quincke, l'urticaire, l'asthme, les hydrops articulaires ou tendineux, l'entérocolite muco-membraneuse, l'herpès récidivant,* nombre de *névroses vasomotrices* et les *œdèmes transitoires aigus.* Les différentes formes épisodiques paroxystiques se remplaceraient éventuellement dans des alternances et des vicariances morbides, qui expliqueraient la coexistence de ces divers troubles chez un même individu. Cette diathèse exsudative aurait pour substratum constitutionnel une insuffisance congénitale du système sympathique et des glandes endocrines de type accélérateur.

Flatau, qui admet la théorie de Quincke de l'hydrocéphalée angioneurotique, attribue la cause de celle-ci à des troubles endocriniens, constituant une diathèse neurotoxique congénitale, et insiste sur les rapports de la migraine et des précipitations articulaires goutteuses ; il pense également à une débilité associée de certaines parties du système nerveux central, débilités locales qui expliqueraient les symptômes de la migraine et certaines de ses associations, par la participation de certaines de ces parties chez certains migraineux (troubles optiques, auditifs, paralysies).

La turgescence hypophysaire

De telles hypothèses successives, hypothèses en cascades, l'une soutenant l'autre, toutes bâties pour la nécessité de donner un argument à l'explication anatomique, rendent cette explication improbable. Mais l'idée anatomique n'en a pas moins été reprise sous une autre forme, celle de *la turgescence hypophysaire.*

Le gonflement passager de l'hypophyse et les compressions qu'il produirait, seraient pour certains l'explication de l'accès migraineux et des symptômes de cet accès. La migraine ne serait, alors, rien autre chose *qu'un accès paroxystique de céphalée hypophysaire.*

Avant de discuter cette hypothèse hypophysaire dans son essence même, il faut faire remarquer que même exacte, cette explication anatomique ne résoudrait pas le problème de la migraine, car, si l'hypophyse, par ses variations de volume, pouvait expliquer l'accès migraineux, il resterait encore à expliquer le pourquoi de la modification hypophysaire, et cela ne serait pas aisé.

En 1900, von Beyl a fait remarquer que la douleur de la migraine occupe le filet sus-orbitaire du rameau ophtalmique du trijumeau ; il attribue donc la douleur à une altération de ce filet lors de son passage, au voisinage de l'hypophyse, dans la paroi latérale du sinus caverneux, au contact de la carotide interne. L'hypophyse, située entre les deux sinus caverneux et les carotides internes, peut agir ainsi des deux côtés. Dans la plupart des cas il existe, entre l'hypophyse et la carotide, un espace libre ; dans la minorité des cas, la glande et l'artère sont au contact et se dépriment mutuellement. Ayant constaté, dans la partie latérale de l'hypophyse, une formation caverneuse, Beyl attribue l'accès migraineux à la turgescence de cette portion caverneuse et explique cette turgescence par une augmentation de l'afflux sanguin au cerveau. La turgescence de l'hypophyse produit également une compression du nerf ophtalmique du trijumeau contre la dure-mère. Enfin, s'il se produit simultanément une réplétion du sinus caverneux par le sang veineux, la douleur est de ce fait augmentée. Le traitement de la migraine deviendrait simple, il serait alors, surtout, le traitement de la circulation veineuse céphalique : éviter la compression des veines du cou, massage des veines de la face ; le sommeil, en réduisant l'afflux sanguin encéphalique, réduit aussi l'accès. Les constatations anatomiques de Beyl l'amènent à conclure qu'il existe, chez les sujets n'ayant jamais souffert de céphalées, un espace entre la carotide et l'hypophyse, et, au contraire, chez les migraineux, une grosse hypophyse au contact de la carotide, et comme dans beaucoup de cas l'hypophyse est déviée latéralement, la compression est surtout unilatérale, ce qui explique la plus grande fréquence ou l'unilatéralité de la migraine chez certains patients.

Beyl a étendu sa conception de la turgescence hypophysaire à d'autres états. Il trouve un argument à l'appui de sa théorie dans les cas de tumeurs hypophysaires et d'acromégalie qui évoluent avec les symptômes de la migraine ophtalmique. Et ces faits ont été soutenus par d'autres, en particulier par Timme qui constate des modifications d'aspect acromégalique ou de gigantisme chez les migraineux. Beyl trouve les mêmes rapports entre la carotide et l'hypophyse chez les sujets ayant eu, pendant leur vie, des phénomènes d'épilepsie, d'hystérie, de mélancolie, de paralysie générale, et il pense que cette disposition anatomique est en rapport non seulement avec la migraine, mais avec d'autres névroses, elle constitue le *status hemicranicus* qui expliquerait les processus héréditaires de ces affections et leurs rapports de parenté :

L'hypothèse de Beyl a été reprise par von Plavec en 1907 : la migraine ophtalmique, comme la simple hémicranie, a pour origine une affection locale de la base du crâne, et pour cause un gonflement périodique de l'hypophyse, produit lui-même par des influences vasomotrices autorégulatrices et surtout la stase veineuse. Von Plavec constate une congestion de la conjonctive du côté de la céphalée de la migraine.

Dans la migraine simple, le gonflement est total ou bien unilatéral, dans la migraine ophtalmique, le gonflement est unilatéral ou même dû à une dislocation ou à une difformité préexistante de l'hypophyse.

Sans la prédisposition anatomique, la migraine ordinaire ne peut devenir ophtalmique. La compression exercée par l'hypophyse sur les tissus voisins, en particulier le plexus caverneux du sympathique et, quand les dispositions anatomiques le permettent, l'oculomoteur commun, explique les symptômes, en particulier les douleurs, les vomissements, les paralysies oculaires transitoires, les irradiations douloureuses des accès, qui seraient ainsi du névralgisme sympathique. Les vomissements seraient un trouble de l'ordre de ceux observés dans les lithiases biliaires ou rénales, le glaucome ou les traumatismes des testicules. Par une combinaison des effets exercés sur les nerfs locaux et le sympathique, von Plavec explique tout l'accès migraineux, les douleurs étant expliquées par des compressions modérées, les paralysies qui se produisent ensuite étant expliquées par des compressions plus fortes sur les tissus sous-duraux, et la périodicité des accès est expliquée par des gonflements périodiques de l'hypophyse. Von Plavec accepte l'hypothèse de Beyl sur l'hypertrophie hypophysaire et ses rapports avec la carotide.

L'hypothèse hypophysaire, oubliée pendant longtemps, a été reprise il y a peu de temps par Fisher (1919), Hodges (1923), Hartung (1930), enfin par Sédillot et par Etienne, Drouet et Gault, qui, dans une observation, ont constaté l'existence d'une migraine avec rétrécissement du champ visuel pour le blanc et le rouge pendant l'accès. Ils concluent de ce fait à la possibilité d'une compression hypophysaire. Cependant, il semble bien difficile d'attribuer ces minimes modifications du champ visuel à une compression hypophysaire, et d'autres explications peuvent être données de ces modifications de la vue ; tout comme dans le cas des observations de Curshman d'ailleurs.

Certes, le névralgisme facial, surtout sus-orbitaire, est, avec les scotomes, les troubles de la vue et les troubles digestifs, un symptôme habituel des accès migraineux ; d'ailleurs, il accompagne et, surtout, suit l'accès, comme une suite traînante et non pas un phénomène initial ; il n'est pas besoin de compression pour expliquer la production de ces troubles (névralgisme, troubles visuels, vomissements), les simples modifications nerveuses et vasomotrices suffisent et, pendant l'accès migraineux, on constate beaucoup de ces modifications nerveuses et vasomotrices similaires dans des territoires d'où l'action hypophysaire est absolument exclue. D'autres arguments réduisent, d'ailleurs, à bien peu l'hypothèse hypophysaire.

Sans que cette remarque ait une valeur absolue, on peut dire qu'il est au moins rare de constater des signes d'hyper ou de dyspituitarisme caractérisé (gigantisme, acromégalie, infantilisme, obésité hypophysaire), coïncidant avec la migraine. Parmi mes observations de cas de migraine, la taille moyenne des migraineux ne différait pas de la taille moyenne des malades toutes catégories.

L'obésité, observée dans certains cas en coïncidence avec la migraine, n'était pas une obésité hypophysaire, enfin l'état génital n'évoquait pas l'idée d'une lésion de l'hypophyse. Dans deux cas seulement, sur 64 migraineux étudiés complètement, il y avait une possibilité d'atteinte hypophysaire. Une femme avec

acromégalisme, un homme petit de taille avec obésité de type hypophysaire.

Dans un de ces cas, chez l'homme, il était beaucoup plus probable, d'ailleurs, qu'il s'agissait de troubles produits par une atteinte des centres végétatifs supérieurs, atteinte qui était associée à la migraine. Chez plus de 120 migraineux examinés ultérieurement (près de 200 patients en tout), il n'y avait aucune preuve d'une affection hypophysaire. Et, dans les cas où il a été possible de faire une radiographie de la selle turcique, celle-ci est apparue normale chez les migraineux. A l'inverse, dans un certain nombre de cas où l'atteinte hypophysaire était probable, sinon cliniquement certaine (acromégalie, gigantisme), il n'y avait pas de migraine.

De plus, j'ai pu explorer complètement deux familles dans lesquelles la taille des individus était anormalement haute, et constituait presque du gigantisme ; on constatait d'ailleurs, chez certains sujets de ces familles, les déformations que l'on peut rattacher au gigantisme et aux troubles de l'hypophyse. Il m'a été possible de suivre ces familles pendant quatre générations. Chez aucun des membres de ces familles, on ne constatait de migraine, ni même de céphalée habituelle.

Même si on fait la part très large aux atteintes hypophysaires, englobant parmi ces atteintes des syndromes que tout permet d'attribuer aux centres végétatifs du plancher du troisième ventricule et des parties voisines, on est donc amené à constater l'extrême rareté des symptômes hypophysaires chez les migraineux.

Fait de haute importance, l'observation des migraines montre leur rareté ou leur disparition après la ménopause, alors que les tumeurs hypophysaires et l'acromégalie existent à cet âge. L'hypothèse hypophysaire est donc contredite par toutes ces constatations, elle l'est aussi par la disparition habituelle de la migraine pendant la grossesse, période pendant laquelle il existe un hyperfonctionnement de l'hypophyse.

Quant à la prédisposition créée par une hypothétique dislocation, une déformation unilatérale ou une inclinaison latérale de l'hypophyse, et les rapports de cette prédisposition avec l'unilatéralité de l'hémicranie, il faudrait, pour l'admettre, constater, dans la migraine, la constance de la latéralisation de cette hémicranie. La théorie hypophysaire n'explique pas non plus l'aura qui précède si souvent l'accès migraineux. Enfin, dans les tumeurs de l'hypophyse, la céphalée n'a pas d'une façon habituelle le caractère de la céphalée migraineuse et les autres manifestations de l'accès migraineux ne sont pas parmi les symptômes habituels de ces lésions. D'ailleurs, dans ces cas, la céphalée n'est même pas absolument constante.

Il est vrai que les recherches de Riley, Brickner et Kazrok, celles de Drouet, Mathieu et Collesson font reconnaître, dans les urines des patients, soit au moment de l'accès, soit autour de l'accès, des substances sécrétées par l'hypophyse, mais aucune de ces constatations, même précisées, ne permettra de conclure à l'existence possible d'une augmentation de volume de l'hypophyse.

Causes anatomiques et influences fonctionnelles

Beaucoup d'ingéniosité et plus encore d'imagination a donc contribué à créer des théories anatomiques de la migraine ; pour habiles que soient ces théories, elles heurtent cependant trop de constatations cliniques pour que l'on puisse en accepter l'enseignement comme un fait. Sans l'aide d'une théorie fonctionnelle superposée, la théorie anatomique devient même une machine inerte, incapable d'expliquer les accès caractéristiques de la migraine, et si l'on fait intervenir ces influences fonctionnelles intermittentes qui expliquent les accès, plus n'est besoin, alors, d'admettre la théorie anatomique, dont l'utilité n'apparaît plus. Inutile dans le raisonnement physiopathologique, le facteur anatomique pourrait exister malgré tout comme un fait réel, s'il avait été constaté, mais la constatation manque et l'hypothèse anatomique est contredite par trop de bonnes raisons pour que l'on soit tenté de l'admettre.

S'il existe une disposition anatomique héréditaire expliquant l'apparition de la migraine, il faut chercher cette disposition dans une particularité tissulaire beaucoup plus que dans l'anomalie d'un organe ou dans de grossières malformations anatomiques.

EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ GÉNÉRALISÉ AU COURS DE L'ÉVOLUTION D'UNE ROUGEOLE NORMALE

Par MM. JEAN FERRAND et M. TURLOTTE,
Médecin et interne de l'hôpital Saint-Joseph.

Le vendredi 12 *juin* 1936 entre dans le service des contagieux de l'Hôpital Saint-Joseph une fillette âgée de 6 ans et atteinte de rougeole. A l'examen pratiqué le matin on constate :

— Une éruption maculeuse typique généralisée atteignant la face, le thorax, l'abdomen et la racine des cuisses. Quelques macules existent au niveau des membres supérieurs et inférieurs.

— L'énanthème est en voie de régression ainsi que le catarrhe.

— La malade tousse peu. L'examen de l'appareil pulmonaire est entièrement négatif. On ne perçoit même pas les petits râles humides des deux bases si fréquents au cours de la rougeole.

— Signalons pour être complet l'existence d'un peu de vulvite.

— La température est à 39°. Le pouls à 110. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Au total, nous portons le diagnostic de rougeole banale sans aucune complication et parvenue vraisemblablement au 6e jour de la maladie.

Le samedi 13 *juin* nous sommes étonnés de nous trouver en présence d'une enfant au faciès manifestement bouffi. La fillette est assise dans son lit, la tête enfoncée dans les épaules ; le thorax volumineux paraît comprimé dans une chemise trop étroite. On nous raconte l'*histoire suivante :*

La veille (12 juin, jour de l'entrée de la malade à l'hôpital), vers 3 heures de l'après-midi, l'infirmière de garde remarque que le cou de l'enfant paraît grossir. La fillette tousse et semble gênée pour

respirer. Rapidement la tuméfaction gagne les régions claviculaires, puis le thorax, en même temps que le cou prend des proportions prodigieuses et que les phénomènes asphyxiques s'accentuent.

L'interne de garde constate :

— Un *emphysème sous-cutané* manifeste.

— Cet emphysème prédomine au niveau du cou et du thorax. Il donne l'impression de gagner tout le corps. La face n'est pas indemne.

— La crépitation neigeuse est très facilement perçue.

— L'auscultation ne donne aucun renseignement.

— L'enfant est dyspnéique violacée, le pouls rapide (130), la température élevée (39°5).

— On prescrit une thérapeutique tonicardiaque (Digitaline, huile camphrée).

— En raison de l'asphyxie menaçante on fait pratiquer une injection d'oxygène sous-cutanée là où il n'y a pas d'emphysème : 400 cc. environ sont injectés en 2 fois (5 h. et 7 h.) sous la peau de la cuisse gauche. Tels sont les événements qui se sont passés le 12 au soir.

A l'examen que nous pratiquons le 13 juin au matin nous constatons :

Un emphysème sous-cutané des plus typiques. Il atteint :

— La face (joues, lèvre supérieure, paupières) avec prédominance à gauche ;

— Le cou ;

— Le thorax ;

— L'abdomen, pour s'arrêter à la racine des cuisses.

En arrière il s'étend à la nuque, au dos, aux régions lombaires.

Les membres supérieurs ne sont pas indemnes et il est possible de percevoir la crépitation neigeuse sur la face antérieure des avant-bras.

Au niveau de la cuisse gauche, là où fut pratiquée l'injection d'oxygène, *il n'y a plus trace de tuméfaction* et on ne perçoit *aucune crépitation.*

Par ailleurs, il n'existe plus de phénomènes dyspnéiques. La fillette se meut dans son lit sans aucune gêne respiratoire ; son teint n'est pas le moins du monde cyanosé.

L'auscultation ne renseigne pas sur l'état des poumons : elle ne permet d'entendre que la crépitation de l'emphysème sous-cutané. Toutefois on constate que la malade tousse beaucoup : toux férine de la rougeole. Le pouls est à 100. La température à 38°5.

Seule la thérapeutique tonicardiaque est maintenue, on y adjoint de l'aéthone pour calmer la toux.

Le soir du 13 juin : même état. Aucune gêne respiratoire. La fillette joue dans son lit. Le cœur est rapide, mais régulier. Le pouls bat à 120. La température marque 39.

Le dimanche 14 *juin,* l'emphysème sous-cutané persiste. Toutefois il semble régresser au niveau des paupières et des joues ; mais il est encore très étendu au cou, au thorax et dans le dos. La température décroît et se maintient autour de 38°.

Le lundi 15 *juin :* un examen radioscopique est pratiqué :

— On ne voit aucune image de pneumothorax ;

— Aucun déplacement médiastinal ;

— L'ombre cardiaque paraît un peu élargie au profit des cavités droites.

Il est curieux de constater le véritable « soufflage » de la peau dû à l'emphysème et se manifestant à la radiographie par une ligne claire séparant l'ombre des plans superficiels de celle des plans profonds. Cette ligne est très nette au niveau du cou et des bras.

Les 16, 17, 18 *juin,* on assiste à une régression progressive de l'emphysème. La température retombe à la normale. L'état de l'enfant est tout à fait rassurant. Elle est sortie de l'hôpital guérie le 25 juin.

Antécédents. — Nous n'avons à signaler parmi les antécédents de cette enfant qu'un seul fait : elle a eu la coqueluche en 1932. Les quintes étaient peu fréquentes.

Cette observation nous a paru intéressante :

L'emphysème sous-cutané généralisé au cours de l'évolution d'une rougeole sans aucune complication pulmonaire apparente est en effet une rareté. Il faut bien pour l'expliquer imaginer le même mécanisme que pour la coqueluche : rupture alvéolaire à l'occasion d'un effort de toux et passage de l'air dans les espaces sous-cutanés à la faveur d'une fistule pleuro-pulmonaire avec adhérences pleurales.

Il ne semble pas dans le cas présent que l'injection d'oxygène sous-cutanée doive être retenue à l'origine de cet emphysème généralisé. L'emphysème au niveau du cou et de la partie supérieure du thorax a été constaté par l'interne de garde et par la sœur avant que ne soit pratiquée l'injection d'oxygène. De plus, lors de notre examen du 13 juin, nous n'avons plus constaté la trace de tuméfaction ni de crépitation au lieu d'injection de l'oxygène, alors que l'emphysème persistait et était même à son acmé, au niveau du cou, du thorax et du dos.

C'est parce que nous sommes persuadés de l'origine pathologique de cet emphysème sous-cutané généralisé constaté au cours de l'évolution d'une rougeole que notre observation nous a paru mériter d'être rapportée.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LE RÉGIME DANS LE DIABÈTE DE L'ENFANT

par L. BABONNEIX
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, on peut (Bouchardat et Rathery) distinguer deux variétés de diabète sucré : une *simple*, où, par simple restriction des hydrates de carbone, on peut faire disparaître le sucre des urines ; une *consomptive*, où cette réduction, si poussée soit-elle, ne fait pas disparaître la glycosurie, mais on se rappellera que, dans le jeune âge, le diabète tend toujours et rapidement à devenir consomptif (Rohmer).

Diabète simple. — Le régime consiste à rendre le sujet aglycosurique ; à lui donner le maximum d'hydrates de carbone qu'il peut assimiler et à assurer la ration de développement et d'entretien.

1° Réduction de la glycosurie. — La réduction de la glycosurie doit toujours être obtenue progressivement.

Aliments permis (par ordre alphabétique) :

Condiments. — Moutarde, poivre, raifort. *Légumes :* le

plus possible, accommodés au beurre ou à la graisse (asperge, chicorée, choucroute, choux-fleurs, concombres, cresson, endives, épinards, haricots verts, laitue, mâche, pissenlit, scarole). Choux, choux de Bruxelles, poireaux, blanchis à grande eau bouillante et bien égouttés. Pour les salades, beaucoup d'huile, peu de vinaigre. *Fromages. Graisses*, beurre, crème fraîche, *huile. Œufs. Pains* de gluten ou d'amandes, en très petite quantité. *Viandes :* toutes, y compris le bouillon de viande, sauf le foie et les morceaux gélatineux. *Desserts :* quelques amandes, noix, noisettes.

Boissons permises. — Vin rouge très étendu ; eau d'Alet, d'Evian, de Vals ou de Vichy ; café et thé non sucrés.

Aliments défendus. — Carottes, châtaignes, chocolat, confitures, farines et farineux (pommes de terre), fruits, légumes secs (fèves, haricots, lentilles, marrons, pois) ; miel, navets, oignons, pain, pâtes (macaroni, semoule, vermicelle), pâtisseries, radis.

Boissons défendues. — Bière, boissons gazeuses, café sucré, cidre, lait, limonades, thé sucré, vin de champagne.

2° POUR DONNER AU SUJET LE MAXIMUM D'HYDRATES DE CARBONE QU'IL PEUT ASSIMILER, on se rappellera que chaque diabétique a son coefficient personnel d'utilisation hydrocarbonée : coefficient quantitatif et qualitatif. Il est très important de le connaître, afin de donner au malade le maximum d'hydrates de carbone qu'il peut assimiler.

La recherche de ce coefficient d'utilisation se fera en prescrivant au diabétique rendu aglycosurique une quantité progressivement croissante d'un même aliment féculent et en examinant ses urines. Chaque prise supplémentaire se fera par périodes de cinq jours.

En se reportant à des tables indiquant le pourcentage en hydrates de carbone des différents aliments par rapport à celui qu'on a choisi pour faire des essais, on pourra établir un certain nombre de menus valables pour le malade seul.

Il y a intérêt cependant à ce que ses parents sachent rechercher la présence du sucre dans les urines, afin de contrôler fréquemment l'action des différents aliments ingérés (Rathery).

3° ASSURER LA RATION D'ENTRETIEN, en surveillant le poids du corps et la composition des urines.

Diabète consomptif. — Bien que le régime qui lui convient soit encore discuté, on s'accorde sur les points suivants :

1° *Ne procéder à aucune variation alimentaire brusque ;*

2° *Ne pas chercher à faire disparaître la glycosurie ;*

3° *Eviter de donner simultanément de grandes quantités d'albumine et d'hydrates de carbone ;*

4° *Se fonder bien plus sur les résultats obtenus que sur des considérations théoriques* pour prescrire :

Un régime alternatif : un ou deux jours riches en albumines (lait, albumines végétales), pauvres en hydrates de carbone, avec des jours riches en hydrates de carbone (pain, féculents), pauvres en albumine ;

Une cure de jeûne (Guelpa), à base d'eau, bouillon, café, thé, additionnés d'alcool, soit pure, soit mitigée (en ajoutant au régime un peu de graisse et très peu de viande), et en ne la prolongeant pas plus de deux jours. A cette cure on pourra ajouter une purgation. Ces *cures de jeûne*, faites avec prudence, seraient particulièrement indiquées dans les trois cas suivants : menaces de coma ; existence d'une complication nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence ; existence d'une acidose intense, que l'on n'a pu réduire d'aucune façon.

Les considérations précédentes, applicables à tout âge, doivent être adaptées à l'enfant. Pour le professeur Nobécourt et M. P. Ducas (1), il faut :

1° Dans la mesure du possible, *prescrire un régime alimentaire qui ait une valeur calorique voisine de celle qui convient à des enfants normaux de même poids ;*

2° *Tenir le plus grand compte* de l'état général, du poids, des symptômes principaux, de l'évolution du mal, de l'appétit du malade, de l'état de ses fonctions digestives, etc.;

3° *Se garder des régimes trop sévères*, surtout chez les malades soumis au traitement par l'insuline. Puisqu'on ne peut donner aux petits diabétiques de grosses quantités d'hydrates de carbone, le seuil de tolérance de ces substances étant vite atteint, comment s'y prendre pour qu'ils aient le nombre suffisant de calories ?

a) *En augmentant la quantité de protides*, comme le soutient l'Ecole des Etats-Unis et, en France, le professeur Marcel Labbé.

Le régime doit contenir la quantité de protides capables de fournir de 10 à 15 % des calories nécessaires.

Le reste de la ration sera représenté par des lipides et par des glucides, dans la proportion de $\frac{1,5}{1}$ ou de $\frac{1,75}{1}$, le numérateur correspondant aux premiers, le dénominateur aux seconds, ce qui fait de 1 à 5 grammes de glucides par kilogramme, pour 7,5 de protides et 15 de graisses.

MM. Nobécourt et P. Ducas reprochent à ce régime sa monotonie et son incapacité à assurer une croissance suffisante ;

b) *En augmentant la quantité des graisses, au détriment des albumines :* méthode dangereuse, à moins d'augmenter sensiblement les doses d'insuline, ce qui n'est pas sans inconvénients ;

c) On a aussi recommandé les *régimes de restriction :* cures de légumes, d'avoine, de lait ; cures de jeûne de un à deux jours (Guelpa), toutes méthodes risquant, chez l'enfant, de provoquer l'acidose, et dont doivent s'abstenir les médecins non spécialisés. N'a-t-on pas remarqué que, chez certains petits diabétiques cachectiques en imminence de coma, le sucre donne de bons résultats (P. Nobécourt, Chabanier, Leber et Lobo-Onell) ?

d) Mieux vaut se contenter de *régimes mixtes*, où l'on donne une certaine quantité d'hydrates de carbone, le chiffre théorique de 5 grammes par kilogramme (Mouriquand et Charleux) constituant un maximum qu'il est souvent préférable de ne pas atteindre (Marcel Labbé). On se rappellera que :

1° Des divers aliments, les plus riches en hydrates de carbone sont les farines de légumineuses (82 à 87 %), puis, par ordre, le riz (78 %), les farines de céréales (65 à 75 %), les légumes secs (55 %), le pain (50 %) ;

2° Certaines albumines (laits, viandes) sont très cétogènes, alors que d'autres ne le sont pas (œufs, légumes secs).

Régime pour enfant diabétique de 8 ans, calculé pour une tolérance de 60-70 grammes d'hydrates de carbone et une valeur énergétique de E.LQQ *calories.* (E. Azérad).

		Protides	Graisses	hydrates de carbone	Calories
Viande	100 gr.	20	20	»	250
Oeufs	2 gr.	15	15	»	170
Légumes verts, salade	400 gr.	3	1	15	120
P. de terre	100 à 150 gr.	3	»	30	135
Beurre	30 gr.	»	25	»	225
Fromage frais ou crème fraiche	30 gr.	2	10	»	100
Lait	150 gr.	5	6	7	90
Fruits	100 gr.	»	»	12	50
Pain de gluten à 7 % d'HC		15	10	3	150
		63	87	67	1.290

(1) P. NOBÉCOURT et P. DUCAS. Le diabète sucré des enfants, *Traité de médecine des enfants.* Paris, 1935, in-8°, p. 282.

REVUE DES THÈSES

Les hydrocéphalies aiguës et subaiguës d'origine otique, Accidents méningés otogènes purement hypertensifs (1) par Robert BOURGEOIS.

Dans le cadre trop vague des méningites séreuses, il convient de distinguer certains accidents hypertensifs intracraniens, que l'on peut voir survenir au cours des otites, et qui sont caractérisés par un liquide céphalo-rachidien albumino-cytologiquement normal.

Nous les avons nommés hydrocéphalies otitiques.

Ces hydrocéphalies constituent une complication rare des otites aussi bien aiguës que chroniques.

On les rencontre surtout au cours de la première enfance et de l'adolescence, mais on peut aussi les observer chez l'adulte.

Anatomiquement, elles sont caractérisées par de l'œdème cérébral et par une accumulation de liquide céphalo-rachidien normal, soit au niveau de la corticalité cérébrale et cérébelleuse : hydrocéphalie corticale diffuse ; soit au niveau des ventricules : hydrocéphalie interne ou ventriculaire ; soit au niveau de la fosse postérieure ou même à une portion de cette fosse postérieure.

Ces accidents sont sans rapport apparent avec l'importance des lésions osseuses auriculaires ; le plus souvent, il s'agit même de lésions atténuées.

Ces hydrocéphalies pourtant sont plus graves et surtout plus durables s'il y a eu exclusion d'un ou des deux sinus latéraux.

Ces accidents hypertensifs semblent bien être sous la dépendance de phénomènes purement vaso-moteurs, et absolument comparables à ceux que l'on observe à la suite des traumatismes craniens.

La vaso-dilatation veineuse, l'œdème cérébral et l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien en sont le stade initial. Les accidents évoluent ensuite mécaniquement, le liquide céphalo-rachidien hypersécrété ne pouvant se résorber tant que persistent les troubles de la circulation veineuse eux-mêmes entretenus par l'œdème cérébral et l'accumulation du liquide.

Les blocages ventriculaires, les blocages de la fosse postérieure, sont eux aussi purement mécaniques.

Seuls certains kystes de la fosse postérieure semblent avoir une origine mixte, où les cicatrices arachnoïdiennes jouent un rôle important.

Le foyer auriculaire déclanche les troubles vaso-moteurs par un processus difficile à élucider: toxique infectieux ou réflexe. Mais ce foyer auriculaire est bien le point de départ des accidents puisqu'il suffit parfois de traiter seulement l'oreille pour les faire cesser à jamais.

Ces hydrocéphalies surviennent sans doute chez des sujets prédisposés déjà par un certain déséquilibre vaso-moteur.

Cliniquement ces accidents évoluent de façon aiguë en un ou plusieurs paroxysmes qui déterminent des symptômes d'hypertension intra-cranienne dont l'élément le plus constant est la céphalée, et qui peuvent aller jusqu'au coma.

Les hydrocéphalies corticales diffuses et les hydrocéphalies ventriculaires s'accompagnent pratiquement toujours de modifications importantes du fond d'œil, allant de la simple hyperémie papillaire à la stase parfois assez importante pour laisser des séquelles définitives pour la vision.

Les kystes de la fosse postérieure, qui ont une évolution en général plus chronique, peuvent ne pas entraîner de modification du fond d'œil.

Le diagnostic de ces hydrocéphalies se pose surtout avec l'abcès du cerveau ou du cervelet.

Ce diagnostic est tranché essentiellement par l'examen albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien et par l'évolution favorable des accidents. La ventriculographie peut être également d'un précieux secours, en particulier dans les formes subaiguës ou chroniques.

Il faut, au point de vue thérapeutique, commencer toujours par la cure du foyer infectieux primitif.

La ponction lombaire, par l'issue de liquide céphalo-rachidien qu'elle provoque, amène une guérison rapide dans de nombreux cas. Mais elle peut être dangereuse dans les grosses hypertensions et inefficace dans les hydrocéphalies cloisonnées.

On lui préférera alors des interventions agissant plus directement sur l'hypertension intra-cranienne :

Soit ponction de la dure-mère cérébelleuse en avant du sinus latéral pour vider la citerne protubérantielle distendue ;

Soit incision et drainage des espaces sous-arachnoïdiens au niveau de la fosse temporale ;

Soit simple trépanation décompressive suivant Cushing ;

Soit ponction ventriculaire qui n'agira que sur les seules hydrocéphalies enkystées ventriculaires.

Les solutions glucosées hypertoniques intraveineuses, les rayons X sur les plexus choroïdes, sont d'excellents moyens thérapeutiques adjuvants.

(1) *Th. de Paris*, 1936. — **Paris, Masson et Cie.**

PRATIQUE MÉDICALE

OBÉSITÉ JUVÉNILE FAMILIALE

C'est une intéressante observation, rapportée par M. Monnerot-Dumaine, ancien interne des Hôpitaux de Paris, dans *la Pratique Médicale* (1).

Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans, qui pèse 117 kg. 600 et mesure 1 m. 67. Son obésité a été jusqu'ici irréductible. Après une série d'examens qui ne révèlent aucune tare endocrinienne ou organique nette, l'auteur entreprend la cure dinitrophénolique (1 comprimé par 10 kg. de poids), associée à un régime assez sévère. En un mois, il maigrit de 17 kg. sans aucun incident.

Après quinze jours de repos, il reprend le traitement et, en quatre mois, maigrit de 30 kg.

Un arrêt trop prolongé amène une augmentation de quelques kilogrammes, que le jeûne réduit facilement.

Enfin, le malade se stabilise grâce au dinitrophénol au poids de 84 kg. 550, sans autre inconvénient qu'une ptose mammaire telle qu'il envisage une opération esthétique.

En résumé, cette obésité juvénile familiale, rebelle à toute autre thérapeutique, a facilement cédé au Dinitra et au régime.

L'auteur rappelle la grande marge de sécurité qui existe entre les doses thérapeutiques (3 mgr. par kg.), les doses toxiques (30 mgr.) et les doses mortelles (50 mgr.), et il conclut que le dinitrophénol « donne des résultats si intéressants qu'il doit être admis en bonne place dans l'arsenal thérapeutique ».

Les comprimés de Dinitra sont dosés à 0 gr. 036. Il convient d'en donner 1 par 10 kg. (sauf les premiers jours).

(1) *Pratique Médicale*, p. 24, Mai 1936.

LIVRES NOUVEAUX

Le traitement de la fièvre jaune (1), par le docteur Pierre Mollaret, médecin des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

L'étude de la fièvre jaune est de toute actualité, depuis que s'affirme sans cesse plus grand le domaine de ses formes endémiques et depuis que l'aviation a créé des risques de dissémination infiniment plus sérieux que ceux dus à la navigation, et cela tout particulièrement pour les continents baignés par l'Océan Indien. Ainsi se justifie cet ouvrage, nourri aux meilleures sources de la clinique et de la microbiologie, puisque l'auteur est à la fois médecin des hôpitaux et chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

La première partie est consacrée au traitement curatif, que l'auteur défend malgré le scepticisme de beaucoup. Reprenant, selon les conceptions analytiques modernes, l'étude de la physiopathologie du typhus amaril, M. Mollaret définit tout d'abord le traitement symptomatique. Celui-ci comporte des prescriptions générales, telle la saignée (bienfaisante pour le jauneux, mais dangereuse pour le médecin), des méthodes de révulsions cutanées, des médications digestives, etc... Il comporte surtout des prescriptions spéciales d'un intérêt réel. C'est ainsi que, pour l'atteinte rénale, peut être tentée une lutte efficace contre l'acidose rénale et contre les troubles du métabolisme chloruré. De même l'atteinte hépatique doit être traitée, ou mieux prévenue, par l'opothérapie, la lipasothérapie, l'insulinothérapie, la lutte contre l'hypoglycémie et contre les perturbations des amino-acides. Tout ce traitement doit être complété par un traitement anti-infectieux, réalisé moins par la pharmacopée traditionnelle des indigènes, que par la sérothérapie spécifique (sérum de convalescent et surtout sérum équin du professeur Pettit).

Le traitement prophylactique doit connaître actuellement une révision profonde. Aux conceptions des modalités de transmission classiques, il faut ajouter les notions d'insectes vecteurs autres que la stégomyie, et de réservoirs de virus autres que l'homme atteint de fièvre jaune. Aussi la lutte contre les moustiques et l'isolement des jauneux apparaissent-ils comme de plus en plus insuffisants, spécialement contre l'endémie amarile. C'est dire l'intérêt extrême des tentatives de vaccination anti-amarile actuellement réalisées. L'auteur en définit les bases, par une étude du virus amaril lui-même, puis il expose les différentes modalités successivement appliquées : vaccination avec des virus de singe ; vaccination avec des virus de souris, et, dernière venue, vaccination avec des virus de cultures de tissus.

Indispensable aux hygiénistes, aux médecins maritimes et coloniaux, ce livre s'adresse également à tous ceux qu'intéressent les problèmes de grande actualité.

Les abcès du foie (2), par P. Huard, professeur agrégé à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, chargé du cours d'anatomie à l'Ecole de médecine de Hanoï, et J. Meyer-May, chargé de cours de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Hanoï.

Ce livre est à la fois une revue générale de ce qui a paru sur la question, en France et à l'étranger, depuis quarante ans, et l'exposé de conceptions personnelles basées sur plus de 150 observations dans les pays où cette affection est fréquente.

Le chapitre d'anatomie pathologique est basé sur deux sources, l'une purement chirurgicale et clinique, provenant des cas personnels des auteurs ; l'autre d'une série de 43 protocoles d'autopsie représentant la totalité des autopsies d'abcès du foie faites à l'Hôpital de Lannesan, à Hanoï, depuis quinze ans. Il résulte de la comparaison de ces deux séries que l'abcès du foie a une gravité réelle, dont les seuls faits cliniques ne donnent pas la moindre idée. La fréquence et la gravité de l'abcès du foie au Tonkin suit, contrairement à ce qu'on aurait pu croire, une courbe nettement ascendante, cela malgré l'usage extensif de l'émétine et malgré que la dysenterie amibienne n'y soit pas particulièrement développée. En outre, les abcès multiples sont bien plus fréquents qu'on ne l'a dit, comme le prouve une importante documentation schématique et iconographique provenant : tant de la statistique personnelle des auteurs, que de cas publiés ailleurs dans la littérature. Il s'ensuit que le chapitre « étiologie » de l'abcès tropical du foie doit être revisé ; au dogme de l'amibiase, cause unique de ces abcès, il faut opposer la multiplicité des autres causes (staphylocoque, etc.).

Cette mise au point des conceptions classiques est étayée dans ce livre par de solides arguments, cliniques, anatomo-pathologiques, parasito-bactériologiques. L'abcès du foie paraît être une métastase des infections intestinales, ou même générales, quelles qu'elles soient, si fréquentes et si variées sous les tropiques. Les auteurs s'empressent d'ajouter que ces considérations ne s'appliquent qu'aux cas qu'ils ont étudiés, c'est-à-dire principalement au Tonkin.

La symptomatologie est ensuite passée en revue, au point de vue clinique pure, et l'attention du lecteur est attirée sur l'importance des formes latentes, et surtout des formes larvées, dues souvent à la migration de ces abcès. Il s'ensuit que le chapitre du diagnostic différentiel clinique est spécialement approfondi. Mais les deux étapes principales du diagnostic sont faites grâce à la radiologie et à la ponction, que les auteurs étudient en deux longs chapitres. Les signes radiologiques des abcès du foie et leurs complications sont condensés et schématisés.

La ponction avec ses trois aspects — biopsique, exploratrice, et suivie de lipiodol — est étudiée en détail. La ponction biopsie paraît utilisée pour la première fois dans une série extensive, pour le diagonstic différentiel histologique de l'abcès du foie (indications de la technique et de la méthode).

La ponction exploratrice y est discutée.

Quant à l'injection de substance opaque (ponction lipiodolée), elle est à la base même de la méthode, diagnostique et thérapeutique, préconisée par les auteurs. Elle doit être systématique dans le traitement des abcès du foie. De nombreux clichés, reproduits dans le volume, prouvent qu'elle permet de localiser l'abcès comme un projectile, d'en montrer les biloculations et les recessus, notions si importantes à connaître en vue d'un traitement correct, ainsi que les migrations et les propagations si fréquentes de ces abcès.

Ainsi éclairé, le chapitre du traitement s'écrit de lui-même. Les auteurs exposent leurs méthodes et leurs résultats, basés sur la précision que donne la radio-chirurgie, laquelle permet l'ouverture minima des abcès et le dépistage de leurs complications, et s'oppose au grand délabrement et aux grandes explorations faites à l'aveugle, si dommageables et si dangereuses chez les hépatiques.

Un grand chapitre d'anatomie chirurgicale du foie et des voies d'abord multiples de l'organe (antérieures, latérales, postérieures, trans- et sous-pleurales) complète l'ouvrage ; la vascularisation intra-hépatique de l'organe a été étudiée, tout le chapitre est basé sur des recherches personnelles faites sur des sujets fixés dans diverses positions, et comporte de nombreuses photographies de coupes.

(1) Un volume de 128 pages (collection *Les Thérapeutiques nouvelles*). — Prix : 18 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Un volume de 590 pages avec 98 figures. — Prix : 65 fr. — Paris, Masson et Cie.

Rôle des voies lymphatiques dans la genèse de la tuberculose pulmonaire. Leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire intestitielle (1), par Etienne BERTHET, ancien assistant à l'Institut de Tuberculose de Rome, interne lauréat des hôpitaux de Grenoble. Préface du professeur SERGENT.

La vie dictée par la science (2), par les docteurs Mme, née KACHPEROFF, et M. MAGAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(1) Un volume de 96 pages avec 12 figures hors texte (6 radios et 6 microphotographies). — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.
(2) Un volume in-12 de 200 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Amédée Legrand.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE LA VOUTE DU CRANE

COMPLICATIONS

Les fractures de la voûte sont les plus fréquentes des fractures du crâne, dans une proportion approchant des deux tiers suivant certains auteurs.

Nous n'aurons en vue que les *fractures limitées à la voûte* car les fractures irradiées constituent la presque totalité des fractures de la base et doivent être étudiées avec ces dernières.

Elles se présentent sous des *aspects cliniques* très variables, souvent trompeurs ; leur *diagnostic* exige donc parfois un examen très soigneux et attentif ; mais à l'inverse des fractures de la base, leur *traitement* obéit à des règles bien précises aujourd'hui.

ETIOLOGIE

On observe :

— Des fractures par *écrasement*.

— Des fractures par *action de corps contondants*, cas le plus fréquent.

— Des fractures par *armes à feu*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il en existe de multiples variétés :

I. — DÉPRESSION SANS FRACTURE. — La simple dépression « en boîtier de montre » n'est possible que chez l'enfant très jeune dont les os sont très flexibles.

II FRACTURES INCOMPLÈTES. — Elles sont limitées :

1. A la *table externe*, lorsque, comme en certains points (région fronto-nasale), le diploé est très épais.

2. A la *table interne* ou lame vitrée : elles sont rares, mais possibles, surtout à la suite des coups de feu. Les fragments forment vers l'intérieur du crâne une saillie anguleuse susceptible de blesser ou irriter méninges et cerveau.

III. — FRACTURES COMPLÈTES.

Ce sont les plus fréquentes et on peut distinguer parmi elles :

1. *Les fissures*, simples lignes de fêlure, fines et méconnaissables qui peuvent être : rectilignes, curvilignes, ou rameuses, étoilées, avec une série de traits partant d'un centre commun. Mais à ces lésions de la table externe correspondent souvent des lésions plus étendues de la vitrée, notamment dans les fêlures curvilignes et les fissures étoilées.

Si ces fissures sont souvent sans déplacement, on peut le voir se produire sous une de ces trois formes : écartement, chevauchement, enfoncement.

A ces fissures, il faut rattacher les *disjonctions suturales*.

2. *Les fractures en éclats*, qui comprennent :

— Des fractures *uni-fragmentaires*, où un fragment comprenant toute l'épaisseur de l'os est circonscrit par un trait plus ou moins régulier. Ce fragment peut :

S'enfoncer par un de ses côtés sous un bord.

Etre refoulé directement à plat et s'insinuer en partie sous la portion saine voisine de la voûte : c'est l'*embarrure*.

— Des fractures *multi-fragmentaires*, où le plus souvent les fragments, triangulaires, unis par leurs sommets et adhérents par leurs bases à la paroi cranienne, s'enfoncent par le centre pour former une *dépression* saillant du côté de la table interne.

Les fractures par *coups de feu tangentiels* à la voûte s'individualisent : par la prédominance des lésions de la table interne, la projection vers la dure-mère et le cerveau d'esquilles de la vitrée qui occasionnent des foyers de contusion cérébrale.

3. *Les fractures avec perforation*, qui sont uni ou bipolaires suivant que le projectile est resté inclus ou est ressorti du crâne, et dont les lésions sont toujours plus prononcées au niveau de la vitrée.

A ces lésions osseuses s'associent souvent, de façon variable, des lésions des *parties molles :*

Cuir chevelu, méninges, vaisseaux (artère méningée moyenne, sinus), substance cérébrale (contusion, destruction).

MECANISME

Le crâne possède une élasticité, qui, en raccourcissant un de ses diamètres et allongeant le diamètre perpendiculaire, lui permet de subir sans dommage certains traumatismes. Mais au delà des limites de cette élasticité, la rupture se produit selon l'un de ces deux modes étudiés expérimentalement.

— Les *fractures par éclatement* succèdent à une pression bilatérale s'exerçant sur une large surface, et la fracture est toujours parallèle au sens de la compression (loi de Messerer-von Wahl).

— Les *fractures par redressement des courbures* sont les plus fréquentes en clinique. Elles succèdent à un traumatisme unilatéral, localisé sur une petite surface, sur un crâne non appuyé. La fracture se produit dès que le redressement des surfaces courbes se fait au delà des limites de leur élasticité. Si la vitrée est le siège de fractures isolées et si ses lésions sont plus étendues que celles de la table externe, cela tient, non pas à une fragilité spéciale, mais à ce que, ayant un moindre rayon de courbure, elle se brise la première et sur une zone plus étendue.

ETUDE CLINIQUE

Il n'existe pas de tableau clinique typique, bien individualisé, de fracture de la voûte du crâne : les symptômes en sont en effet extrêmement variables et dans leur intensité et dans leur présence même. Aussi :

— Nous étudierons d'abord séparément les différents signes physiques, fonctionnels et généraux que l'on peut rencontrer et qu'il faut rechercher.

— Puis nous verrons comment dans la pratique clinique tous ces symptômes peuvent se grouper pour constituer des tableaux cliniques très différents.

(*A suivre.*)

J.-N. COURVOISIER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION. 17, RUE CASSETTE.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpital Beaujon, Clichy. — *Conférences pratiques.* — Le lundi 12 octobre et les lundis suivants, à 11 heures, au service central d'électro-radiologie de M. Aubourg, une conférence pratique, avec présentation de malades, sera faite, sur les sujets suivants :

Lundi 12 octobre. — M. Aubourg : Colibacillose chronique : amélioration clinique et bactériologique par un traitement d'ozone.

Lundi 19 octobre. — M. Le Go : Paralysie faciale droite : diagnostic clinique, traitement électrique.

Lundi 26 octobre. — M. Surmont : Arthrite infectieuse : traitement par les ondes courtes.

Lundi 8 novembre. — Mme Delaplace : Rhumatisme chronique : traitement par le bain de soleil oscillant de M. Surmont.

Lundi 15 novembre. — M. Zarachovitch, interne du service : Occlusion intestinale aiguë : traitement par lavement électrique.

Lundi 22 novembre. — M. Aubourg : Suppuration : action bactéricide de l'ozone.

Lundi 29 novembre. — M. Surmont : Troubles artéritiques : traitement électrothérapique.

Lundi 6 décembre. — Mme Delaplace : Lupus du nez : traitement localisé d'ultra-violets.

Lundi 13 décembre. — M. Le Go : Névralgie faciale : diagnostic électrologique ; discussion des traitements électriques actuels.

Lundi 20 décembre. — Mme Legoux : Métro-Salpingite : traitement par les bains de Luxeuil.

L'assistance à ces conférences et démonstrations pratiques, réservées aux étudiants et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

Faculté de Médecine de Paris. — Travaux pratiques de pharmacologie. — *Série supplémentaire.* — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie aura lieu à partir du 9 *octobre* 1936, de 13 *h.* 45 *à* 16 *h.*, à la salle d'expérimentation des travaux pratiques de pharmacologie.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque ;

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en pharmacologie, avant la session d'examens d'octobre-novembre 1936.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 150 fr.

S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Ministère de la Santé Publique. — La limite d'âge des fonctions de médecin des asiles publics d'aliénés est fixée à soixante-deux ans. (*J. O.*, 6 oct. 1936, p. 10.563.)

XXIVe Congrès français de Médecine. — La séance solennelle d'ouverture du XXIVe Congrès français de Médecine se tiendra au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, le lundi 22 octobre, à 9 h. 30 du matin, sous la présidence de M. le Ministre de l'Education Nationale. Les docteurs et étudiants de la Faculté de Médecine de Paris y sont cordialement invités.

CHRONIQUE

LA SÉANCE D'OUVERTURE DU XLVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Lundi dernier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, s'est ouvert le 45e Congrès français de chirurgie. Le général Gamelin, chef d'Etat-major général de l'armée, occupait la présidence d'honneur.

A ses côtés avaient pris place le médecin général inspecteur Rouvillois, président du Comité technique de santé, président du 45e Congrès ; M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur ; M. Charléty, recteur ; M. Roussy, doyen ; M. Hartmann, président de l'Association française de chirurgie ; les médecins inspecteurs généraux Dopter et Lévy ; le médecin général de première classe de la marine Oudart ; le professeur Grégoire, secrétaire général du Congrès.

Dans l'amphithéâtre, une assistance particulièrement sympathique et vibrante.

Discours de M. Rouvillois

Le médecin inspecteur général Rouvillois prit le premier la parole.

Après avoir adressé au général Gamelin l'hommage des chirurgiens de France, qui tous ont appartenu ou appartiennent au cadre de réserve du corps de santé militaire, M. Rouvillois exprime ses regrets de l'absence de Pauchet, qui devait cette année présider le Congrès. Il lui adresse, au nom de ses collègues et au sien, un hommage très amical et des vœux ardents de prompt rétablissement.

Suivant la tradition, le président rappelle le souvenir des disparus au cours de l'année : Caneva-Zanini (de Milan), Perret (de Lausanne), Barbarin (de Paris), Davioud (de Tananarive), Gourdon (de Bordeaux), Lavoix (de Saint-Lô), Rastouil (de La Rochelle), et Tillaye (de Tours).

Deux noms retiennent particulièrement l'orateur :

Le médecin général inspecteur Mignon, ancien professeur puis directeur du Val-de-Grâce, a honoré à la fois la chirurgie et le service de santé, dont il a été un grand serviteur ;

Charles Walther, président de l'Association française de chirurgie, a consacré sa vie entière à la chirurgie, à l'enseignement, au perfectionnement du service de santé et de ses réserves.

« Dans toutes les fonctions qu'il a exercées, Charles Walther a joué le rôle d'un bienfaiteur et nous nous devons d'honorer sa mémoire. »

Ces pieux devoirs remplis, M. Rouvillois aborde le sujet de son discours : *la chirurgie de guerre.*

« La chirurgie de guerre n'a pas d'autres règles que celles de la chirurgie de paix : elle ne peut avoir d'autres bases que les siennes, c'est-à-dire des bases techniques... Mais, et c'est ce « mais » qui est redoutable, son fonctionnement doit s'adapter aux circonstances de guerre et aux nécessités militaires, toutes deux inéluctables... » Or on ne peut savoir ce que serait une guerre nouvelle, mais on peut prévoir qu'elle débuterait par une attaque brusquée, avec des avions puissants et des formations motorisées. « C'est dans le fracas des moteurs et des bombes que devrait se faire la mobilisation. » Cette guerre brusquée, généralisée, « étendue aux non-combattants, c'est la guerre totale, à laquelle je ne vois d'autre remède que la création de villes sanitaires strictement neutralisées, qui, au milieu de la tourmente, constitueraient le dernier refuge de l'humanité. Dans toutes les hypothèses, ce sont des servitudes accrues pour le service de santé, de nouveaux besoins à satisfaire, de nouvelles difficultés à vaincre ».

L'orateur rappelle ensuite les mesures prophylactiques à prendre en tout état de cause. En première ligne les vaccinations associées antityphoparatyphoïdique, antidiphtérique et antitétanique. Cette triple vaccination a d'ailleurs été rendue obligatoire dans l'armée par une loi récente.

M. Rouvillois étudie ensuite quelques grosses questions : la gangrène gazeuse, la transfusion et les réserves de sang, enfin la chirurgie des blessés gazés. Le problème de l'anesthésie pour les gazés est capital, l'anesthésie par voie rectale jouera un rôle important dans ces cas, ainsi que l'anesthésie loco-régionale. Pour ces blessés, pas de badigeonnages iodés sur le champ opératoire, mais des lavages à l'hypochlorite, pas de suture primitive non plus.

On voit combien sont complexes les problèmes qui vont se poser. M. Rouvillois en donne d'autres exemples, puis il étudie la constitution des équipes chirurgicales. Enfin il fait connaître l'organisation de nouvelles formations plus légères, plus mobiles et interchangeables. Quant aux moyens de transport par automobiles, par trains sanitaires, par automotrices ou par avions sanitaires, ils ont aussi bénéficié de progrès très importants.

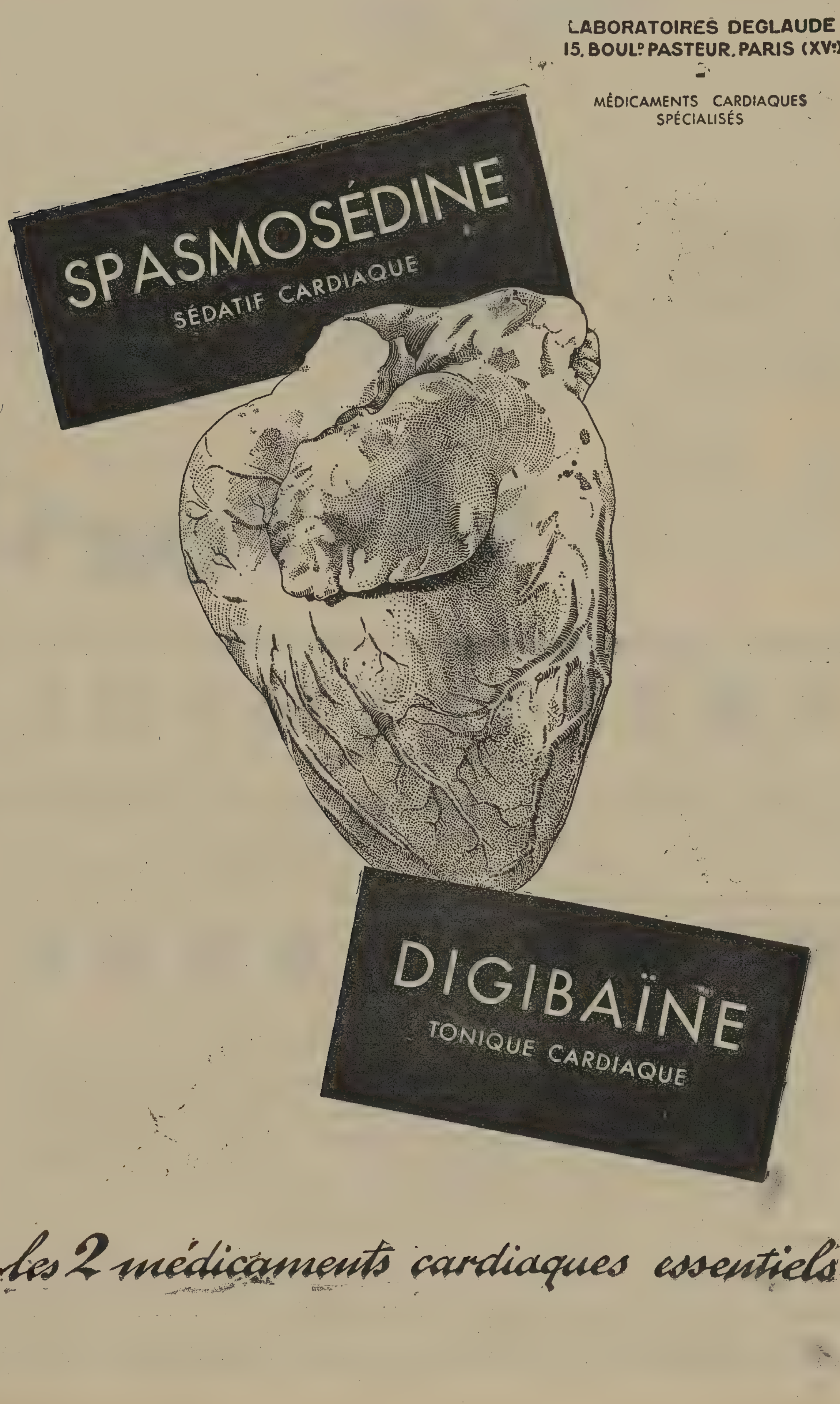
Après avoir ainsi envisagé des éventualités redoutables, M. Rouvillois exprime le désir que la collaboration entre le cadre actif du service de santé et celui des réserves soit de plus en plus étroite. En terminant, il souhaite « qu'aux éléments de destruction déchaînés dans le monde nous continuions à opposer toutes nos forces de conservation par un persévérant et infatigable effort. Cette mission d'humanité magnifique a été celle de nos glorieux aînés qui l'ont noblement remplie, et elle reste la nôtre ; nous nous devons de la transmettre intacte à la jeune génération qui, bientôt, de nos mains, recevra le flambeau. »

Le magnifique discours de M. Rouvillois, écouté avec une attention très marquée, a été salué par des applaudissements répétés.

Le secrétaire général, M. Grégoire, donna ensuite lecture du rapport habituel.

Enfin, le général Gamelin, après avoir exalté le rôle du médecin militaire, déclara ouvert le 45e Congrès de chirurgie.

F. L. S.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

REVUE GENERALE

LA CORDE DU TYMPAN

ANATOMIE — PHYSIOLOGIE

Par J. BOUDREAUX
Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris.

La corde du tympan (chorda tympani — B.N.A.) est la plus volumineuse des branches collatérales intra-pétreuses du nerf facial. Son importance physiologique, la complexité de son trajet au voisinage des formations de l'oreille moyenne lui donnent un intérêt tout particulier (1).

DESCRIPTION ANATOMIQUE

Généralités.

Origine. — La corde se détache de la face antéro-externe de la troisième portion ou portion verticale du facial intra-pétreux, au voisinage du trou stylo-mastoïdien. Cette origine se fait donc nettement au-dessous de celle du nerf du muscle de l'étrier, au-dessus de celles du rameau sensitif du conduit auditif externe et du nerf auriculaire postérieur.

Le niveau exact de l'émergence de la corde a été diversement interprété. Alors que les classiques (Sappey, Testut, Cunéo) la faisaient naître haut (4 à 5 mm. au-dessus du trou stylo-mastoïdien), Hovelacque et Reinhold, vérifiant le bien-fondé des recherches de Cruveilhier, ont précisé *l'origine basse de ce nerf :* soit à un millimètre seulement au-dessus du trou, soit même juste au-dessous (rappel de la disposition embryonnaire).

Trajet : fort sinueux, il peut être divisé en *quatre segments* principaux :

1) Le nerf se porte d'abord oblique en haut, en dehors et légèrement en avant, de l'aqueduc de Fallope à la paroi postérieure de la caisse du tympan, à la faveur d'un canalicule osseux (canal postérieur de la corde) ;

2) Arrivé dans la caisse du tympan, il la traverse suivant une courbe à concavité inférieure, au contact de sa paroi membraneuse, appliqué à la face interne du 1/3 supérieur du tympan, formant ainsi la corde de l'arc qu'il limite ;

3) Dans un troisième segment, le nerf quitte la paroi antérieure de la caisse par le canal antérieur de la corde foré dans la scissure pétro-tympanique qui le conduit horizontalement à la face inférieure du crâne au voisinage de l'épine du sphénoïde ;

4) Dans une dernière portion, oblique en bas et en avant, le nerf parcourt la région ptérygo-maxillaire, croise la face interne du nerf dentaire inférieur et se rapproche du nerf lingual.

Terminaison : La corde se jette à angle aigu sur le bord postérieur de ce dernier nerf avec lequel elle se fusionne.

(1) Voir à ce sujet la remarquable monographie de MM. Hovelacque et Reinhold : *La corde du tympan*. Ses rapports avec les scissures tympano-pétreuses, le ligament antérieur du marteau et certaines formations fibreuses. Paris, Legrand, Edit. 1920.

La corde du tympan apparaît donc comme une large anastomose jetée entre le facial, nerf de l'arc hyoïdien et le trijumeau, nerf de l'arc mandibulaire. La complexité apparente de son trajet s'explique fort bien à la lumière de l'*Embryologie*.

Embryologie.

Primitivement, au stade du crâne cartilagineux, la corde est entièrement exocranienne, tout comme le facial dans son segment compris entre l'Hiatus de Fallope et le trou stylo-mastoïdien (Vrolik et Gegenbaur). Secondairement l'anneau tympanal se développe et vient s'appliquer à la face exocranienne antérieure de la pyramide pétreuse : dès ce moment la corde est comprise entre la masse cartilagineuse du rocher en dedans et, en dehors, le cercle tympanal auquel s'adjoint le marteau (dérivé du premier arc branchial). A un stade ultérieur, l'extrémité proximale du deuxième arc pénètre dans la cavité de la caisse et contribue à former les 2e et 3e portions de l'aqueduc de Fallope. A ce stade la corde est incluse entre ces diverses formations : le canal postérieur de la corde est formé.

Par ailleurs, le développement considérable de l'apophyse tubaire du tympanal, le développement progressif du prolongement inférieur du tegmen tympani né du rocher reculent d'autant l'orifice de sortie de la corde en avant : la constitution définitive de la scissure pétro-tympanique aura donc contribué à la formation du canal antérieur de la corde.

Rapports.

Nous aurons donc à envisager les rapports de la corde du tympan dans les quatre régions successives qu'elle traverse.

I. Portion d'origine. Canal postérieur de la Corde.

Le nerf, détaché à angle aigu du bord antérieur de la 3e portion du facial, se dirige d'abord fortement en haut, légèrement en dehors et un peu en avant. Il est contenu dans un mince canalicule osseux dans lequel il est pourtant à l'aise : ce canal n'est pas une formation autonome creusée dans le massif pétreux, mais une simple *déhiscence de la suture tympano-pétreuse postérieure*, comme le montrent le développement du temporal et l'étude du squelette du tout jeune enfant. La paroi interne de ce canal est formée par la face externe de la portion pétreuse de la mastoïde, irrégulière et tomenteuse. Sa paroi externe est formée par la branche postérieure de l'anneau tympanal.

Par l'intermédiaire de ce canal, la corde, accompagnée d'une artériole, branche de la stylo-mastoïdienne, détachée dans le canal de Fallope, répond :

— En arrière et en dedans : à la troisième portion verticale de l'aqueduc de Fallope dont elle peut être séparée par des cellules pétreuses entourant le canal du facial (cellules périfaciales de Bellin). Le sinus latéral est beaucoup plus éloigné.

— En dehors : au cortex mastoïdien et à la partie postérieure du conduit auditif externe osseux.

— En avant : à la paroi postérieure de la caisse du tympan dont elle se rapproche progressivement.

II. Dans la caisse du tympan.

Nous avons à y étudier : les orifices d'entrée et de sortie du nerf, ses rapports dans la caisse elle-même.

1) *L'orifice d'entrée* apparaît sous forme d'une fente verticale située sur la paroi postérieure de la caisse, à hauteur de son tiers moyen. L'orifice répond :

— En dehors : au cercle tympanal creusé du sulcus tympanicus, au contact duquel il est placé.

— En dedans et au même niveau : à la pyramide creusée du canal du muscle de l'étrier.

— En haut : au seuil de l'aditus et à la fossa incudis dont il est séparé par une petite dépression de 2 à 3 mm. de haut : *la fossette sus-pyramidale de Sappey* (ou sinus posterior de Schwalbe).

— En bas : à la fine suture tympano-pétreuse inférieure, d'aspect godronné et difficilement visible, qui descend se perdre, du canal de la corde, vers le plancher de la caisse. Juste en dedans, séparant la suture de la pyramide, se trouve la *fossette pré-pyramidale de Grivot* dont le bord inférieur se continue avec le plancher de la caisse (1).

2) *La corde traverse la caisse du tympan*, directement appliquée sur les formations membraneuses de la face externe, recouverte par la muqueuse qui tapisse la cavité. A la partie moyenne de son trajet, elle s'écarte néanmoins de ces formations pour croiser la face interne du col du marteau dont le manche est solidaire de la membrane tympanique. D'où *trois portions :*

— *a)* Avant d'atteindre le col du marteau, le nerf, toujours accompagné du ramuscule de la stylo-mastoïdienne, est compris dans l'épaisseur du *repli tympano-malléolaire postérieur*, large méso muqueux contenant quelques tractus fibreux détachés du tympan. Il répond en dedans à l'apophyse descendante de l'enclume. Les fenêtres ovale et ronde sont beaucoup plus bas et plus en dedans.

— *b)* Le nerf contourne la face interne du *col du marteau*, juste au-dessus de l'insertion du tendon de son muscle moteur, adhérant à ce tendon, plus près, par conséquent, qu'il est classique de le dire (Hovelacque).

En dehors, le col de cet osselet sépare la corde de la membrane flaccide de Schrapnell, partie amincie du tympan déprimée en poche de Prussak. En dedans, par l'intermédiaire de la muqueuse qui la recouvre, la corde répond à la cavité de la caisse et plus en dedans à sa paroi interne qui montre à ce niveau la saillie mousse de l'aqueduc de Fallope dans sa portion horizontale. L'éminence que forme le promontoire est plus bas située.

— *c)* Après avoir croisé le col du marteau, la corde gagne son canal de sortie en cheminant dans l'épaisseur du *ligament tympano-malléolaire antérieur*. Elle est accompagnée dans ce trajet par une artériole, branche de la tympanique et par deux formations, vestiges de l'arc mandibulaire : l'*apophyse antérieure* ou longue apophyse du marteau située en dehors et au même niveau qu'elle, prolongée par le *ligament antérieur du marteau*. Ce ligament, arrondi à son origine, s'étale bientôt en éventail pour embrasser la face inférieure et externe de la corde.

Par l'intermédiaire de son revêtement muqueux le nerf répond : en dedans et à distance, à la face interne de la caisse qui présente à ce niveau l'extrémité recourbée du bec de cuiller. En dehors, corde et ligament, entrent en contact étroit avec la portion antérieure de l'anneau tympanal. Nerf et artère glissent, juste au-dessous de la corne tympanale antérieure déjetée en console, sur la face interne du cercle tympanal qui présente à ce niveau une gouttière mousse, le *sulcus malleolaris*, surplombée par la crista spinarum et l'épine tympanique postérieure.

Dans cette région on voit converger trois scissures osseuses résultant de l'union des trois pièces constituantes du temporal : la scissure pétro-squameuse externe (entre prolongement inférieur du tegmen tympani et mur de la logette), la scissure pétro-tympanique antérieure (entre ce prolongement et la corne antérieure du tympanal) et la scissure tympano-squameuse interne (entre la corne tympanique et le mur de la logette) : c'est le carrefour des trois scissures (Hovelacque et Reinhold).

3) *L'orifice de sortie de la corde* apparaît très haut, à la partie supérieure et externe de la face antérieure de la caisse. Il est limité en haut par la base du prolongement inférieur du tegmen tympani, en bas par le sulcus malleolaris. Une crête pétreuse le divise en *deux orifices secondaires :* un orifice interne par où s'engage la corde et quelques fibres du ligament du marteau et un orifice externe pour la plupart de ces fibres ligamenteuses et l'artère tympanique (Hovelacque). L'orifice de sortie de la corde se trouve donc situé nettement au-dessus et en dehors de l'orifice tubaire, environ au même niveau que le canal du muscle du marteau formé par une mince lamelle pétreuse enroulée sur elle-même (Huguier).

L'orifice d'entrée de la corde dans la caisse étant situé au 1/3 moyen de sa hauteur (sur une horizontale passant à 1 mm. au-dessous de l'ombilic du tympan — Hamon du Fougeray), il en résulte que dans son trajet à travers la caisse la corde n'est point horizontale, mais décrit une *large courbe à concavité antéro-inférieure*, elle-même déprimée en dedans par la saillie du col du marteau.

III. Dans la scissure pétro-tympanique.
Canal postérieur de la corde

C'est le dernier segment intra-cranien de ce nerf. A la suite d'Huguier (1834) on admettait classiquement que la corde empruntait un canal osseux autonome (canal d'Huguier). En réalité, il n'en est rien : le nerf glisse simplement dans un canalicule frayé au niveau de la *scissure pétro-tympanique antérieure* et formé de deux demi-gouttières creusées, l'une à la face inférieure du prolongement inférieur du tegmen tympani, l'autre sur le bord supérieur de l'apophyse tubaire du tympanal.

Dans ce canal, la corde répond en dedans à la trompe osseuse et au canal du muscle du marteau immédiatement sus-jacent. Juste dehors, c'est le mince canalicule parallèle où cheminent ligament antérieur du marteau et artère tympanique. Un peu plus en dehors c'est la cavité glénoïde où l'on aperçoit

(1) Voir : Grivot : *La Paralysie faciale otitique*. Thèse, Paris 1902-03.

en effet la scissure de Glaser dédoublée en scissure pétro-squameuse et scissure pétro-tympanique par la face inféro-externe du prolongement inférieur du tegmen tympani (1).

La *longueur du canal antérieur de la corde* est variable (de 8 à 10 mm.), mais les cas d'émergence tardive en dehors du crâne sont les plus fréquents. La corde sort de la scissure pétro-tympanique généralement très en avant, tout contre l'*épine du sphénoïde* à la face interne de laquelle elle s'applique en y déterminant souvent une légère gouttière oblique en bas et en avant.

En cas d'émergence précoce, la corde peut cheminer librement sur la face externe ou glénoïdale du tympanal, tout comme elle peut être comprise dans un canalicule osseux de formation secondaire pétro-tympanique ou même être simplement cachée par l'angle postérieur de la grande aile du sphénoïde quand celle-ci est large : il en résulte alors une émergence apparente secondaire sphéno-pétreuse, sphéno-tympanale ou sphéno-squameuse suivant les cas (Hovelacque et Reinhold).

IV. Dans la région interptérygoïdienne. Portion terminale

La corde quittant la face interne de l'épine du sphénoïde se dirige maintenant obliquement en bas et en avant pour aborder à angle aigu le bord postérieur du nerf lingual.

Ses rapports sont à étudier avec les parois de la région interptérygoïdienne et avec les organes vasculo-nerveux voisins.

a) *Rapports avec les parois :* le nerf est profondément situé, dans la partie la plus reculée de la région ptérygo-maxillaire.

— *En dedans* il répond à l'aponévrose interptérygoïdienne, insérée sur le crâne depuis la face interne de la base de l'épine du sphénoïde jusqu'au bord postérieur de l'aile externe de la ptérygoïde, en passant en dedans du trou ovale. La corde répond surtout à sa partie supérieure amincie en fascia cribriformis au-dessus du ligament de Civinini. En arrière, le bord postérieur de l'aponévrose, épaissi en ligament sphéno-maxillaire, applique la corde sur l'épine du sphénoïde.

A la face interne de l'aponévrose, chemine le muscle ptérygoïdien, oblique en arrière et en bas, entrant peu en rapport avec le nerf. Plus en dedans enfin c'est l'espace sous-parotidien antérieur avec la trompe cartilagineuse.

— *En dehors* la corde répond au muscle ptérygoïdien externe convergeant vers le col du condyle. Sa face interne est tapissée de la mince *aponévrose ptérygo-temporo-maxillaire* insérée, elle aussi, au bord postérieur de l'aile externe de la ptérygoïde. Ainsi le nerf est-il compris, ainsi que les autres organes de la région, dans un angle dièdre aponévrotique à arête antérieure.

b) *Rapports avec les organes vasculo-nerveux :* 1) *Les nerfs* sont issus du volumineux maxillaire inférieur émané du trou ovale, au-dessus et en dehors de la corde. Le ganglion otique est appendu au flanc interne du tronc de ce nerf rapidement divisé. De ses branches terminales quatre nerfs entrent en rapports particuliers avec la corde :

— Le nerf auriculo temporal détaché par deux racines et obliquement dirigé en arrière et un peu en bas vers la boutonnière rétro-condylienne de Juvara. Il croise la face externe de la corde ;

— Le grêle tronc commun des nerfs du ptérygoïdien interne, péristaphylin externe et du muscle du marteau surcroise la corde avant de perforer en dedans le fascia cribriformis ;

— Le volumineux nerf dentaire inférieur descend presque vertical. Il est croisé peu après son origine, sur sa face interne, par la corde. Un épais manchon graisseux les sépare (Hovelacque) ;

— Le nerf lingual enfin se dirige en bas et en avant, au contact de la branche montante du maxillaire. Il émet une anastomose avec le nerf dentaire inférieur au-dessus du point de réunion de la corde.

2) *Les vaisseaux* sont représentés par l'*artère maxillaire interne* et ses branches. Le tronc de l'artère entre particulièrement en rapport avec la corde dans sa variété profonde. Ce rapport est néanmoins médiat puisque l'artère croise la face externe du dentaire et du lingual avant de passer dans l'interstice des deux faisceaux du ptérygoïdien externe. Parmi les collatérales artérielles, certaines sont en rapport immédiat avec la corde : l'artère tympanique gagnant verticalement la scissure tympano-pétreuse dans laquelle elle s'engage, au contact de la corde, mais dans un canalicule distinct, comme nous l'avons vu. Deux autres branches ascendantes sont aussi en rapport immédiat avec la face externe du nerf : la méningée moyenne (trou petit rond) et la petite méningée (trou ovale) ; les trois branches ascendantes étant contenues dans un repli de la lame vasculaire. Quant à l'artère dentaire inférieure, descendante, elle est déjà plus éloignée.

Les veines multiples sont, en gros, satellites de leurs artères. Nous rappellerons que l'important plexus ptérygoïdien se draine en grande partie dans la veine maxillaire interne.

Branches collatérales.

Classiquement la corde ne donne aucune branche. En réalité, dans la moitié des cas, une branche assez volumineuse se détache au voisinage de l'épine du sphénoïde, glisse dans un dédoublement de l'aponévrose interptérygoïdienne et se divise en un pinceau de rameaux terminaux qui gagnent la portion cartilagineuse de la trompe. Peut-être l'existence de ce rameau expliquerait-elle certains cas d'otalgie au cours du cancer de la langue (Hovelacque et Reinhold).

Variations. Anomalies.

La corde peut naître en dehors du crâne et gagner la caisse en perforant l'os par un canalicule distinct de l'aqueduc de Fallope (rappel de la disposition em-

(1) Nous rappelons que le *prolongement inférieur du Tegmen tympani* comporte 5 faces : Une supérieure fictive, articulée avec le tegmen. Une interne qui contribue à former le canal de la trompe. Une externe, articulée avec le bord interne de l'écaille. Une inférieure, articulée avec le bord supérieur du tympanal et déprimée par les deux gouttières de la corde et du lig. du marteau. Une dernière, inféro-externe, la seule qui apparaisse libre dans la scissure de Glaser.

bryonnaire). Elle peut, exceptionnellement, être dédoublée par place. Elle peut longer le lingual tout en restant indépendante de lui..., etc.

Constitution de la corde.

La méthode microscopique montre que la corde s'applique à la face dorsale du lingual. Il n'y a point échange de fibres entre ces deux nerfs. Les fibres de la corde se rendent partie à la muqueuse linguale, partie au ganglion sous-maxillaire et au nerf sublingual (Weigner). On admet aujourd'hui que la corde contient cinq sortes de fibres différentes : 1° des fibres périphériques émanées du ganglion géniculé ; 2° des fibres centrales et périphériques émanées des cellules ganglionnaires aberrantes contenues dans le nerf lui-même ; 3° des fibres venues directement du grand pétreux superficiel ; 4° enfin des fibres d'origine inconnue.

En résumé, du point de vue physiologique nous rencontrons deux ordres de fibres nerveuses dans la corde : 1) Des *fibres centrifuges* vaso-motrices et sécrétoires appartenant au parasympathique céphalique ; 2) Des *fibres centripètes*, sensitives, émanées de la muqueuse linguale et contribuant à la formation de l'intermédiaire de Wrisberg. Ce sont ces fibres que Sapolini avait voulu individualiser sous le nom de 13e paire cranienne.

PHYSIOLOGIE DE LA CORDE DU TYMPAN

Malgré son faible calibre la corde du tympan joue un rôle physiologique important. A l'étude des fonctions de ce nerf s'attachent en particulier les noms de Ludwig, de Claude Bernard, de Carl, de Schiff, de Vulpian, de Duchenne et de Lussana.

Mais le physiologiste, au cours de ses expériences, peut faire porter l'excitation ou la section soit sur le tronc de la corde elle-même, au niveau de la caisse du tympan, soit sur le tronc commun formé par la réunion de ce nerf au nerf lingual. Au-dessous de ce point de réunion, le nerf lingual apparaît bien comme un nerf à double fonction, conduisant les fibres de la corde, accolées aux fibres sensibles du trijumeau, à toute l'étendue de son territoire muqueux ainsi qu'aux glandes salivaires voisines (sous-maxillaire, sublinguale et glandes linguales) et à leurs vaisseaux nourriciers.

Ludwig, le premier (1851) en excitant le nerf lingual mettait en jeu, sans le savoir, les fibres d'emprunt de la corde du tympan. Il s'adressait au tronc commun, *nerf tympanico-lingual*. Mais, quelques années plus tard, Schiff et surtout Claude Bernard (1858) ont donné la démonstration du rôle physiologique de la corde, et de la corde seule : la section de ce nerf au-dessus de l'anastomose supprimant pratiquement la sécrétion salivaire.

Quoi qu'il en soit, nous aurons à étudier en deux chapitres différents les deux principales fonctions de la corde du tympan :

— Rôle vaso-moteur et sécrétoire ;
— Rôle sensoriel (gustation).

I. Rôle vaso-moteur et sécrétoire

A) Exposé des faits.

Claude Bernard introduit un tube dans le canal de Warthon d'un chien, verse quelques gouttes de vinaigre sur la langue de l'animal et voit s'écouler abondamment la *salive*. Il s'agit donc d'un réflexe sécrétoire dont le point de départ est la muqueuse linguale innervée par le nerf lingual (V).

La corde du tympan est bien le *nerf sécréteur*, car après sa section dans l'oreille moyenne, le phénomène ne se produit plus.

D'autres expériences faisant porter l'excitation directement sur la corde aboutirent au même résultat et l'on connaît l'observation classique de Carl qui, atteint d'une perforation du tympan, put constater sur lui-même l'efficacité de l'excitation mécanique de la corde au niveau de l'oreille moyenne.

L'excitation de la corde n'entraîne pas seulement une sécrétion salivaire, mais encore une *vaso-dilatation* dans le territoire d'innervation du lingual. Vulpian faisait remarquer la rougeur intense que prenaient les deux tiers antérieurs de la *muqueuse* de la langue après excitation de la corde. Cette vaso-dilatation périphérique, muqueuse, n'est point la seule. Claude Bernard avait déjà noté l'existence d'une vaso-dilatation glandulaire active : la glande sous-maxillaire paraissait turgescente, congestionnée et de ses veines s'échappait un sang rouge animé de pulsations: c'est de cette découverte que date, d'ailleurs, la notion féconde de nerfs vaso-moteurs.

Vaso-dilatation, sécrétion salivaire portant sur la sous-maxillaire, sur les glandes linguales et sublinguales, sont donc les 2 réactions essentielles produites par l'excitation de la corde ou du tympanico-lingual. *Mais s'agit-il d'un phénomène unique, l'un conditionnant l'autre, ou de deux phénomènes connexes ?*

Claude Bernard frappé par l'intensité de la vaso-dilatation y voyait le phénomène primordial entraînant la sécrétion. Cette interprétation est en réalité trop exclusive : à côté des *fibres vaso-dilatatrices*, il existe bien dans la corde des *fibres sécrétoires*.

Ludwig fit en effet remarquer que la pression de la salive mesurée avec un manomètre abouché au canal de Warthon arrive à dépasser la pression sanguine lors de l'excitation du nerf. Il s'agit donc plus que d'un simple phénomène de filtration dans l'acte sécrétoire.

Cet expérimentateur mit ensuite en évidence d'une façon péremptoire l'action des fibres sécrétoires seules, de la façon suivante : après ligature des vaisseaux de la glande, et même sur une tête fraîchement coupée, l'excitation du nerf provoqua encore la sécrétion.

Inversement, on peut supprimer l'action de ces fibres sécrétoires tout en conservant celle des fibres vaso-motrices : Heidenhain après injection d'atropine inhibe complètement la sécrétion salivaire malgré une vaso-dilatation glandulaire apparente.

Récemment, enfin, par la mesure de la chronaxie, M. et Mme A. Chauchard ont encore montré la dualité de cette innervation (1928).

En résumé, action vaso-dilatatrice et action sécrétoire sont bien deux phénomènes différents, mais cependant synergiques, puisque le premier favorise le second.

B) Trajet des fibres vaso-motrices et sécrétoires.

Si cette action de la corde est aujourd'hui bien connue et hors de discussion, il s'en faut que le problème

de l'origine de ses filets vaso-moteurs et sécrétoires soit aujourd'hui complètement résolu. *Ces filets nerveux appartiennent-ils en propre au facial ou proviennent-ils de ses anastomoses ?*

Pour Jolyet et Laffont (1879-1894), le trijumeau fournit au facial les filets vaso-dilatateurs que ce dernier contient. Les filets sécréteurs viendraient au contraire du facial lui-même. Ces auteurs se fondent sur l'expérience suivante : après section intra-cranienne du facial, si l'on attend que la dégénérescence wallérienne se soit produite, l'excitation de la corde ne provoque plus d'action sécrétoire. Seule persiste l'action vaso-dilatatrice.

Vulpian va plus loin encore et fait provenir ces deux ordres de fibres du trijumeau, mais revient ensuite sur son opinion.

Morat (1897) montre enfin que, après section intracranienne du facial et du nerf de Wrisberg, la plus grande partie des fibres de la corde dégénèrent, si bien que l'excitation du nerf n'a plus qu'une action très atténuée.

II. Rôle sensoriel de la Corde dans la Gustation

A) Exposé des faits.

Claude Bernard, en 1843, après section du facial dans le crâne chez le chien avait constaté une diminution de la sensibilité gustative du côté correspondant. Il savait d'autre part que dans la paralysie faciale peuvent exister des troubles du goût alors que la sensibilité générale de la langue est conservée. La corde du tympan représentant la seule communication nerveuse entre le VII et la muqueuse linguale, il en pratiqua la section et obtint les mêmes troubles qu'après section intracranienne du VII.

Lussana (1869), Schiff étudièrent par la suite cette fonction gustative : sur un animal on sectionne à droite le nerf lingual au-dessus de l'anastomose de la corde, à gauche au-dessous de cet abouchement (nerf tympanico-lingual). Du côté gauche seulement la sensibilité gustative est abolie dans les deux tiers antérieurs du côté correspondant de la langue.

Cette fonction gustative a encore été vérifiée cliniquement par Duchenne (électrisation) et par Blau (excitation mécanique).

B) Trajet des fibres sensitives.

Les fibres de la sensibilité gustative des deux tiers antérieurs de la langue *passent-elles toutes par la corde ?*

Oui, pour Lussana qui voit, dans la corde, une prolongation du nerf de Wrisberg. La corde gustative serait donc formée de filets centripètes qui, après s'être mêlés au tronc du facial, gagneraient le ganglion géniculé.

L'autre prolongement cellulaire sorti du ganglion contribuerait à former le nerf de Wrisberg. C'est ce que semble prouver la méthode des dégénérescences.

Pour nombre d'auteurs, la question du trajet des fibres gustatives est plus complexe : cliniquement on avait déjà remarqué qu'en cas de paralysie faciale, la sensation est obtuse mais non abolie.

Schiff soutint que les fibres de la sensibilité gustative des deux tiers antérieurs de la langue, tout comme les fibres de la sensibilité générale, seraient tributaires du trijumeau. En effet, après section des deux cordes, il note seulement un affaiblissement notable de la gustation, mais non une suppression. Après section intracranienne des 2 trijumeaux il note au contraire l'abolition du goût et prétend en outre que la section du VII et du Wrisberg intracraniens ne donne aucune abolition.

Schiff admet donc pour les fibres gustatives le trajet très compliqué suivant : 1) une première partie des fibres passe par la corde, le VII, le ganglion géniculé, le grand nerf pétreux superficiel, le nerf vidien et rejoint le V par le ganglion sphéno-palatin; 2) Un second groupe de fibres emprunte le lingual, le ganglion otique, le petit nerf pétreux superficiel, le ganglion géniculé et se réfléchit par le grand nerf pétreux vers le ganglion sphéno-palatin.

Cette hypothèse cependant est insoutenable, car l'ablation du ganglion sphéno-palatin n'entraîne aucun trouble du goût (Prévost).

Cependant il paraît vrai, ainsi que Schiff l'avait dit, qu'une section du lingual au-dessus du ganglion otique laisse intacte la gustation. Au contraire la section du petit pétreux semble l'émousser. C'est pourquoi Wertheimer a été amené à concevoir un double trajet aux fibres gustatives :

1) Un premier contingent emprunte la corde, le VII, le ganglion géniculé ;

2) Un deuxième groupe de fibres emprunte le lingual, le ganglion otique, le petit nerf pétreux superficiel et va rejoindre le premier groupe dans le ganglion géniculé. De là, les deux courants sont drainés par l'intermédiaire de Wrisberg qui collecte ainsi la totalité des fibres gustatives.

Que faut-il retenir de ces hypothèses complexes ? Celle de Schiff est insoutenable non seulement parce que l'ablation du ganglion sphéno-palatin ne provoque rien, mais encore parce que la pratique des neurotomies rétro-gassériennes montre qu'il n'y a aucune abolition du goût (Sicard). La théorie de Wertheimer, plus juste dans ses conclusions, se heurte cependant à une objection : la lésion du petit pétreux superficiel ne trouble point le goût.

Il faut donc conclure que nous ne sommes encore point fixés sur le trajet de ces fibres. Peut-être empruntent-elles pendant un court instant, et en partie, le trijumeau : c'est possible. Mais un fait demeure aujourd'hui : *la corde sensitive apparaît bien comme une émanation du nerf de Wrisberg*, son centre ganglionnaire est dans le ganglion géniculé.

On peut même aller plus loin et, avec Mathias Duval, considérer le nerf de Wrisberg comme une racine erratique du glosso-pharyngien. Ce dernier nerf serait donc le seul nerf du goût, innervant directement la base de la langue, indirectement ses deux tiers antérieurs par l'intermédiaire de la corde.

III. Fonctions Accessoires de la Corde

A côté de ces trois fonctions indiscutables, la corde joue peut-être un *rôle dans la sensibilité générale de la langue.*

Pour Schiff et Lussana ce rôle n'existe pas : une section du lingual au-dessus de la corde abolirait toute impression tactile.

Pour Duchenne, Trölstch, Gley ces fibres sensitives existeraient. Cependant au cours des paralysies faciales on n'observe point de troubles de la sensibilité tactile et douloureuse de la langue.

La question n'est point résolue. Un fait cependant est troublant : dans certains zonas du ganglion géniculé (Ramsay-Hunt) on a pu observer des vésicules sur les deux tiers antérieurs de la langue, ce qui serait en faveur de l'existence de fibres de sensibilité *générale* dans le nerf de Wrisberg et par conséquent dans la corde.

Propriétés pseudo-motrices de la corde. — Après section et dégénérescence de l'Hypoglosse une excitation de la corde ou du tympanico-lingual produit des contractions de la langue (Vulpian, Heidenhain). Le mécanisme de ce phénomène est des plus obscurs et n'a pas encore reçu d'explication satisfaisante.

CONCLUSIONS

Au point de vue physiologique, la corde du tympan apparaît donc comme une émanation du nerf facial accolée sur une partie de son trajet à l'une des branches sensitives du trijumeau (nerf tympanico-lingual). *Par ses fibres centrifuges* elle possède une action vasodilatatrice sur la muqueuse linguale et les vaisseaux des glandes sous-maxillaire, sublinguale et linguale. Elle possède encore une action sécrétoire marquée, distincte des phénomènes précédents, bien que synergique. *Par ses fibres centripètes*, qui font relais dans le ganglion géniculé avant de gagner le nerf de Wrisberg, elle transmet les sensations gustatives des 2/3 antérieurs de la langue, fonctionnant synergiquement avec le nerf glosso-pharyngien, nerf du 1/3 postérieur. Le nerf lingual est physiologiquement distinct de la corde : c'est le nerf de la sensibilité générale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le cancer, sa cause, troubles et maladies qui le précèdent, par Henri Chrétien, avec une préface par le Dr Foveau de Courmelles, grand in-8° de 184 pages. Paris, 1936, chez Le François, 91, boulevard Saint-Germain.

Etude physiologique de la réaction de Schick, thèse du Dr Maurice Gautrelet, ancien interne de l'hôpital Bon-Secours. Grand in-8 de 55 pages. Paris 1934, chez Le François, 91, boulevard Saint-Germain.

Le Mystère de la Vie, par le Dr H. Glaser. In-8 de 243 pages. Chez Hachette, Paris 1935.

De la vaccination intradermique antistaphylococcique dans le zona, thèse du Dr B. Babock. Grand in-8 de 52 pages. Paris 1936, chez Jouve et Cie, 15, rue Racine.

S. O. S. pour la défense de la race, par le Dr Arthur Vernes, avec une préface du Dr Alexis Carrel. Petit in-8 de 64 pages. Paris 1936, chez Maloine.

L'influence invisible. Révélations des secrets thibétaires (traduit de l'anglais), par le Dr Alexandre Cannon. In-16 de 223 pages, aux Editions du Prieuré, Bazainville (S.-et-O.) 1935.

IVe CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

L'ART DANS L'ÉDITION MÉDICALE (1)

Par Maurice LOEPER

Ce fut vers 1926, je crois, qu'un Comité franco-italien composé de personnalités les plus marquantes de la noblesse, de la politique et des arts, eut la très heureuse idée de réunir à Paris, au Pavillon de Marsan et à la Nationale une collection à la fois abondante et rare, de livres italiens. L'initiateur était un Italien distingué, M. Tammaro de Marinis dont on sait la compétence et la foi, et ses collaborateurs érudits, le Directeur de la Nationale, M. Roland Marcel, et celui de Sainte-Geneviève, M. Boinet.

Les Bibles, les Livres d'heures, les vieux Missels, toutes les merveilles de ce xvie siècle où Rome rivalisait avec Venise, et Florence avec Padoue, resplendissaient de charme et de fraîcheur. Combien de bibliophiles furent émus, troublés, confondus, devant ces enluminures à la fois naïves et brillantes, ces symphonies de rouge, d'azur et d'or, ces caractères sobres et élégants ou ces calligraphies déliées, ces amours et ces roses, ces profils de Saints et de condottières, ces femmes à la silhouette séduisante et ces vierges toutes de candeur et de pureté.

Peut-être est-ce de ce souvenir, aujourd'hui encore si vif et si présent, qu'est née cette Conférence ?

Certes, dans la riche collection du vieux Livre, on voit plus de Mystères, de Danses macabres, de Philosophie et d'Histoire que de Médecine. Procope y côtoie Cicéron, Homère, Juvenal et les sonnets de Pétrarque, la cosmographie de Ptolémée. Mais Celse, Rhazès, Dioscoride y sont aussi.

Le Livre médical, pour moins soigné et moins richement illustré qu'il soit souvent, sait allier lui aussi, la perfection et la grâce, la noblesse et l'harmonie.

L'art, d'ailleurs, ne se dégage-t-il point déjà de la physionomie d'une page, de l'ordonnance d'un texte, de l'impeccable profil d'une ligne, de la netteté des caractères et du relief des majuscules. Janson et Ratdolt ne l'ignoraient pas qui se refusaient souvent à l'illustration.

Le Gothique, dans son élégance, le Romain dans sa sobriété ne sont pas moins décoratifs que le Chinois ou que l'Arabe.

Combien elle est alerte et ailée l'écriture des vieux manuscrits, combien délicates sont ces volutes, ces guirlandes et ces fleurs. Les majuscules colorées ponctuent la page et sèment par places de jolies notes écarlates. Un moine du Mont-Cassin, ami de Charles d'Anjou, fit ainsi de la Summa Medicinae de Rhazès une merveille. Et il existe des dessins aux traits naïfs et charmants. Tel le Traité de chirurgie de Roland de Crémone conservé pieusement dans une bibliothèque de Rome. La saignée y est représentée dans un style qui rappelle à la fois les chapiteaux de nos cathédrales et les vieilles arybales de la Grèce antique ; un mire appuyé contre une frêle colonne pique d'une lancette le pli du coude du patient. Le sang jaillit et le pauvre homme, à peine assis sur son siège à quatre petits pieds, semble implorer le serviteur qui se tient près de lui.

Qu'importe si l'image est un peu lourde, puisqu'elle est toujours étonnamment suggestive. Dans les « virtutes balneorum », sujet cher à nos pères, on voit cinq patients sous une voûte de pierre : l'un fait chauffer le récipient, l'autre le hume, trois autres encore se gargarisent, la tête rejetée en arrière, dans des poses impayables, tandis qu'au premier plan un personnage nu se penche vers la fontaine aux flots denses pour recueillir l'eau bienfaisante.

(1) Conférence faite à Venise le 30 septembre 1936, en présence de S. A. R. et I. le duc de Gênes, à la séance inaugurale du Congrès de la Fédération de la Presse Latine. Voir G. H. N° 80.

Cette technique, cette facture sera encore celle des Incunables qui sont comme l'on sait en grand nombre vénitiens.

Les petites majuscules sont colorées au pinceau ou encadrées d'un trait rouge, elles sont comme des coquelicots dans le vaste champ des lettres.

***

On doit admirer la patience, l'ingéniosité de ceux qui devaient composer de tels volumes. L'impression était longue, l'application de l'encre au tampon était médiocre, les bavures étaient fréquentes, les reliefs mal accusés et les traits un peu confus.

Heureusement le caractère mobile, la planche indépendante, vont rendre le travail plus parfait et plus facile, et améliorer le texte comme les illustrations.

On attribue généralement aux Chinois la découverte du caractère mobile comme celle du papier et de l'impression. On ne doit pas oublier non plus que l'idée de substituer à la planche en bois une écriture plus maniable, plus homogène, toujours semblable à elle-même, était dans l'air au xve siècle et que Waldfogel l'orfèvre, et Coste le marguillier, en avaient tenté déjà la réalisation. Mais Gutenberg est bien le créateur de l'imprimerie s'il n'en est pas tout à fait l'inventeur, il a fait du caractère mobile chose pratique et définitive.

On ne parle guère de ses livres de médecine, seulement de ses Lettres d'Indulgence et de cette Bible en quarante-deux lignes qui font sa gloire ; mais ses associés ou ses successeurs ne dédaigneront point les médecins et ils mettront leur talent à leur service. A Ulm et à Cologne, à Lubeck et à Bâle, dans la vallée de l'Adige comme dans celle du Rhône, les élèves, parfois peu scrupuleux, du maître répandront un peu partout ses bois et ses caractères, et ils apporteront autant de fini, d'élégance, aux œuvres médicales des Latins, des Grecs et des Arabes qu'aux comédies de Térence ou aux fables d'Esope.

En veut-on des exemples : « l'art de distiller les corps simples », de Jérome Brunswyg, édité par Gruninger, la « vertu des Eaux et des Herbes », édité par Mareschal et « l'Hortus Medicinae » de Meydenbach. Quels jolis titres n'est-il pas vrai ? Mais aussi quelles gracieuses images dans lesquelles la souplesse des formes et le charme du dessin ne nuisent point à l'exactitude. On y reconnaît des cornues, des fourneaux, des hommes et des femmes qui cueillent des plantes, et des animaux de toutes sortes en liberté. On y voit même la comtesse de Boulonge sous son hennin, jolie et timide, qui récolte des simples sous l'œil attentif d'un vieux mire en bonnet. Et de telles illustrations placées dorénavant en hors texte sont de véritables petits tableaux.

En cette fin de siècle, la science, les lettres, l'art s'éveillent au souffle régénérateur et puissant de la Grèce et de l'Orient, ils franchissent les Alpes et, d'un bond rapide et ailé, vont s'épanouir sur le monde.

Tandis qu'Erasme entre deux crises néphrétiques penche son visage racé, réfléchi, mais quelque peu mélancolique, sur l'Eloge de la Médecine et de la Folie, que Luther fulmine contre la Religion, et Paracelse contre les Galénistes, Manuce et Janson travailleront à Venise, Tierry Martens à Alost, Chaussart à Lyon, Koburger à Nuremberg.

D'une ville et d'un pays à l'autre, les imprimeurs voyagent, suivis de leurs aides et de leur matériel ; parfois nomades et parfois fixés, ils s'installent ou passent suivant les commandes qu'ils recueillent ou les succès qu'ils remportent. L'Imprimerie, messagère de pensée, se fait la dévouée servante de la Médecine comme de la poésie ou de la religion.

***

On raconte que Janson le Tourangeau fut envoyé par lettre spéciale du Roy de France pour étudier, on devrait dire pour surprendre, le secret de Gutenberg. Il suivit tout d'abord l'Ordonnance royale scrupuleusement, mais dès qu'il fut instruit, il fit une fugue à Venise et il y resta. Et le roi fut volé. Peut-être aucun pays ne pouvait-il lui offrir milieu plus favorable à l'épanouissement de son talent et de son génie ?

Venise était en effet à cette époque la ville du faste et de la richesse, un peu hautaine et triomphante ; un rien de paganisme, de la sensualité ; l'art le plus raffiné, la vie la plus joyeuse, les plus jolies parures, les palais les plus ouvragés et les fresques les plus lumineuses. C'est Pietro et Bellini en attendant les géants de la peinture, les monstres de génie, « Monstri de ingenio ».

Janson a décidé d'y travailler. Pas plus que les Spire qui l'avaient précédé, ou que Ratdolt qui le suivit, il n'est éditeur d'œuvres musicales. Mais la Médecine utilisera largement ses caractères, ces admirables lettres romaines qui sont comme gravées dans la pierre.

Sous une reliure souvent molle, la première page apparaît avec son frontispice, son titre et sa marque et elle a déjà grande allure. Bonnyn dans les « Secreta medicinæ » a figuré un ange aux ailes déployées debout entre deux colonnes Renaissance, tenant de ses mains un reliquaire. Et c'est là qu'il a inscrit le nom de l'éditeur Vincent de Portunaris de Monteferrata.

Dans une édition de Paracelse, on voit le portrait de l'auteur tel que le peignit Van Scorel qui préside à la Scientia immutabilis ; dans une édition un peu plus tardive, on voit les deux Van Helmont encadrés de toutes les armes de la famille sous l'œil attentif de la Sagesse et de la Nature :

Sapientia mater et Natura nutrix.

Et j'en pourrais citer bien d'autres.

Certes, dans ces vieux livres, le titre n'est pas toujours exactement aligné ni proportionné. La ligne est coupée au milieu de la phrase, au milieu même du mot. Mais cette erreur n'est pas choquante et souvent un changement de couleur vient l'atténuer heureusement.

***

Ouvrons le volume ; étudions un peu son texte. Sur un vergé un peu épais, le vélin ne viendra que plus tard, une ou deux colonnes de lignes nettes et bien régulières qui s'amincissent souvent pour terminer le chapitre.

Les titres peuvent être d'un caractère différent de celui du chapitre. Des notes nombreuses sont adossées au texte, elles sont écrites en italique, dans cette aldine que l'on doit à Manuce et qu'il appela lui-même chancelière.

Le contraste entre l'Italique et le Gothique ou le Romain fait d'emblée dans la page une manière de sélection.

C'est ainsi que sont imprimées les nombreuses éditions de Vesale, celles de Paré, de Fallope, de Dioscoride et aussi de Mathiole, l'érudit et imaginatif Mathiole, dont le succès est tel qu'il atteint le chiffre colossal de vingt-six éditions.

Ratdolt était d'Augsbourg. Il vient lui aussi travailler à Venise. Il est le père de ces belles majuscules ornées, à rinceaux, enveloppées de banderoles et de feuillage. On en fera après lui de plus compliquées, de plus aiguës, de plus flamboyantes même, de plus charmantes aussi, avec de petits anges joufflus qui montrent la tête dans un ovale ou dans un angle.

Le livre sur la peste de Maître Oger Ferrier, médecin natif de Toulouse, édité par le délicat Jean de Tournes, entre les fables d'Esope et le Calendrier historial, fourmille de ces petites vignettes.

L'auteur, comme tant d'autres, pose naïvement la question : Quelle chose est la peste ? Il y répond par un texte un peu simple, mais assez imagé, suggestif et joliment décoré.

Des illustrations semblables, mais encore plus variées, se retrouvent dans Mathiole, dans Paré, dans d'autres. Champêtres ou équestres, gaies ou sévères, une tête de satyre dans

l'L, un ange dans l'O, un porc-épic dans l'A, etc... On voit même dans les Aldes, qui ont le sens de la majesté, un homme qui tient un lion, une femme qui conduit un char, un soleil qui se lève, un cheval qui saute, un aigle qui dévore le foie d'un homme couché. Et tout cela est très parfait.

En ce qui concerne les hors-textes, il faut distinguer le dessin d'illustration et le dessin d'enseignement. Le premier est plus remarquable que le second. Est-ce parce qu'il permet l'imagination et qu'il n'exige pas l'exactitude ? Chacun connaît, parce que les bois en ont été partout reproduits, le « Fasciculus medicinæ », de l'Allemand Ketham, qui connut sept éditions. Il est de 1491.

Une de ces illustrations représente, dans un décor Renaissance, un groupe de personnages en bonnet qui se consultent, et dont l'un désigne un vase que tient un valet, tandis qu'une petite tête curieuse d'enfant de chœur se penche à une fenêtre pour surprendre la conversation.

Une autre nous montre un mire debout près du lit d'un malade dont il prend doucement la main sous les regards attentifs d'un aide, d'une femme aux longs plis et de deux serviteurs portant un cierge.

Certes, cela ne vaut pas les estampes de Dürer, d'Holbein ou de Botticelli pour l'Epitome, la folie d'Erasme ou le songe de Rolyphile. Le Ketham des Gregoriis ne vaut pas son Hérodote, mais il a de la ligne et de la grâce.

On peut reprocher à l'illustration de l'époque d'être assez mal adaptée au texte, et de ne rappeler souvent que de très loin la description de la maladie ou de l'organe ; d'être un peu un hors-d'œuvre et s'il y a des planches plus explicites, qui servent à l'enseignement et sont même dessinées par des spécialistes, elles ne sont pas toujours exactes ni très démonstratives.

Il faut pourtant citer Burgkeim, qui s'est directement inspiré de la nature quand il a entrepris l'Histoire Naturelle de Pline ; Valgrisi qui a représenté très exactement les plantes, la gentiane, les aconits, le musc, le castor du Livre de Mathiole, enfin le dessinateur d'Ambroise Paré qui a fort bien figuré la circulation, les appareils, les instruments et les rapports du médiastin et du récurrent, dont la description est méticuleuse.

Mais il est rare que l'artiste puisse résister à son imagination ; il s'applique plus à l'oiseau de paradis et à l'aigle qu'au trépan et à la fracture. Il y va même volontiers de son petit tableau : le découpage de la baleine avec ses tonneaux, ses pêcheurs, sa mer agitée et le monstre étendu sur le sable, ne serait point renié par Breughel. Grande composition pour un pauvre médicament. Mais je ne regrette pas ce mélange d'imagination et de vérité.

Il crée une heureuse diversion à la tristesse de certains sujets et vous porte pour un temps vers d'autres sphères ou d'autres objets.

Les figures frivoles reposent l'esprit et dissipent les craintes. Et ces petits anges insouciants et joufflus qui jouent à cache-cache entre les lettres mêmes du titre ne nous invitent-ils pas à oublier tout ce que comporte d'inquiétant cette terrible maladie : les Tumeurs.

***

M. Sylvestre Bonnard, cher à Anatole France, quand il voyait un beau livre, ne résistait pas au plaisir de le palper de ses mains fines et d'y chercher la volupté d'une caresse.

Peut-être le Livre médical l'eût-il quelque peu déçu.

Ses reliures n'ont pas la recherche d'un Guillaume Eustace ou d'un Pietro Bembo, et ce n'est pas pour lui que Grolier faisait venir ses maroquins du Levant. Il est en bois et c'est bien lourd, en parchemin et c'est bien mou, en peau de truie ou de veau et c'est mieux. Grâce à Manuce, il sera bientôt de carton recouvert de basane et c'est commode, nous nous en rendons compte aujourd'hui. Point d'émaux, de camées, de médaillons, peu de semis, peu d'entrelacs. Le sujet ne tente pas. Quelques dessins persans ou byzantins pourtant et aussi des estampages qui ne sont pas à dédaigner. On les apprécie particulièrement dans l'Avenzoar des Junte où des personnages, moines, femmes, anges, des médaillons en plein cuir blanc forment un triple cadre aux deux plats et aussi dans quelques autres volumes de la même époque.

Certains de nos pères préféraient les grands *in-quarto* qu'ils lisaient penchés sur une large table à pieds ouvragés, dans le silence du cabinet, sous la double lueur d'un vitrail et d'une flamme tremblotante.

Mais d'autres avaient une prédilection que je comprends pour le petit in-16, ce bréviaire, ce compagnon chéri de tous les jours que l'on dévore jalousement, dans le secret d'une rue écartée, à l'abri des indiscrets. C'est certainement pour ce dernier usage que furent éditées « les Erreurs populaires de Laurent Joubert », qui sont bien le plus délicat joyau de bibliothèque que l'on puisse voir.

***

Dis-moi qui tu hantes et je te dirai qui tu es.

Dis-moi quelle est ta marque, ta devise et je te dirai ce que tu penses. La marque des éditeurs était toujours soignée, ouvragée, parfaite, définitive, et aussi leur légende délicate ou spirituelle. Est-ce par un scrupule respectable d'égalité ou par modestie que nos éditeurs d'aujourd'hui ont à peu près tous abandonné ce charmant usage d'une devise et d'un blason ?

Au XVIe siècle, il y a des cœurs et des croix, des ancres et des fleurs de lys, des lions, des dragons et des dauphins. des monogrammes et des initiales. Ici voici le Temps avec sa grande faulx, là un vieillard qui cueille des fruits. Là encore le vieux saint Claude avec l'homme sauvage dans la marque de Nicolas Buon ; les deux chevaux de Chevalon qui sont presque une devinette, et aussi l'ancre et le dauphin des Aldes : Hâte-toi lentement.

La marque change peu à travers les siècles, mais elle se met à la mode : les amours Renaissance font place au cadre Louis XIV. La mentalité du personnage continue de s'affirmer dans la légende placée en banderole.

Voici la vertu : *Hunc aciem sola retundit virtus*, écrit Colline.

Voici le travail : *Labore et constantia*, dira Plantin.

Buon a pleine confiance : *Mecum porto omnia mea.*

Un autre est insouciant : Vogue la galère.

Et Jean Petit n'hésite pas devant un jeu de mots : Petit à petit Petit « *appetit* ».

L'art n'est pas seulement dans la création, dans l'expression. Il est aussi dans tout ce qu'il fait naître de sentiment, d'impressions, de réflexions, d'émotion ou de joie.

C'est vers ces vieux artisans, ingénieux, spirituels, tenaces, pleins d'imagination, de verve et de foi, que doit aller notre reconnaissance, à nous, étudiants, médecins, professeurs, écrivains, journalistes médicaux. Ce sont eux qui fixèrent dans sa forme, presque définitive, aussi bien le livre scientifique que le livre religieux. le livre littéraire que le livre médical.

***

Après la Renaissance et le XVIe siècle, on ne modifiera guère les caractères. On prendra plus exacte mesure du titre ; on fera de plus stricts alignements. Les reliures seront plus sobres, le décor moins chargé, les arabesques et les fioritures plus rares. Avec leur médaillon solitaire et leur bordure unie ou à peine dentée, le maroquin, la basane ou le cuir auront toujours grande allure. Plus distingués, aussi riches même et annoblis encore par la patine du temps.

Les gravures seront plus fines, plus modelées, leurs ombres et leurs reliefs seront plus accusés. Elles mériteront bien ce joli nom, si expressif, de taille-douce. Le cuivre fut un gros progrès. A vrai dire, la pratique du cuivre était déjà bien connue de Plantin. Née sur les bords de l'Arno, chez les orfèvres florentins, elle reproduisit au début les plus fines images de Botticelli, de Ghirlandajo, puis, grâce à Fontainebleau, où trônaient le Primatice et Rosso, elle se généralise bientôt à toute l'édition française. Et l'acier viendra à son aide.

La médecine en prend sa part. En belles pages, sur culs-de lampe ou en hors-textes, c'est la gravure qui présente le livre, qui l'enrichit ou le complète.

Femmes drapées aux seins fermes, à la chevelure abondante figurant la Médecine ou la Science : Abbés, la tiare en tête, prenant la main du moribond ; Sagesse casquée comme Minerve ou nue comme Vénus ; Hygie tenant le flambeau et poursuivant Mercure ; petits amours se chauffant aux mouffles de terre cuite ; tout cela est reproduit avec cette grâce, ce charme à peine précieux et maniéré, d'une époque aimable, toute de révérences et de galanterie.

Que de portraits de Maîtres seraient dignes de figurer en une galerie médicale : à Hafnia, autrement dit Copenhague, Bartholin et sa toque et les six anatomistes ; à Leyde, le profil à perruque de Morgagni.

Que d'illustrations aussi, élégantes, spirituelles, adorables !

Cette jeune fille qui tient un scalpel et qui guide par la main l'anatomiste à la poursuite d'un amour brandissant un fémur, préface le livre de Morgagni. Cette femme qui se détache sur un paysage montagneux, où l'on reconnaît une mine et ses trésors, illustre la chimie de Nicolas Lefebvre, apothicaire du Roy.

La grande œuvre de Baumé, cet Académicien qui tenait boutique et fourneaux rue Saint-Honoré, et qui fit autre chose que les gouttes amères, son Traité de chimie expérimentale, présente une vignette admirable de Moreau le jeune et un portrait de l'auteur par Cochin, tout plein de vérité, de grandeur et de vie.

Et je ne sais rien de plus parfait, de plus varié, de plus riche, de plus expressif, que les volumes de Lavater, l'étrange personnage qui étonna le XVIIIe siècle, où fourmillent les crânes, les effigies, les bosses et les portraits et où Voltaire ironique, réfléchi, interrogateur, méprisant, apparaît dans une série de poses dignes du Carnavalet.

Il est vrai que l'impression était alors plus facile, le tirage plus rapide, l'encrage plus parfait. Bientôt le *Journal Médical* en tirera parti lui aussi, car il va naître, profiter de l'aubaine, grandir et se multiplier. Il usera de plus en plus du dessin et le fera de plus en plus méticuleux et exact.

« Journal de Trévoux » avec votre vieux Microscope, « Acta eruditorum » avec la chaudière de Papin, « Médecine éclairée par les sciences physiques » sous l'œil attentif de Fourcroy, vos dessins sont gracieux, charmants, mais encore bien hésitants.

Voici venir le bois gravé, la pierre, le zinc, qui feront plus, mieux et plus vite que le cuivre ou l'acier et qui permettront le mariage des couleurs, la mise en valeur des reliefs et la précision des contours. On va maintenant faire du vrai et du démonstratif et l'on abusera de la phototypie.

Foin des hors-d'œuvre et du temps perdu. Notre siècle est celui de l'éducation rapide et des publications en série. Ceci a tué cela.

Est-ce à dire qu'il n'y a plus d'art dans les belles planches de Vicq d'Azyr, de Bourgery, de Cruveilhier, de Sappey ? Nullement. Mais ce n'est plus le même.

Nous voulons surtout de la vérité et de la vie.

Le dessinateur doit être le collaborateur de l'auteur. Il ne doit plus travailler pour son propre agrément ou son propre succès. A ce point de vue, souvent il ne vaut pas le photographe.

La composition de nos livres reste correcte ; l'alignement est impeccable, le papier a souvent belle apparence, glacé, vélin ou granité. Il peut avoir plus d'œil que l'ancien, mais il n'aura pas la même durée. La couverture est décente et la reliure parfois cossue. Mais tout est standardisé et l'éditeur n'a plus de marque !

Nous avons laissé la fantaisie pour l'exactitude, le rêve pour la vérité ; le superflu, qui est pourtant si charmant, pour le nécessaire qui est parfois plus aride.

L'art y a sans doute perdu. La science y a gagné et c'est là l'essentiel.

***

J'ai peut-être été quelque peu prolixe. Dans cette rétrospective du livre médical j'ai fait la part du XVIe siècle considérable et celle de notre monde latin très prédominante. Je crois que c'est justice.

Le XVIe siècle, ce fut la fécondation des esprits et la renaissance des arts ; ce fut la sève qui monte et les rameaux qui poussent, ce fut l'amour de la forme et de la beauté ; ce furent aussi les initiatives heureuses, les entreprises hardies, les voyages, les échanges et aussi les rivalités.

L'imprimerie est partie du Nord, je le sais et ne le méconnais point. Mais elle s'est raffinée en Italie, puis en France et dans les Flandres.

C'est sous le ciel latin surtout qu'elle a atteint et très vite sa maturité, sous ce grand soleil de l'Italie qui avive les couleurs et réchauffe les enthousiasmes, qui donne aux idées la clarté, à la langue son mordant et sa souplesse ; qui féconda les peintres, les poètes et les musiciens de Mendelssohn à Mozart et de Stendhal à Musset.

Tandis que l'Italie toute vibrante marque sa soif de grandeur et sa volonté de progrès, qu'elle veut reprendre au cœur de l'Europe son action profondément ordonnée et civilisatrice, l'heure est venue, je crois, de faire le bloc impérissable et inébranlable des Latins. Si l'on en croit la légende, le Doge jetait chaque année dans la mer l'anneau d'or, symbole des fiançailles toujours renouvelées de Venise avec la mer. Faisons, nous aussi, une alliance solide et durable de nos caractères et de nos qualités. Malgré des différences que je ne souligne pas, nous avons le culte religieux de la beauté et le sens profond de l'humanité.

Recherchons la noblesse, la clarté, l'élégance. Soyons comme jadis enthousiastes, mais mesurés, ingénieux, mais pratiques, audacieux, mais réfléchis. C'est le blason de Manuce, l'ancre et le dauphin, promptitude et pondération Cultivons l'Idée, cette flamme qui illumine la route et conservons jalousement notre personnalité. N'est-ce pas Henri Bayle qui proclamait déjà, au cours de son voyage en Italie :

« On a beau faire, on n'est grand, si on est grand, qu'en restant toujours et fermement soi-même. »

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE ET DE L'ÉLECTROLOGIE MÉDICALES.

Chaire de physique médicale. — Professeur : M. André Strohl.

Institut du Radium. — Directeurs : M. A. Debierne et Dr Cl. Regaud.

Enseignement organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris.

Les cours commenceront le 3 novembre.

Prière de s'inscrire avant cette date au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION. 17, RUE CASSETTE.

N° 82. — MERCREDI 14 OCTOBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Composition écrite : Anatomie.*

Question sortie : Nerf médian à partir du pli du coude. Ses branches collatérales, terminales et anastomotiques (sans histologie, ni physiologie).

Questions restées dans l'urne. — 1. Nerf récurrent gauche sans histologie, sans physiologie et sans embryologie. — 2. Anatomie descriptive de l'appareil ligamentaire et meniscal du genou, vaisseaux et nerfs, sans les rapports, sans l'histologie, sans la physiologie. — 3. Glande sous-maxillaire avec ses vaisseaux, ses nerfs et sa physiologie (sans le canal excréteur, sans histologie, sans embryologie). 4. Question sortie). — 5. Configuration extérieure et rapports de la trachée (sans histologie, sans physiologie, sans embryologie). — 6. Anatomie descriptive et rapports de la tête du pancréas (sans histologie, sans physiologie, sans embryologie). — 7. Tronc de l'artère sous-lavière droite avec l'origine seule des branches (sans histologie, ni physiologie, ni embryologie). — 8. Les deux muscles pterygoïdiens. Leurs vaisseaux, leurs nerfs et leur physiologie (sans l'histologie). — 9. Nerf phrénique gauche et la physiologie des nerfs phréniques (sans l'embryologie ni l'histologie).

Préfecture de police. — Rappelons qu'un concours pour la nomination à deux emplois de médecins à la maison de Saint-Lazare, s'ouvrira à la Préfecture de police, le vendredi 20 novembre 1936.

Le registre d'inscription sera clos le samedi 17 octobre à midi. Les conditions d'admission et le programme des matières du concours sont tenus à la disposition des candidats, à la direction du personnel de la comptabilité et du matériel, à la Préfecture de police, caserne de la Cité.

Les médecins de Saint-Lazare, qui sont tout d'abord affectés au Dispensaire de salubrité, en qualité de médecins adjoints, reçoivent une rémunération annuelle de 4.300 fr. et peuvent être nommés, dans la suite, médecins titulaires au traitement annuel de 8.500 à 18.000 fr.

Faculté de médecine de Paris. — *Visite médicale pour les étudiants.* — La Faculté de médecine a organisé, l'an dernier, une visite médicale pour les étudiants qui commencent leurs études. Elle se propose de reprendre, cette année, la même organisation.

Bien que cette visite ne soit pas obligatoire, MM. les étudiants sont instamment priés de se rendre à la convocation qui leur sera adressée. Cette visite médicale est faite dans leur intérêt : trop de jeunes étudiants tombent sérieusement malades au début de leurs études médicales pour qu'il ne soit pas de leur devoir d'aider leurs maîtres dans la protection de leur santé. Cette visite est surtout orientée vers l'examen de l'appareil respiratoire et vise particulièrement la prophylaxie de la tuberculose. Elle est faite par des médecins des hôpitaux et des chefs de consultation, sous la haute direction des professeurs de la Faculté et du corps médical des hôpitaux.

Toutes les précautions seront prises pour que le secret médical soit strictement respecté. Si les étudiants le désirent, les résultats de leur examen médical pourront être communiqués à leurs parents ou au médecin de leur famille. Le Doyen, convaincu que cette visite médicale donnera d'excellents résultats, ne doute pas que les étudiants ne répondent à l'appel qu'il leur adresse au nom de leurs maîtres.

Les visites médicales commenceront le lundi 19 octobre, à l'hôpital Laënnec (consultation), à 20 h. 1/2. Les étudiants seront convoqués individuellement au moment de leur inscription.

Ecole du Service de santé militaire. — LISTE DES CANDIDATS ADMIS A LA SUITE DU CONCOURS DE 1936 (section de médecine). — A. *Candidats à quatre inscriptions.* — MM. Flachaire ; Pédelahore ; Zicavo ; Porra ; Roy ; Van Huffel ; Pellenc ; Léculée ; Berger ; Tétart ; Legeais ; Labansat ; Kaydel ; Favier ; Luciani ; Gobin ; Benoist ; Heuls ; Arnoult ; Valette ; Mases ; Waht ; Couture ; Auger ; Seux ; Chiozza ; Cruaud ; Camou ; Lazerges ; Alaize ; Savattier ; Armand ; Bourdinaud ; Mahé ; Bruère-Dawson ; Grosbois ; Berdy ; Duchesne ; Cochinard ; Martin ; Capdeville ; Uchan ; Vigo ; Voegtlin ; Barrié ; Dameron ; André ; Adda ; Michal ; Saugrin ; Touboul ; Achiary ; Maillefert ; Combet ; Besle ; Rey-Musy ; Schmitter ; Maurin ; Le Saux ; Le Bras ; Ricaud ; Bétrom ; Moras ; Gaspéri ; Terneau ; Grandjean ; Rossi ; Saillour ; Colonna ; Fouanon ; Pézerat ; du Mesnil ; Le Borgne ; Luciani ; Boileau ; Roberjot ; Figarède ; Quémener ; Franceschi ; Mérouze ; Heintz ; Lapeyssonnie ; Cavalin ; Arragain.

B. — *Candidats P.C.B.* — MM. Jonquères ; Delaruelle ; Baixas ; Michard ; Bourdon ; Fribourg-Blanc ; Humbert ; de Rudder ; Robert ; Villoutreix ; Issert ; Rigal ; Barthès ; Bernard ; Sureau ; Bellemin ; Coirault ; Bocé ; Picq ; Renevey ; Laflaquière ; Sauzède ; Maître ; Desjardin ; Limouzin ; Sournia ; Teil ; Pelage ; Schmuck ; Pré ; Pottier ; Lanta ; Robert ; Debucquet ; Aéberhardt ; Flandin ; Valet ; Munier ; Gautheret ; Bertein.

En cas de démission de candidats admis, une liste complémentaire sera éventuellement publiée.

Les élèves admis à la suite du concours de 1936 devront se présenter au médecin général, directeur de l'Ecole du service de santé militaire, 18, avenue Berthelot, à Lyon, le 15 octobre 1936, à huit heures du matin.

Corps de santé des troupes coloniales. — M. le médecin général Cazanove, nommé directeur du service de santé et inspecteur des services sanitaires de l'Afrique équatoriale française, a été affecté à la direction du service de santé des troupes coloniales dans la métropole, jusqu'à la date de son embarquement, fixée au 6 novembre 1936.

Association française de chirurgie. — *Bureau pour* 1937. — Président : M. Rouvillois (armée) ; vice-président : M. Léon Imbert (Marseille).

Questions à l'ordre du jour :

Physiologie pathologique des brûlures. — Traitement des fractures de jambe. — Traitement chirurgical des embolies artérielles des membres.

Société française d'orthopédie. — *Bureau pour* 1937. — Président : M. Sorrel ; vice-présidents : MM. Rocher (Bordeaux), Lance ; secrétaire général : M. Tavernier (Lyon) ; secrétaire général adjoint : M. Richard (Berck) ; trésorier : M. Leveuf (Paris).

Fédération des Sociétés des Sciences médicales de l'Afrique du Nord. — Le *Congrès*, organisé chaque année par la Fédération des Sociétés des Sciences médicales de l'Afrique du Nord, aura lieu à ALGER, les 22, 23 et 24 mars 1937, sous la présidence de M. le professeur Gillot.

Plusieurs rapports seront présentés sur la question mise à l'ordre du jour, qui est la suivante : « les typhus ». Des discussions suivront la présentation des rapports ; des communications seront admises.

A l'occasion de ce Congrès, la Ligue française contre le Rhumatisme a décidé de tenir sa prochaine réunion à Alger.

Pour tout renseignement, concernant le Congrès d'Alger, s'adresser aux secrétaires du Congrès : professeur Senevet, Faculté de Médecine d'Alger, et docteur Sarrouy, 47 *bis*, rue d'Isly, Alger.

Association française pour l'étude du cancer. — Miss Maud Slye (de Chicago) a fait lundi 5 octobre, à la Faculté de médecine, amphithéâtre d'anatomie pathologique, de Paris, une conférence sur le rôle de l'hérédité dans le cancer, d'après ses travaux personnels les plus récents.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Pourteyron, ancien député de la Dordogne, décédé à l'âge de 91 ans.

Jean CORNILLON

(1844-1936)

Il était le dernier survivant de cette promotion qui, nommée le 27 décembre 1867, comprenait, entre autres, les noms de Richelot, Grancher, d'Espine, Monod, du Castel, Picot, Joffroy, Labadie-Lagrave, Malassez et Huchard. Son internat terminé, il retourne dans son cher Bourbonnais. Il s'installe à Vichy, où sa science, son sens de la clinique, son dévouement aux pauvres et aux malheureux lui créent d'emblée une situation enviable. En même temps, il se lance dans la politique. Il s'arrange pour être, non *au-dessus de la mêlée*, mais en pleine mêlée, « partout où il y a des coups à donner ou à recevoir », adversaire redoutable quoique loyal, ne sollicitant rien pour lui ni pour les siens, s'efforçant seulement de faire triompher ses idées, souhaitant que la République reste toujours aussi belle qu'elle l'était sous l'Empire... Après un demi-siècle de vie professionnelle et sociale, il se retire à Moulins. Il passe son temps aux Archives, il fouille les études de notaires, il dépouille maint papier de famille. Il en extrait la substance de ces beaux livres qui ont pour titres *Mélanges d'Histoire du Bourbonnais*, *Le Bourbonnais à la fin de l'Empire et sous le gouvernement de la Défense nationale*, *Le Bourbonnais pendant les Cent Jours*, *Le Département de l'Allier en* 1830. Il avait déjà publié, avec M. MALAT, une monumentale *Histoire de Vichy*. Il rêvait d'autres recherches lorsque, doucement, la mort est venue frapper à sa porte. Que sa fille, Mlle Raymonde CORNILLON, que ses neveux, M. le docteur et Mme Urbain GUINARD, que ses cousins M. le docteur SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE, M. le docteur et Mme DURANTON sachent la part que nous prenons à leur peine ! Nous aussi, nous ne désespérions pas de le voir devenir centenaire, ce moderne chevalier Bayard, combattant sans peur et sans reproche, cet ami fidèle, cet érudit, ce vieillard dans les yeux duquel aura brillé, jusqu'à la fin, la flamme de la jeunesse.

L. BABONNEIX.

RENSEIGNEMENTS

Docteur recommande dame 50 ans, éduc. parf. Réf. mor. 1er ordre, dés. tr. sit. chez docteur pour recev. clientèle, tél., tiendr. pet. compt., dirig. intér., accomp. Dr stat. therm. été et hiver. — Renseignements : Mme le Dr Lesieur, 21, place de la République, Caen (Calvados).

INFARCTUS DU MYOCARDE ET OBLITÉRATION MASSIVE DE L'ARTÈRE SYLVIENNE DIFFICULTÉ DE L'INTERPRÉTATION DE CELLE-CI : EMBOLIE OU THROMBOSE?

PAR MM.

M. KAPLAN, et A. BOSQUET,

Ancien chef de clinique à la Faculté

Ancien interne médaille d'or des hôpitaux

de Paris.

Nous croyons intéressant de rapporter l'observation suivante que nous avons recueillie dans le service du Docteur J. Cathala, alors que l'un de nous assurait son remplacement de vacances.

Il s'agit d'un homme ayant, au cours de l'évolution d'un infarctus du myocarde, présenté une oblitération massive du tronc de l'artère sylvienne.

Un coma apoplectique avec grosse hémiplégie entraînant la mort en 48 heures fut la conséquence de cette complication.

La vérification anatomique nous a permis de contrôler à la fois l'existence de l'infarctus du myocarde et celle de l'oblitération sylvienne. Nous verrons que la nature exacte de cette dernière peut prêter à discussion.

Victor P..., âgé de 67 ans, entre le 19 septembre 1934 à la salle Bouillaud pour des crises *douloureuses rétro-sternales*.

Le seul antécédent digne d'être noté est une *syphilis* contractée vers 1910. Elle fut d'abord soignée par la prise de pilules pendant quelques mois. En 1913, le malade, qui se trouvait en Allemagne, subit deux injections de salvarsan (606), à la suite desquelles on lui affirma la guérison complète. Il ne subit aucun traitement ensuite jusqu'en 1931. A cette époque s'installe une hémiplégie droite d'intensité assez légère, qui régresse en grande partie. Cet accident entraîne la reprise du traitement antisyphilitique. Le malade se fait soigner à Laënnec. Il a subi depuis 1931 plusieurs séries d'injections, dont il ne peut nous préciser la nature exacte. Au moment de son entrée dans le service, une série d'injections d'acétylarsan était en cours.

Les douleurs qui amènent le malade à l'hôpital débutent le 14 septembre 1934. Il est pris ce jour-là brusquement d'une douleur thoracique siégeant derrière le sternum, qu'elle déborde à droite et à gauche. Elle irradie dans les bras, beaucoup plus dans le bras droit que dans le bras gauche. Elle ne s'accompagne pas d'angoisse. Elle cesse assez brusquement après avoir duré une dizaine de minutes.

Dans la soirée du même jour se produit une deuxième crise douloureuse, exactement semblable, qui dure quelques minutes.

Le malade reste ensuite 3 jours sans présenter aucune douleur.

Le 18 septembre, vers le soir, la douleur réapparaît. Le malade souffre assez violemment toute la nuit et entre à l'hôpital le 19 à la fin de la matinée. La douleur est assez vive à ce moment, le facies du malade est pâle et angoissé.

Deux injections de un demi-centigramme de morphine sont pratiquées dans l'après-midi et la soirée. Une sédation presque complète se produit.

Nous examinons le malade le lendemain 20 septembre. La douleur ne s'est pas reproduite.

A l'auscultation, on trouve dans la région moyenne du cœur un premier bruit un peu assourdi et prolongé. Partout ailleurs les bruits cardiaques sont normaux.

Le pouls n'est pas accéléré, la tension artérielle est à Max. 12, Min. 8 au Vaquez.

L'examen des poumons, de l'abdomen est négatif.

On note du côté droit de légères séquelles de l'ancienne hémiplégie : diminution légère de la force musculaire au niveau du membre supérieur. Le malade ne peut garder longtemps le bras et la main tendus vers le haut.

Les réflexes tendineux sont normaux. Il n'y a pas de signe de Babinski.

La température est à 37°7. Les urines ne renferment ni albumine ni sucre. Un dosage d'urée dans le sérum donne 0 gr. 30 par litre.

Le 21 septembre, on constate une ascension de la courbe thermique, qui a atteint 38°9 la veille au soir et qui est

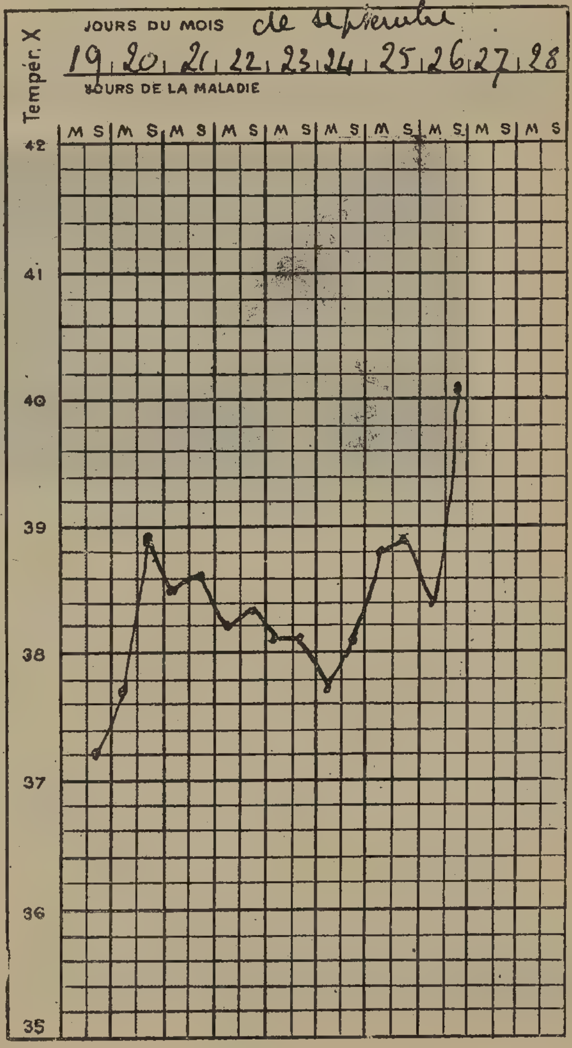


FIG. 1.

encore à 38°5. La douleur n'a pas reparu. Au niveau du cœur les bruits sont normaux sur toute l'étendue de l'aire précordiale. La tension est à Max. 10 1/2, Min. 5.

Les jours suivants, l'état reste sans changement important.

A plusieurs reprises se produisent de légères crises douloureuses de courte durée, que le malade arrête facilement par l'ingestion de dragées de trinitrine-atropine.

La courbe thermique se maintient aux environs de 38° (fig. 1). La diurèse est faible, aux environs de 750 cc. par 24 heures.

Un *examen radioscopique du cœur*, pratiqué le 22 septembre, montre une aorte déroulée d'opacité III, de calibre régulier. La largeur du vaisseau mesurée en OAD est de 3 cm. 5 ; les contours sont un peu flous. Le ventricule gauche est nettement augmenté de volume ; sa corde mesure 11 cm. 5, sa flèche 1 cm. 5.

Le 25 septembre, à 6 heures du matin, le malade fait un *ictus.*

Nous le trouvons quelques heures plus tard dans un coma complet, avec respiration stertoreuse.

L'examen décèle une *grosse hémiplégie gauche* totale. Les réflexes tendineux sont faibles. Le signe de Babinski est net du côté de la nouvelle hémiplégie.

A l'examen du cœur, on perçoit un *double frottement péricardique*, systolique et diastolique d'une intensité exceptionnelle. Il est très râpeux et répond à la classique comparaison de bruit de cuir neuf. Il n'est nullement modifié par la respiration. La palpation décèle facilement sa transmission tactile. La tension artérielle a remonté à Max. 15, Min. 9.

Un nouveau prélèvement de sang est fait pour doser l'urée du sérum, qui est de 0 gr. 22 par litre.

Un *électrocardiogramme* est pratiqué dans la soirée par notre collègue M. Bascourret. On y note comme seule anomalie (fig. 2) une obliquité anormale avec léger bombement du segment S-T, qui n'épouse à aucun endroit, comme il serait normal, la ligne iso-électrique.

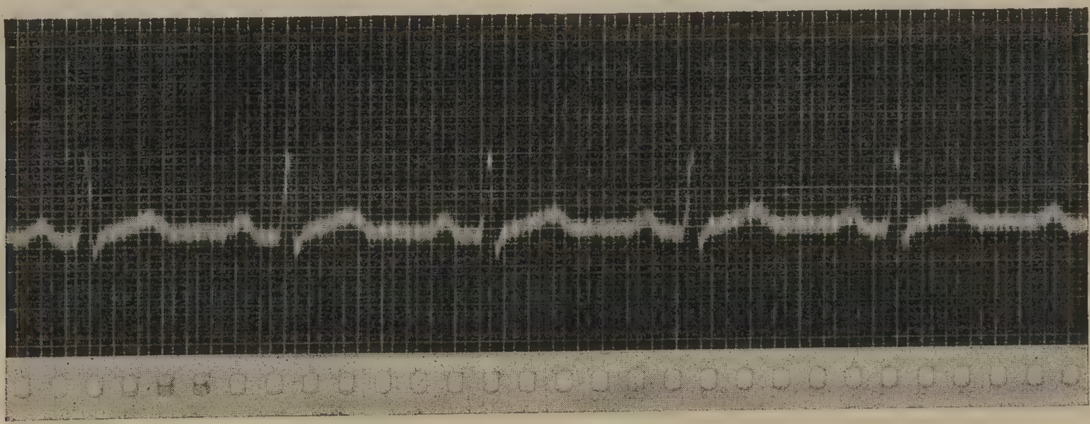


Fig. 2. — *Electrocardiogramme en D2.*

Deux injections d'acétylcholine à 0 gr. 20 sont pratiquées dans les 24 heures.

Le malade reste dans le coma.

Le lendemain, 26 septembre, le frottement péricardique disparaît. La respiration prend le type Cheyne-Stockes. La température s'élève progressivement depuis l'ictus ; elle atteint 40° le 26 au soir.

Une formule leucocytaire faite le 26 septembre donne, p. 100 :

Polynucléaires neutrophiles : 87 ;
Grands mononucléaires : 7 ;
Moyens mononucléaires : 3 ;
Lymphocytes : 3.

Par suite d'une erreur, le nombre total des leucocytes par mm³ n'a pas été compté.

Le malade meurt dans la nuit du 26 au 27 septembre, sans être sorti du coma.

Autopsie le 28 septembre. — Après ablation du plastron sterno-costal, on trouve sur la face antérieure du cœur, dans sa partie gauche, une zone où le sac péricardique adhère fortement au cœur. On décolle cette zone à la main et on constate qu'elle répond sur le myocarde à un vaste infarctus au niveau duquel le feuillet viscéral du péricarde présente un léger exsudat.

Le cœur est extrait. Il pèse 475 gr.

La zone infarcie est située à gauche du sillon interventriculaire antérieur et au-dessous du sillon auriculo-ventriculaire.

Au palper, cette zone s'avère à la fois infiltrée et dépressible. Sa partie gauche est même fortement amincie.

Après séparation de l'aorte et de l'artère pulmonaire et ouverture de l'aorte jusqu'à son origine, on aperçoit les orifices des coronaires qui sont normaux, non oblitérés.

On dissèque l'artère coronaire gauche, puis l'artère interventriculaire antérieure. On arrive ainsi sur le foyer d'infarctus ; l'artère se rompt alors, du fait du ramollissement de son segment compris dans la zone infarcie.

Le segment disséqué depuis l'origine au niveau de l'aorte jusqu'à l'infarctus mesure 7 cm. Il est induré et moniliforme. La zone oblitérée répond à la partie initiale de l'artère interventriculaire antérieure.

L'artère coronaire droite est libérée sur quelques centimètres ; elle est un peu moins indurée que la gauche.

Des fragments de chacune des deux coronaires, prélevés pour examen histologique, montrent l'existence de lésions athéromateuses très marquées sans aucune particularité.

On ouvre le ventricule gauche sur le bord gauche du cœur. Sa cavité est pleine de caillots cruoriques. Une fois cette cavité vidée et étalée, on se rend compte que l'infarctus occupe la majeure partie de la paroi antérieure du ventricule gauche. Sa forme est grossièrement circulaire. Son diamètre mesure de 6 à 7 cm.

Le pôle inférieur de l'infractus est situé au niveau de la pointe du cœur, elle-même entièrement intéressée par l'infractus.

Au niveau de la zone infarcie, l'endocarde est détruit ; les colonnes charnues sont en partie dilacérées. De nombreux petits caillots fibrineux adhèrent à la surface de l'infarctus.

L'appareil mitral, piliers et valvules, paraît intact ; la grande valve est un peu dure.

Les poumons, fortement adhérents en certains points, présentent un aspect de congestion et d'œdème.

La rate est un peu dure et congestionnée.

Le foie, qui pèse 1 kg. 600, présente l'aspect typique du foie cardiaque.

On note au niveau des reins, qui pèsent 150 et 170 gr., un aspect congestif avec dilatation vasculaire et suffusions hémorragiques.

L'examen de l'encéphale montre au niveau de l'hémisphère droit un vaste *ramollissement sylvien total* à l'état de ramollissement blanc. Il comprend la moitié postérieure du lobe frontal, toute la vallée sylvienne. En profondeur il va jusqu'à la couche optique qui est respectée. Il comprend la capsule interne, la région de l'insula, le noyau lenticulaire, le noyau caudé sauf la tête ; il mord en arrière sur le lobe occipital.

Au niveau de l'hémisphère gauche, nous n'avons pas trouvé de trace, macroscopiquement visible, des lésions ayant causé l'hémiplégie survenue en 1931.

L'examen des artères de la base du cerveau décèle l'existence d'une oblitération de l'artère sylvienne droite par un volumineux caillot qui occupe entièrement le tronc de l'artère sylvienne et s'étend sur le segment initial de ses gros-

ses branches (fig. 3). Les autres artères sont indurées sur la plus grande partie de leur trajet, mais on ne décèle nulle part d'oblitération.

Un examen histologique de l'artère sylvienne oblitérée a été pratiqué par notre collègue M. Bolgert dans le laboratoire du professeur Roussy. En voici le résultat :

Le vaisseau a été débité en coupes sériées et les examens ont porté sur différents segments. L'aspect est partout sensiblement identique.

La lumière vasculaire est occupée totalement ou sur sa plus grande étendue par un caillot fibrino-cruorique, témoignant d'un processus récent, et constitué essentiellement par des hématies en voie de désintégration et des travées de fibrine. Ce caillot semble subir en certains points un début d'organisation, caractérisé par l'apparition de nombreux histiocytes, chargés de granulations.

Par ailleurs, la paroi de l'artère est profondément altérée, la limitante élastique externe n'est plus reconnaissable ; toute la partie externe de la tunique moyenne ainsi que l'adventice sont fortement sclérosées et infiltrées d'éléments mononucléés ; la tunique moyenne, dans sa partie interne, est occupée par plusieurs gros foyers d'athérane.

Plusieurs points méritent d'être soulignés dans cette observation.

1° Au point de vue des *signes cliniques* de l'infarctus, le syndrome angineux a été chez cet homme fort peu caractéristique d'une oblitération coronarienne.

La douleur n'a jamais été très violente, il n'y a jamais eu d'irradiations multiples et étendues.

Les deux premières crises ne durèrent que quelques minutes. La troisième fut plus prolongée mais céda facilement à l'injection d'un centigramme de morphine.

Il n'y a rien eu là de comparable aux syndromes douloureux qui évoquent à eux seuls le diagnostic d'infarctus du myocarde, tels qu'ils ont été décrits par Lian et Pollet (1) et par Weissenbach et l'un de nous (2).

En fait, deux symptômes nous firent au bout de quelques jours penser à l'infarctus : d'une part, l'existence de fièvre modérée qu'aucun phénomène infectieux surajouté n'expliquait et qu'accompagnait une formule leucocytaire à prédominance de polynucléaires ; d'autre part, la chute de la tension artérielle de 12-8 à 10 1/2-5 (3). Il n'y a pas lieu d'insister sur la valeur aujourd'hui classique de tels symptômes en faveur du diagnostic d'infarctus.

Mais le signe décisif fut certainement le frottement péricardique qui enleva tout doute de notre esprit. Il fut, chez notre malade, d'une intensité rarement observée, mais ne persista que quelques heures.

2° *Le tracé électrocardiographique* (fig. 2) n'a montré chez notre malade que des modifications légères du segment S.-T. de la courbe ; si réduites, ces modifications ne nous paraissent nullement caractéristiques et ne nous auraient certes pas permis, en dehors de tout signe clinique, d'asseoir le diagnostic d'oblitération coronarienne. Il y a lieu de remarquer toutefois que ce tracé a été pris à une période assez tardive, onze jours pleins après le début des douleurs angineuses.

3° Au point de vue *anatomique*, par son siège (paroi antérieure du ventricule gauche et pointe) et par le rameau artériel oblitéré dont il dépend (artère interventriculaire antérieure) l'infarctus de notre malade répond à un des types les plus fréquemment rencontrés.

A sa surface extérieure existait une large zone d'adhérence péricardique avec exsudat qui est certainement l'origine du frottement perçu.

Du côté de la cavité ventriculaire il nous faut insister sur l'importance des lésions pariétales.

Dans toute la zone infarcie le revêtement endocardique a disparu et les coagulations adhérentes à la paroi sont abondantes.

De plus, la nécrose ischémique a amené une véritable dilacération des couches sous-endocardiques du myocarde. Certaines colonnes charnues rompues flottent dans la cavité.

L'épaisseur de la paroi ventriculaire se trouve du fait de cette dilacération très réduite en certains points. Si le malade avait survécu quelques jours de plus, une rupture du cœur aurait été à craindre.

4° Mais l'intérêt essentiel de notre observation reste sans nul doute l'*interprétation du rapport entre l'infarctus du myocarde et l'oblitération sylvienne.*

Notre impression clinique, renforcée ensuite par les résultats de l'examen anatomique macroscopique, fut en faveur d'une *embolie.*

De nombreux arguments plaident pour cette hypothèse.

Les embolies artérielles, tant de la grande que de la petite circulation, sont en effet très fréquentes au cours de l'évolution de l'infarctus myocardique. Elles ont été signalées par de nombreux auteurs, notamment Gallavardin (1), Lutembacher (2), Léchelle (3), Donzelot (4).

Parmi ces embolies, celles ayant trait aux artères cérébrales sont en bonne place. Elles sont signalées notamment par René Marie (5), Gallavardin (6), Destandau (7), Lutembacher (8).

Dans notre observation, la constatation dans la cavité ventriculaire gauche d'importantes coagulations

(1) C. Lian et L. Pollet. L'état de mal cardio-gastro-angineux et l'infarctus du myocarde. *Presse Médicale*, 21 mai 1924, n° 41, p. 441.

(2) R.-J. Weissenbach et M. Kaplan. Etat de mal angineux hyperalgique et infarctus du myocarde. *Presse Médicale*, 14 juillet 1926, n° 56, p. 881.

(3) Cette chute tensionnelle ne s'est pas maintenue jusqu'à la fin. Après l'ictus, la tension artérielle est remontée à 15-9. On peut peut-être attribuer à la lésion encéphalique ce brusque relèvement terminal de la tension artérielle.

(1) Gallavardin, Gravier et Lesbros. Infarctus myocardique à forme embolique, *Soc. Médic. des Hôp. de Lyon*, 3 mai 1927 et Destandau. Contribution à l'étude clinique de l'infarctus du myocarde, *Thèse de Lyon*, 1921.

(2) R. Lutembacher. Coronarite et infarctus sous-endocardique à forme embolique, *Archives des maladies du cœur*, août 1926 et P. Cavalier, Les embolies dans l'infarctus du myocarde, *Th. de Paris*, 1927, n° 285.

(3) P. Léchelle et R. Boucomont. Sur les embolies pulmonaires au cours de l'évolution d'un infarctus du myocarde, *Presse méd.*, 18 mars 1931, n° 22, p. 399.

(4) Donzelot, A. Meyer et J. Delarue. Forme embolique pleuro-pulmonaire de l'infarctus du myocarde, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 29 mars 1935, p. 579.

(5) René Marie. L'infarctus du myocarde et ses conséquences, *Thèse de Paris*, 1896. Obs. XXXV.

(6) L. Gallavardin et L. Gravier. Formes cliniques de l'infarctus du myocarde, *Annales de Méd.*, t. XX, 1926, p. 161.

(7) *Loc. cit.* Obs. XVII.

(8) In Thèse Cavatier.

au niveau de toute la zone infarcie fait facilement comprendre le mécanisme possible de l'embolie. Il n'est même pas illogique de penser que les débris dilacérés du myocarde dont certains flottaient dans la cavité peuvent eux-mêmes constituer un embolus.

Le début brusque du coma apoplectique, le caractère massif de l'oblitération sylvienne frappant le tronc de l'artère et l'origine de ses branches (fig. 3) plaide également en faveur de l'embolie.

Toutefois une autre hypothèse mérite également d'être envisagée, celle d'une *thrombose primitive* de l'artère sylvienne, de même origine que la thrombose



FIG. 3. — A droite le tronc de l'artère sylvienne droite ouvert et occupé par un caillot qui se prolonge dans les branches de bifurcation de l'artère. — A gauche l'artère du côté opposé dont la cavité est libre de toute coagulation.

coronarienne et ayant évolué quelques jours après cette dernière.

Notre malade, syphilitique ancien, présente un théromeintense et généralisé. Il a eu trois ans auparavant une hémiplégie droite, manifestement en rapport avec une thrombose artérielle cérébrale.

A l'examen anatomique, ses artères encéphaliques, comme ses artères coronaires, sont très atteintes et cette atteinte profonde se confirme par l'examen histologique de la paroi de la sylvienne oblitérée.

Il n'est pas rare, d'autre part, de voir chez un athéromateux plusieurs thromboses de localisation variée se succéder dans un court délai.

Au total, il ne nous est pas possible de prendre complètement parti. L'hypothèse d'une embolie cérébrale, ayant son point de départ au niveau de l'infarctus du cœur, nous paraît plus séduisante, mais nous croyons devoir maintenir des réserves formelles en faveur de l'interprétation opposée.

D'ailleurs, les difficultés d'un tel problème, au cours de l'infarctus myocarde ont déjà été signalées.

Dans une des observations de Destandau (1), un double infarctus myocardique s'était accompagné d'oblitérations multiples des artères rénales et périphériques. L'origine embolique avait été admise, mais l'examen anatomique a révélé l'absence de coagulations intracardiaques et de multiples foyers de thrombose athéromateuse.

(1) Loc. cit. obs. *IV*.

LE Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DU RHUMATISME

Le Ve Congrès international du Rhumatisme s'est tenu du 3 au 6 septembre en Suède, à Lund d'abord, puis à Stockholm, sous la présidence du professeur Ingvar (de Lund), le professeur Kahlmeter (de Stockholm) en étant le secrétaire général et l'admirable organisateur. Il fut un éclatant succès. En plus des personnalités invitées et des dames, venues nombreuses, il réunit 224 membres adhérents accourus par terre, par mer, par air, d'Allemagne, Angleterre, Amérique, Belgique, Brésil, Bulgarie, Danemark, Espagne, Esthonie, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, France, Hongrie, Italie, Lettonie, Lithuanie, Mexique, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Turquie, U. R. S. S. Le rhumatisme est vraiment à l'heure actuelle, dans le monde entier, une des questions qui préoccupent le plus les chercheurs ! La délégation française fut importante : elle était constituée par MM. Dausset, Forton (de Bordeaux), Lacapère, Laignel-Lavastine, Molinéry, Morlaas, Nussbaum, Pauzat (de Bordeaux), Mathieu-Pierre Weil, Weissenbach. Le professeur Mathieu, retenu à un congrès d'orthopédie en Italie, et Rœderer, malheureusement empêché, eurent le regret de devoir se faire excuser au dernier moment.

La séance d'ouverture eut lieu dans le grand amphithéâtre de l'Université de Lund. Après une allocution du professeur Ingvar qui rappela l'histoire des hôpitaux suédois, leur apparition après la révolution protestante, leur transformation en logements de lupiques puis de mentaux (le mot hôpital désigne toujours en Suède un asile pour mentaux), et la naissance dans ces dernières années de ces merveilleux hôpitaux de rhumatisants que les congressistes auront bientôt l'occasion de visiter. Après un mot de bienvenue du Dr Axel Höjer, directeur général de l'Administration médicale de l'Etat, et une improvisation brillante du professeur Martin Nilsson, recteur de l'Université de Lund, le docteur Fortescue Fox (de Londres), président de la Ligue internationale contre le Rhumatisme, traça un plan de travail, et le Dr von Breemen (d'Amsterdam), l'actif secrétaire général de la ligue, en relata les derniers événements. Puis la parole passe aux représentants des nations étrangères : professeur Vogt (Allemagne), Dr Bauer (Etats-Unis d'Amérique), professeur Konchalovski (U. R. S. S.), Dr Jarlow (Danemark), professeur Prusik (Tchécoslovaquie), professeur Gunsbourg (Belgique). Le prof. Laignel-Lavastine, président de la Ligue française, prit la parole au nom de nos camarades; après une pensée adressée au souvenir et à l'amitié de Karl Petren, il conta avec humour et entrain, dans son amour bien connu du folklore, l'histoire anecdotique de cette merveilleuse cathédrale à l'ombre de laquelle nous étions réunis, et que construisit un beau matin, à n'en pas douter, ainsi que le dit l'histoire, le géant Tinn et sa femme, acromégales peut-être, peut-être aussi rhumatisants...

Puis les séances de travail commencèrent. Elles se tinrent régulièrement à l'Akademiska Föreningen, dans la salle de réunion de la maison des Etudiants. Pendant trois jours celle-ci ne désemplit point.

Le premier rapport traita de l'*allergie dans les maladies rhumatismales*. Klinge (de Münster) développa les recherches bien connues de son maître Rösse et les siennes propres. De nombreuses projections rappelèrent les aspects de l'infiltrat précoce, la formation et la constitution des lésions nodulaires rhumatismales. Puis, Konchalovski (Moscou), Freeman (Londres), Pewsner (Moscou), Nann Svurtz (Stockholm), Coburn (New-York), de Bersaques (Gand), etc., apportèrent des images histologiques et des interprétations quelque peu différentes... Mathieu-Pierre Weil et Delarue montrèrent que, dans le rhumatisme et la goutte, les lésions, tant synoviales qu'ostéo-cartilagineuses et sous-cutanées (no-

dosités et tophi), présentent des aspects anatomiques identiques : ce sont ceux de l'hyperergie ; mais la communauté de ces lésions, si elle témoigne d'une modalité réactionnelle semblable, ne saurait permettre de ramener à cette seule notion le problème de ces affections. Et ce fut, semble-t-il, l'opinion à laquelle se sont ralliés la plupart des auteurs. Le rhumatisme donne naissance à une inflammation d'un type particulier : mais à l'hyperergie, on ne saurait réduire la question du rhumatisme dont elle n'est qu'une modalité représentative.

La deuxième question à l'ordre du jour était la *radiographie dans les maladies rhumatismales.* Brogsitier (Berlin), Scott (Londres), van Ebbenhorst Tengbergen (Amsterdam), Vontz (Bad-Neuenahr), etc., développèrent tour à tour des opinions souvent assez personnelles. Weissenbach et Françon, dans leur beau rapport, montrèrent la variation des images radiologiques au cours des diverses formes du rhumatisme chronique généralisé et à ses différentes périodes. Mathieu-Pierre Weil insista sur les erreurs de la radiologie, montrant entre autres, à l'aide de pièces de coxarthries, combien sont différents les aspects photographiques, qui montrent ce qui est superficiel, et radiologiques, qui montrent les remaniements qui se passent en profondeur ; puis cet auteur, à l'aide de nombreuses projections, traça l'iconographie de la spondylose rhizomélique et de ses lésions sacro-iliaques initiales, ainsi que l'orteil goutteux auquel il reconnaît un type lacunaire, mais un autre aussi qui rappelle étroitement l'ostéo-arthrite hypertrophique dégénérative, et un troisième ostéoporotique. Il montra enfin l'extrême fréquence de lésions ostéo-articulaires à l'origine de la sciatique.

Puis vint le troisième rapport : *la nature de myalgie.* La lutte fut vive entre ceux qui comme Helveg (Copenhague), Lindstedt (Stockholm), confèrent à la maladie un cadre extrêmement étendu, Ingvar (Lund), Freund (Vienne), Prusik (Prague), de Pap (Budapest) plus éclectiques, et les auteurs français Mathieu-Pierre Weil, Coste et J. Forestier, qui croient que, avant de discuter de l'essence de la myalgie, il serait sage d'en limiter plus soigneusement les confins que l'on a selon eux exagérément étendus : la névrite, la cellulite, l'arthrite restent des entités cliniques infiniment plus fréquentes ; et hors le microtraumatisme et la sensibilité conjonctive au froid et autres circonstances extérieures, ses facteurs, en tant du moins que maladie propre, en quelque sorte initiale, apparaissent relativement bien restreints.

Le dernier jour à Lund fut rempli par des discussions sur *l'aide, l'orthopédie dans les maladies rhumatismales.* Discussions : mot inexact à vrai dire ; Haglund (Stockholm), Swaim (Boston), Fisher (Londres), Rœderer (présenté par Mathieu-Pierre Weil), Bach (Londres), Belmonte (Amsterdam), Weissenbach, en son nom et celui de Boppe, etc., montrèrent les divers aspects des problèmes, en des vues non opposées mais complémentaires, et dont la concordance souligne, s'il en était encore besoin, la tristesse de notre organisation hospitalière parisienne, où l'orthopédie et l'appareillage sont loin d'occuper les plans essentiels qui leur reviennent.

Puis, un beau soir, le Congrès se déplaça. Pour 10 couronnes, 40 francs de notre monnaie, nous pûmes dormir une confortable nuit dans les wagons-lits des chemins de fer suédois. Le lendemain au matin, nous nous retrouvions, 600 kilomètres plus au nord, frais et dispos, dans la grande salle de réunion de la Société de médecine de Suède, à Stockholm.

La séance s'ouvrit sous la présidence d'honneur de S.A.R. le prince Charles, qui avec une attention digne d'éloges, écouta, dans toutes les langues, parler de l'*état du logement des rhumatisants* : Poynton (Bath), Natvig (Oslo), Danichevsky et Gelman (Moscou), Lenoch (Trencanske-Teplice), van Breeman (Amsterdam), Brünner-Ornstein (Vienne), etc. Et le lendemain le congrès se terminait sur une étude des *Affections de l'articulation de l'épaule dans les différentes professions, en rapport avec les diverses fonctions* où Weissenbach, Gunsbourg (Anvers), Teisinger (Prague), Kahlmeter (Stockholm), Teleky (Vienne), Laqueur (Constantinople), etc., eurent la parole tour à tour.

Mais ce serait donner une image inexacte et bien incomplète de ce que fut ce brillant congrès que de s'en tenir à son programme scientifique. Il faut que l'on dise la perfection d'une organisation où nul détail ne fut abandonné, la joie animée des lunchs pris au cours d'interruptions des séances dans une salle de la Maison des étudiants, et où, groupés par petites tables, au gré de leurs affinités personnelles, les Congressistes revenaient du buffet leurs assiettes surchargées de ces innombrables et succulents hors-d'œuvre dont les pays du Nord ont le secret ; l'animation du dîner et de la soirée entrecoupés de chants d'étudiants (et quelles voix !), offerts à Bjerred Saltsjöbad, dans la banlieue de Lund, par la municipalité de cette calme ville universitaire, la splendeur du banquet du Knutssalen, à Malmö ; la beauté des réceptions que dans leurs délicieux châteaux du XVIIIe siècle la baronne de Coyet et le baron et la baronne de Ramel voulurent bien réserver aux congressistes ; et l'inoubliable fête avec ballets et chants donnée en leur honneur au théâtre de la Cour du château de Drottningholm, où tout est resté inchangé depuis plus de deux cents ans, les peintures, les décors, les machineries, la salle, les artistes mêmes, aurait-on pu croire, tant le programme, les costumes, les danses, la musique étaient avec la scène et la salle à l'unisson. Un mot encore pour remercier la municipalité de Stockholm et son bourgmestre de sa réception si intime dans cette merveille de l'art moderne que constitue son hôtel de ville récemment édifié, pour dire la beauté des hôpitaux spéciaux pour rhumatisants que l'on nous a fait visiter longuement, celui de Lund, celui de Nynäs, et sur lesquels il faudra que nous revenions un jour, et un souvenir ému au professeur Ingvar et à Mme Ingvar, au professeur Kahlmeter, cheville ouvrière du congrès, à Mme Kahlmeter, à la charmante Mlle Kahlmeter aussi, au français si pur, dont l'activité, les prévenances et le charme n'ont pas été un des moindres attraits de cet inoubliable congrès.

Le VIe Congrès international du rhumatisme se tiendra à Oxford-Bath-Londres en avril 1938.

MATHIEU-PIERRE WEIL.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE 1936)

Présence de la vitamine E dans l'embryon de cacao. — MM. Henri LABBÉ et Frédéric HEIM DE BALSAC, comme suite à leurs travaux sur les différentes sortes de vitamines contenues dans l'amande du cacao et ses annexes, ont recherché la présence du facteur E dans l'embryon de la graine, plus exactement, dans la partie séparée industriellement des cotylédons et dénommée improprement germe, ainsi que dans une fraction de leur extrait gras préalablement enrichi par saponification et concentration.

Leurs expériences ont montré la présence du facteur E recherché.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1936)

L'Académie vient de reprendre ses séances. Pendant les vacances, des travaux importants ont été effectués, il faut noter en particulier le nouvel éclairage qui paraît fort réussi.

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de deux de ses membres : le commandant Jean Charcot, membre libre depuis 1930, et Lord Berkeley Moynihan (de Leeds), associé étranger depuis 1935.

Notice nécrologique. — M. GUÉRIN lit une notice nécrologique sur M. Arnold THEILER (de Lucerne), membre correspondant étranger dans la section de médecine vétérinaire.

Electroencéphalogrammes dans l'aphasie. — MM. MARINESCO, O. SAGER et KREINDLER étudiant l'électroencéphalogramme dans l'aphasie aboutissent à la conclusion suivante :

L'électroencéphalogramme de l'hémisphère gauche est notablement modifié dans les cas très récents pour tendre ensuite à revenir à la normale. Dans des cas plus invétérés, on observe une tendance à la compensation de la part de l'hémisphère droit, se traduisant par une accélération des ondes α.

Les auteurs croient à une relation étroite entre le degré, l'âge de la lésion et l'électroencéphalogramme.

Autres communications :

— Recherches sur les propriétés culturales et tinctoriales d'un *Actinomyces* pulmonaire acido-résistant : MM. A. et R. SARTORY, MEYER et WALTER.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNE CIRCULAIRE DU MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE SUR LES HONORAIRES DES MÉDECINS DES HOPITAUX

Le ministre de la santé publique
à MM. les préfets.

J'ai l'honneur d'appeler de façon toute particulière votre attention sur la décision en date du 21 février 1936 par laquelle le Conseil d'Etat, statuant au contentieux (affaire société « Les Armateurs français » c/docteur Dufour), a déclaré illégale une délibération de la commission administrative des hospices de la Rochelle autorisant le corps médical hospitalier à réclamer directement des honoraires aux malades payants.

Prenant en considération le caractère d'établissement public des hôpitaux et hospices et, par suite, la qualité spéciale des médecins qui y sont attachés, le Conseil d'Etat a estimé que l'entente directe ne saurait être tolérée entre les praticiens et les malades usagers d'un service public, quels que soient le titre auquel ils sont admis et le montant du prix de journée perçu.

Je vous serais obligé de vouloir bien notifier cette décision aux commissions administratives des hôpitaux et hospices de votre département et de les inviter expressément à se reporter au règlement modèle des hôpitaux et hospices qui a fait l'objet de la circulaire du 31 mars 1926, en leur suggérant de s'en inspirer pour fixer immédiatement, d'une part, les tarifs de remboursement des malades payants et, d'autre part, le mode de rémunération des médecins.

Cette façon de procéder n'est d'ailleurs pas incompatible avec la conception du libre choix et je considère que, dans toute la mesure du possible et partout où les circonstances le permettront, le principe de la liberté du malade de choisir son médecin doit être respecté, ce choix pouvant éventuellement être limité à une liste de praticiens offrant les garanties techniques et morales désirables, établie par la commission administrative, avec la collaboration éventuelle des syndicats médicaux.

Cette façon de procéder me paraît également devoir obligatoirement s'imposer aux hospices, cliniques ou maisons de santé édifiées avec le concours financier de l'Etat, des départements et des communes.

Il ne saurait en effet être admis, comme cela s'est produit en certaines circonstances, que de véritables cliniques privées soient édifiées avec des fonds publics.

J'estime, en conséquence, que, dans tous les hôpitaux, hospices, sanatoriums, établissements de cure, créés par des sociétés ou associations d'utilité publique, dont le premier établissement a été soit subventionné par l'Etat ou couvert par des avances fournies par l'Etat, les communes, les départements, ou garanti par eux, deux méthodes d'exploitation seulement sont à envisager.

Les malades peuvent y être reçus au prix de journée, les soins médicaux et produits pharmaceutiques, les actes médicaux et chirurgicaux constituant une sorte de forfait compris dans le prix de journée.

Il est alors loisible à l'établissement de limiter les interventions médicales ou chirurgicales au seul personnel qui lui est attaché.

Si, au contraire, les actes médicaux, chirurgicaux et certains soins spéciaux comportent une rémunération à l'acte médical, les rapports financiers directs entre les praticiens et les malades doivent être rigoureusement interdits.

Conformément à la décision du conseil d'Etat, la rémunération des actes médicaux doit être assurée par l'établissement, suivant des tarifs dressés par la commission administrative, après avis, s'il y a lieu, des syndicats médicaux, compte tenu, dans la plus large mesure, des tarifs similaires appliqués pour les assurances sociales ; mais il ne peut alors être question d'un monopole accordé à un très petit nombre de chirurgiens ou de médecins attachés à l'établissement.

Si la liberté totale ne peut être laissée aux malades d'introduire dans l'hôpital tel ou tel praticien qui ne présenterait pas de garanties suffisantes, il est indispensable que ce choix puisse se porter sur une liste suffisamment étendue, dressée, elle aussi, après consultation des syndicats médicaux et dont le caractère soit tel que, comme je l'ai indiqué ci-dessus, un établissement construit avec des fonds publics ne puisse être exposé au reproche d'avoir pour objectif la sauvegarde de certains intérêts particuliers.

Vous voudrez bien m'accuser réception de cette circulaire et me tenir au courant des mesures qui auront été prises à ce sujet dans les établissements de votre département.

HENRI SELLIER.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LES LAITS ACIDIFIÉS AVEC L'ACIDE LACTIQUE (1)

Par M. L. BABONNEIX
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Leur introduction en médecine infantile date du mémoire fondamental publié par McKim Marriott, en 1919, dans l'*American Journal of the medical Association*, et concernant l'alimentation du nourrisson athrepsique avec du lait de vache entier, non écrémé, acidifié par fermentation lactique.

Principes théoriques de la méthode. — Ils sont d'ordre : 1° *clinique* ; 2° *physiologique*.

Données cliniques. — S'occupant de l'alimentation des

(1) L. EXCHAQUET. De l'emploi d'un lait acirifié dans l'alimentation des nourrissons normaux. *Revue médicale suisse-romande*, n° 9, 25 juillet 1935, p. 622-629 ; — J. V. MASQUET. L'emploi des laits acides chez le nourrisson. *Th. Paris*, 1928 ; — R. MATHIEU. Alimentation des nourrissons bien portants et des nourrissons atteints de troubles de la nutrition par les laits acides. *Revue française de puériculture*, 4 et 5, 1935.

nourrissons athrepsiques, qui ont besoin, comme on sait, d'une forte ration alimentaire, M. Marriott remarque, tout d'abord, qu'ils bénéficient d'un régime à base de babeurre, de sucre et d'amidon. Mais le babeurre est peu nourrissant. Ne pourrait-on essayer de lui substituer du lait de vache complet, non écrémé, acidifié et additionné d'hydrates de carbone ? Oui, à condition de prendre un certain nombre de précautions :

Comme *hydrates de carbone*, les mieux tolérés sont le mélange de dextrine-maltose, tel que le réalise le sirop suivant :

Dextrine	55 p. 100
Maltose	30 p. 100
Glucose	15 p.100

qu'on peut, en France, remplacer par le nutromalt (R. Mathieu).

L'acide à utiliser est l'acide lactique, plus maniable que l'acide chlorhydrique, donnant à la préparation un goût agréable, et facile à utiliser, puisqu'il suffit d'en ajouter une certaine quantité au lait de vache bouilli (Marriott, 1923).

Données physiologiques. — Les résultats obtenus ayant été remarquables, MM. Marriott et Davidson à Saint-Louis, M. Faber à San-Francisco, ont essayé d'en déterminer le mécanisme. Pour eux :

1° La sécrétion chlorhydrique de l'estomac joue, dans la digestion du lait, un rôle si capital que *sa simple diminution trouble profondément les fonctions de l'estomac, du foie, du duodénum et du pancréas.* Or, chez les nourrissons malades, rien de plus fréquent que cette diminution ;

2° Le lait de vache pur contient une forte proportion de sels alcalino-terreux et de caséine qui, jouant le rôle de substances-tampons, absorbent une grande partie des ions H libres de l'acide chlorhydrique. Les nourrissons se trouvent-ils en parfait état de santé, leur estomac s'y adapte en sécrétant une quantité plus considérable d'HCl. Sont-ils, au contraire, infectés ou dystrophiques, ils n'ont à leur disposition, pour digérer ce lait, qu'une sécrétion gastrique déjà pauvre en ions acides : situation fâcheuse dont voici les conséquences :

1° *Inactivation des ferments sécrétés par l'estomac. La pepsine* n'attaque les protides qu'en milieu acide (elle commence à pH^4, et acquiert toute son activité à pH^2). Or, les peptones auxquelles donne naissance son action sur la caséine, ne manquent pas, une fois arrivées au duodénum, de stimuler les fonctions pancréatiques. Quant à la *présure*, elle ne coagule la même caséine qu'en milieu acide. Le pH gastrique est-il supérieur à 5, les protides échappent à l'action des ferments et peuvent traverser, sans avoir subi la moindre modification, les parois intestinales (Schloss et Anderson), ce qui n'est pas sans inconvénient pour les malades.

2° *Retard de l'évacuation pylorique*, d'autant plus marqué qu'est plus grande l'insuffisance chlorhydrique de la sécrétion gastrique.

3° *Diminution du pouvoir antiseptique du suc gastrique*, au sujet de laquelle on peut faire la même remarque.

4° *Diminution des sécrétions pancréatique*, due, en partie, à la diminution de la sécrétine *biliaire* et *intestinale*.

Technique. — PRÉPARATION. — On peut utiliser (R. Mathieu) :

1° *Le lait de vache frais, entier, additionné d'acide lactique* (Marriott) ;

2° *Le lait homogénéisé, concentré, non sucré, acidifié* de la même manière que le précédent ;

3° *Un lait sec non écrémé, acidifié ;*

4° Du *lait écrémé acidifié.*

1. — Lait entier acidifié. — Pour le préparer, il faut :

a) Du lait de vache frais de bonne qualité;

b) De la crème de riz ou de maïs ;

c) Du sucre. Pour les nourrissons normaux, on peut se contenter de saccharose. Pour ceux qui sont atteints de troubles digestifs, on emploie le nutromalt, que l'on fait dissoudre dans le lait avant de le soumettre à l'ébullition ;

d) *De l'acide lactique officinal*, utilisé en solution aqueuse à 10 %.

Une cuillerée à café de cette solution contient 0 gr. 50 d'acide lactique, c'est-à-dire la quantité qu'il convient d'ajouter à 100 grammes de lait (R. Mathieu)).

Ces matériaux étant rassemblés, voici comment procéder pour obtenir un litre de lait entier acidifié (R. Mathieu).

1. Ajouter au litre de lait (avec les précautions nécessaires pour éviter la formation de grumeaux), 20 grammes de crème de riz ou de maïs et 50 gr. de sucre de ménage ou de nutromalt.
2. Cuire à feu doux 5 minutes, en remuant.
3. Laisser refroidir à 37°.
4. Ajouuer 10 à 14 cuillerées à café de la solution d'acide lactique à 10 %.

Agiter vivement le lait avec une cuillère pendant qu'on verse l'acide lactique, afin d'éviter la formation de volumineux caillots.

Quand le lait acidifié est bien préparé, il est homogène et contient, en suspension, une quantité innombrable de particules solides, à peine visibles, que l'enfant digère sans difficulté.

Sa *valeur calorique* est de 980 calories par litre : 700 fournies par le lait de vache, 200, par le sucre, 80, par la crème de riz ou de maïs.

2. **Lait homogénéisé concentré, non sucré, acidifié** (Marriott). — Pour M. R. Mathieu, il ne donne pas de résultats supérieurs à ceux de lait de vache acidifié.

3. **Le lait de vache entier acidifié, en poudre, non sucré,** possédant les propriétés du lait de Marriott, dosé à raison de 0,5 % d'acide lactique officinal, stérile, et qui, en boîtes intactes, tenues au frais, se conserve plusieurs mois.

4. **Lait écrémé acidifié.** — Il a été étudié par Tallerman, à Londres, par le prof. Fanconi, à Zurich, par Ribadeau-Dumas et Masquet, à Paris.

Pour le préparer, on verse dans un récipient la poudre de lait écrémé qu'on acidifie à l'aide d'une solution d'acide lactique à 14 %, à raison d'une cuillerée à café pour 100 gr. de lait obtenu (ce qui fait une acidité de 0,7 %). Remuer le tout; ajouter très lentement la quantité d'eau nécessaire, préalablement bouillie, puis refroidie. Remuer sans interuption, afin d'éviter la formation de grumeaux. Le lait obtenu contient en suspension un fin coagulum pulvérulent qui passe facilement à travers la tétine. Comme il se dépose assez rapidement au fond du biberon, on doit agiter ce dernier avant de le donner au nourrisson. Ce lait écrémé acide se rapproche beaucoup du babeurre. (R. Mathieu.)

Mode d'emploi. — I. LAIT ENTIER ACIDIFIÉ. — Avec M. Mathieu, que nous continuons à suivre pas à pas, envisageons son *emploi :*

Dans l'alimentation des nourrissons normaux. — On le donne toujours pur, sans coupage, quitte à en augmenter la quantité quand l'enfant grandit. Les doses sont : pour les uns : de 150 gr. par kilogr. de poids et par jour (Bischoff et Bernheim-Karrer), pour les autres, beaucoup plus faibles. Notons, à ce sujet, que la règle de Feer (de Zürich), qui ne donne jamais plus de 500 gr. de lait par jour, quel que soit l'âge de l'enfant, peut être transgressée sans inconvénient si, au lait de vache ordinaire, on substitue le lait de vache acidifié à l'acide lactique. On peut alors prescrire (Feer) :

Les deux premiers mois : 1/6 du poids ;
De trois à quatre mois : 1/7 du poids ;
De quatre à cinq mois : 1/8 du poids.

« Un nourrisson de 2 mois et pesant 4 kg. 500 reçoit 600 gr. de lait entier acidifié par jour. A 4 mois, 700 gr. s'il pèse 5 kg. 500. La valeur calorique de cette alimentation est très élevée. Elle répond à :

130 à 140 calories par kilogramme corporel à 2 mois.
120 calories par kilogramme corporel à 4 mois.

« Certains conseillent de donner d'emblée, par kilo de poids, 150 gr. de lait entier acidifié additionné d'hydrates de carbone. D'aussi grandes quantités représentent une consommation de luxe.

« Après quelques mois, il est généralement possible de diminuer le lait et de compléter le régime avec un autre aliment. Par exemple, à l'âge de 3 mois, on donnera du jus de fruits. A 5 mois, la ration totale de lait entier acidifié sera de 600 gr. On remplacera un repas par un potage de bouillon additionné de semoule et de légumes.

« Après 6 mois, on passe progressivement au lait ordinaire. En été, cependant, si l'on ne dispose pas de lait entier acidifié, il est préférable de donner du lait acidifié. Il ne faut pas oublier d'offrir à l'enfant une quantité suffisante de thé ou d'eau, en particulier pendant la saison chaude, ou lorsque, pour telle ou

telle raison (la fièvre jar exemple), on est amené à réduire la quantité de lait acidifié.

« La dose journalière sera répartie en 5 repas. Dès l'âge de 3 mois, 4 repas suffisent bien souvent. » (Feer.)

Alimentation des enfants âgés de plus d'un an. — Le lait entier acidifié peut être très utile chez des enfants âgés d'un an ou plus qui tolèrent difficilement le lait ordinaire.

II. Lait sec non écrémé acidifié. — On se conformera aux indications fournies par le fabricant.

En toute saison, mais surtout en été, on s'assurera *que l'enfant n'a pas soif.* On lui donnera de temps à autre, entre les repas, un peu d'eau bouillie ou de thé léger peu sucré.

Emploi chez le nourrisson malade. — Voir plus loin.

III. **Lait écrémé acidifié.** — Il est employé dans les mêmes conditions que les précédents.

Indications. — *Chez le nourrisson bien portant,* le lait acidifié est indiqué comme aliment normal, habituel ou comme complément du lait.

Résultats. — Ils sont considérés comme excellents par la plupart des auteurs. Marriott note que les nourrissons malades auxquels il l'administre prennent du poids, sans que cette augmentation de poids soit due à l'œdème, et que leurs troubles digestifs s'atténuent pour disparaître rapidement (1919-1923). Aussi, dès 1923, en étend-il l'emploi aux nourrissons, et Beumer, d'une observation systématique ayant duré dix ans, conclut que le lait acidifié constitue la méthode d'alimentation la plus saine, en même temps qu'un moyen souverain pour le traitement des troubles de la nutrition. Feer, de Zürich, n'est pas moins enthousiaste :

« S'il n'est pas stable, écrit-il, d'élever un enfant bien portant à l'aide d'un mélange d'une dose de lait additionnée d'eau, de sucre et de farine. Le lait entier acidifié est devenu un des éléments principaux pour le traitement des enfants atteints de troubles digestifs et je ne pourrais pas m'en servir...

Lait acidifié. — « Le lait entier acidifié, ajoute-t-il, a une « saveur légèrement acide, mais agréable, si bien que le « nourrisson le préfère fréquemment, même au lait de « femme.

« Les enfants nourris avec ce lait sont tranquilles, de « bonne humeur. Leur teint est rose ; les tissus sont turgescents et les augmentations de poids sont fortes et ré« gulières.

« La possibilité de donner un aliment sous un volume « réduit représente un des grands avantages de cette mé« thode, car les régurgitations et les vomissements sont « beaucoup plus rares que lorsque l'on utilise du lait coupé « avec la moitié ou le tiers de son volume d'eau.

« Comme la quantité de liquide ingéré est inférieure à « celle du lait dilué, l'urine est moins abondante et, par con« séquent, le nombre des langes employés est moins grand « et l'intertrigo fessier est plus rare. »

« Les selles sont pâteuses, jaunes, au nombre de 2 à 3 « par jour » (Feer). Si elles deviennent rares, si elles pren« nent la couleur et la consistance des selles de savons, il « n'y a qu'à supprimer le sucre et à ajouter au lait un peu « d'extrait de malt. En même temps, la proportion de jus de fruits est augmentée. Si l'enfant a 4 mois, on peut lui « administrer une poudre de légumes crus, à doses pro« gressives, avec toute la prudence désirable.

« Si au contraire, elles deviennent molles ou liquides, il « suffit généralement de diminuer d'une façon modérée et « passagère la quantité de lait entier acidifié, sans en modi« fier la composition.

« Quoique les bébés reçoivent plus de calories avec le « lait entier acidifié qu'avec le lait ordinaire, et sous un vo« lume inférieur, le danger de la suralimentation n'est pas « à craindre. Il faut cependant veiller à ce que les mères « ne dépassent pas les doses prescrites. Si le poids reste « stationnaire, on augmentera la quantité de lait entier « acidifié, mais à la condition que la santé de l'enfant soit « parfaite. »

On s'est demandé si l'emploi prolongé de ce lait ne comporte pas des inconvénients, soit en raison des grandes quantités que recommandent certains auteurs, soit par introduction régulière d'acide lactique dans l'économie. L'expérience démontre que ces craintes sont vaines (Marriott), que les enfants ainsi nourris ne sont jamais anémiques (Beumer), ni rachitiques (Kockmann et Steinbach). Bien plus, pour Feer, l'acide lactique exerce une influence favorable sur le sang, sur la lymphe et sur le système osseux.

Dans l'*allaitement mixte,* « le même lait est excellent pour l'allaitement mixte et l'expérience a montré qu'il peut parfaitement remplacer le babeurre, par ailleurs si précieux. Dès l'âge de 4 semaines on peut, sans crainte, couvrir les deux tiers des besoins nutritifs (et même éventuellement leur totalité) par du lait entier acidifié, en laissant au lait maternel l'autre tiers. Ce régime permet en particulier, et ceci dans un laps de temps très court, de rétablir l'état des sous-alimentés au sein. La mère contribuera, bien entendu, à l'alimentation, dans la mesure du possible ». (Feer).

Mêmes résultats favorables chez les nourrissons malades. En particulier, comme complément du lait maternel chez les *prématurés,* le lait entier acidifié agit mieux qu'une quantité égale de lait de femme. Gierthmuhlen et Lempert sont même d'avis qu'il est, dans ce cas, supérieur au babeurre, à l'alimentation, dans la mesure du possible » (Feer).

Diarrhées légères aiguës. — « Supposons le cas d'un enfant de 2 ou 3 mois. On commence par ordonner une courte diète hydrique, puis on prescrit, pendant deux ou trois jours, une décoction de riz additionnée de nutromalt et l'on passe ensuite à l'alimentation exclusive au lait entier acidifié. Dès le 3e ou 4e jour, on remplace progressivement la décoction de riz par du lait entier acidifié, en commençant par donner 100 à 200 g. par 24 heures. Puis, on augmente chaque jour de 10 g. de façon que le 10e jour de sa maladie, l'enfant ne reçoive plus que du lait entier acidifié. Il ne faut pas omettre de donner, le cas échéant, une quantité suffisante de thé sucré à la saccharine, en plus dulait » (Feer).

Traitement des diarrhées aiguës toxiques. Diarrhées avec retentissement grave sur l'état général. — « Il est préférable de ne pas commencer l'alimentation dès le début, avec le lait entier acidifié. Après la diète hydrique, on commence par donner de petites quantités de lait de femme ou de babeurre non sucré, dont on augmente lentement la dose. Ce n'est qu'à la disparition des symptômes toxiques que l'on peut substituer progressivement le lait entier acidifié, en commençant le 1er jour par 50 ou 100 gr. Si l'état général est bon, on augmente chaque jour de 50 g., ce qui permet d'atteindre, tout d'abord la ration d'entretien, puis la ration normale.

« Il faut avoir grand soin de toujours donner à l'enfant une ration d'eau suffisante » (Feer).

Entérites et dysenteries. — « Le lait entier acidifié rend de précieux services dans l'entérite et la dysenterie et l'on peut même dire qu'il y a, dans ce cas, une action spécifique ». (Feer).

Dystrophie ou atrophie. — « On commence d'abord par donner, en plus du lait de femme, de petites quantités de babeurre ou de lait écrémé — ou encore, du lait écrémé acide. Au bout de 8 à 14 jours, on passe, plus ou moins rapidement, au lait entier acidifié. S'il s'agit de nourrissons plus âgés, ou qui ne sont pas dans un état trop misérable, on commence d'emblée avec le lait acidifié. 100 g. le premier jour, puis on augmente chaque jour, ou tous les deux jours, suivant l'état de l'enfant, sa température, son poids, de 50 à 100 g. Cette technique a donné de très bons résultats à la clinique de Pfaundler » (Lydtin).

Les heureux effets du *lait acidifié* donné aux malades chez

donnés aux malades n'ont pas seulement été observés par Marriott et par Feer : ils ont été retrouvés en Suisse par MM. Bernheim-Karrer, Exchaquet et Gontier ; en France, par MM. Masquet et René Mathieu.

Le *lait sec non écrémé, acidifié* a donné lui aussi, de bons résultats à nombre d'auteurs, dont Gautier, Hener et Mad. Ferroular, Naeggerath, Rommel, Eckstein, Exchaquet, Fanconi, Ulrich, Feer, etc.

Quant au *lait sec écrémé acidifié*, il a été essayé avec succès dans les services de M. L. Ribadeau-Dumas à Paris, et Franconi à Zürich. Pour M. R. Mathieu, il n'est pas supérieur au babeurre en poudre.

Le lait acidifié selon la technique de Marriott, est une préparation des plus recommandables et dont l'usage est appelé à se répandre rapidement en tous pays.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE LA VOUTE DU CRANE(1)

SIGNES PHYSIQUES

L'examen d'un blessé atteint de fracture de la voûte du crâne fournit des renseignements de valeur très inégale suivant qu'il s'agit d'une fracture ouverte ou d'une fracture fermée.

A. — Fracture ouverte. — Elle peut elle-même donner un minimum de signes d'examen et la lésion ne s'impose pas toujours :

1. Lorsque la plaie du cuir chevelu est importante, linéaire ou à lambeau, un minimum d'examen permet de constater la fracture et d'assurer le diagnostic, qu'il s'agisse:

— D'une simple *fissure linéaire*, sans déplacement ou avec une petite dénivellation.

— D'un trait irrégulier, étoilé, dessinant de *multiples fragments*, avec ou sans *esquilles* libres, avec ou sans *enfoncement*.

— D'une *embarrure*, où un fragment, souvent quadrangulaire est détaché sur tout son pourtour et enfoncé sous la partie voisine.

A ces signes pathognomoniques, peuvent encore s'ajouter dans d'autres cas :

— Des écoulements de sang, de liquide céphalo-rachidien.

— Et même l'issue de matière cérébrale.

2. Mais assez souvent, le blessé ne présente à un examen sommaire qu'une banale *plaie du cuir chevelu*, et c'est seulement *l'exploration chirurgicale* de cette plaie qui fait découvrir la fracture du crâne : si la reconnaissance d'un enfoncement, d'une embarrure est chose facile, une simple fissure risque de passer inaperçue si l'exploration n'est pas complète, allant systématiquement jusqu'au plan osseux qui est mis à nu après avoir ruginé le périoste, si cela est nécessaire.

B. Fracture fermée. — Le diagnostic de fracture fermée de la voûte est très difficile à affirmer sur les seuls signes physiques, car un seul d'entre eux est caractéristique : l'*enfoncement*.

L'enfoncement est lui-même une sensation tactile très difficile souvent à apprécier de façon certaine, et sans envisager ici son diagnostic classique avec l'hématome du cuir chevelu, il n'est souvent possible d'affirmer l'enfoncement que tout au début, avant que l'œdème soit apparu.

Tous les autres signes ne sont que des signes de présomption. Ce sont :

— La *douleur* vive, localisée en un point ou sur une ligne, et toujours retrouvée identique à des examens successifs et méthodiques.

— L'*œdème* et la tuméfaction des parties molles, s'observent aussi dans la simple contusion et n'ont de valeur que s'ils s'associent au signe précédent.

— Nous ne ferons que citer la douleur provoquée par la percussion du crâne et la recherche, jamais pratiquée du bruit de « pot fêlé » par la percussion et l'auscultation associées.

Lorsque la *fracture ne s'accompagne pas d'enfoncement*, l'examen clinique ne permet donc que *très difficilement* d'affirmer la fracture du crâne.

SIGNES FONCTIONNELS ET GENERAUX

Ils sont aussi très variables :

— *Ils peuvent être tout à fait absents*, même dans des cas de fractures largement ouvertes avec issue de matière cérébrale. Il n'y a donc aucun parallélisme entre la gravité des lésions anatomiques et l'état du blessé, et l'absence de tout signe de shock ne permet pas d'éliminer une lésion de la boîte cranienne.

— *Plus souvent, il existe des signes de commotion cérébrale.*

— Soit que, dans une forme légère, le blessé ait eu simplement une perte de connaissance transitoire, d'où il sort conservant une amnésie de son accident.

— Soit que le blessé, plus habituellement, soit amené dans un *coma* persistant, avec pâleur, résolution musculaire complète, abolition de la sensibilité, dilatation des pupilles, incontinence des matières et des urines, et également, *pouls très ralenti*. Cet état est habituellement passager, et graduellement, on voit revenir la sensibilité, puis la motricité et enfin les facultés intellectuelles. Mais on voit persister des troubles de mémoire, des vertiges, des étourdissements.

— *Pafois les manifestations cérébrales sont encore plus caractérisées.* Mais il est alors difficile de dire quelle est la part exacte qui revient dans leur genèse à la *contusion cérébrale* ou à la *compression par les fragments enfoncés*. Ce que l'on observe alors, ce sont :

Des troubles paralytiques (hémiplégie, monoplégie, paraplégie).

Des troubles de la sensibilité (hémi-anesthésie ou anesthésie complète).

Des accidents épileptiformes ou des contractures partielles des membres, des muscles de la face, de la déviation des yeux.

De cette étude des symptômes, pris isolément, des fractures de la voûte, il découle qu'ils peuvent se grouper de façons essentiellement variables. Mais il est possible d'en dégager les aspects cliniques les plus représentatifs :

I. — *Tous les signes peuvent être au complet*, et le tableau clinique est typique.

Le blessé est amené dans un coma plus ou moins profond de commotion cérébrale, avec ou sans signes cérébraux localisés, témoignant de la violence du traumatisme cranien et faisant soupçonner la fracture.

L'examen en révèle immédiatement des signes évidents : un enfoncement indubitable, une dénivellation nette, une plaie contuse dont l'exploration amène sur la lésion.

II. — A l'opposé, le *tableau clinique peut être réduit au minimum.*

C'est un blessé qui arrive en pleine connaissance, sans accuser aucun trouble subjectif important, ayant seulement une banale plaie du cuir chevelu, dont l'exploration *chirurgicale* fait découvrir une fissure ou des lésions encore plus importantes.

Parfois même, les signes locaux sont encore plus réduits et c'est seulement un examen rigoureux qui révèle quelque indice : un œdème localisé, un point dont la pression réveille chaque fois des réactions de défense.

(*A suivre.*)

J.-N. Courvoisier.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936. n° 80, p. 1390.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 83. — SAMEDI 17 OCTOBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — *Epreuve écrite de pathologie médicale.* — Séance du 13 octobre. — Question sortie : « Symptômes et diagnostic du cancer primitif du poumon ».

Questions restées dans l'urne : « 1. Symptômes et formes cliniques de la pneumonie franche lobaire aiguë (sans complications, ni diagnostic). — 2. Symptômes et diagnostic des angines et des néphrites de la scarlatine. — 3. Symptômes et diagnostic du cancer de la tête du pancréas. — 4. Symptômes, diagnostic des hémorragies et perforations intestinales de la fièvre typhoïde avec les indications thérapeutiques. — 5. Symptômes et diagnostic des paralysies faciales périphériques et centrales. — 6. Sémiologie, diagnostic étiologique et différentiel des ascites. — 7. Symptômes, formes cliniques et diagnostic des zonas. — 8. *Question sortie.* — 9. Symptômes et diagnostic des anévrysmes de la crosse de l'aorte. »

Epreuve écrite de pathologie chirurgicale. — Séance du 14 octobre. — Question sortie : « Les Phlegmons de la paume de la main ».

Questions restées dans l'urne : « 1. Fractures fermées récentes du tiers inférieur du fémur, chez l'adulte. — 2. Luxations récentes traumatiques antéro-internes de l'épaule, sans les luxations récidivantes. — 3. Examen d'un blessé atteint d'une plaie pénétrante de poitrine, siégeant dans la région précordiale. Indications thérapeutiques. — 4. Hémorragies et perforations de l'ulcère du duodénum. — 5. Invagination intestinale aiguë du nourrisson. — 6. Examen clinique et diagnostic des tumeurs du testicule. — 7. Tumeur blanche du genou chez l'enfant. — 8. Signes diagnostic et traitement du cancer du côlon pelvien. — 9. *Question sortie.* »

Répartition du jury : *Anatomie.* — MM. Rivet, Barbé Chifoliau, Toupet, Veil (Prosper).

Pathologie médicale. — MM. Péron, Richet, Courcoux, Laubry, Lelong.

Pathologie chirurgicale. — MM. Thalheimer, Bloch, Sorrel, Braine, Desnoyers.

Réunion du jury : *Anatomie* (Saints-Pères, Charité), première séance : jeudi 15 octobre à 20 h. 30.

Pathologie médicale (Vieux-Beaujon) : première séance, jeudi 15 octobre, à 20 h. 30 ; deuxième séance : lundi 19 octobre, à 8 h. 30 ; troisième séance : mardi 20 octobre, à 8 h. 30 ; quatrième séance : mercredi 21 octobre, à 20 h. 30 ; cinquième séance : vendredi 23 octobre, à 18 heures ; sixième séance : vendredi 23 octobre, à 21 heures. En principe : séances les lundi matin, mardi matin, mercredi soir, vendredi, à 18 heures et à 21 heures.

Pathologie chirurgicale (hôpital Laënnec) : vendredi 16 octobre, à 20 h. 30. En principe, tous les soirs, à 20 h. 30, sauf samedi et dimanche.

Marine. — Ont obtenu, après concours, le titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale :

I. — *Branche physiologie.* — *Médecine.* — M. Mondon, médecin principal, médecin des hôpitaux maritimes.

II. *Branche anatomie chirurgie.* — Section chirurgie générale. — M. Badelon, médecin de 1re classe, chef de clinique chirurgicale, est nommé chirurgien des hôpitaux maritimes, à partir du 6 octobre 1936.

Ministère des Pensions. — Le gouvernement général de l'Algérie réserve aux pensionnés de guerre les nouveaux emplois suivants :

Service des Contributions diverses (postes de médecins). — 1° Département d'Oran, Oran ; 2° département de Constantine : Constantine, Guelma, Bougie, Batna, Bône, Philippeville, Sétif, Souk-Ahras.

Service des Douanes (postes de médecins). — Tlemcen, Béni-Saf, Mostaganem, Arzew, Oran, Castiglione, Alger, La Pérouse, Tipasa, Port Gueydon, Dellys, Philippeville, Souk-Ahras, Bône.

Société anonyme des Mines du Zaccor à Miliana, 1 médecin.

Société des tramways algériens : 3 médecins agréés par la Compagnie ; 16 pharmaciens agréés par la caisse de secours.

Chemins de fer sur routes d'Algérie : 3 médecins, 1 oculiste, 1 dentiste, 20 pharmaciens.

Ecole de médecine de Reims. — Il est créé à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims une chaire d'anatomie pathologique.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Jean Durand, ancien ministre, sénateur de l'Aude.

— M. le Dr Cros (de Pierre-Bénite, Rhône).

CHRONIQUE

OFFICE INTERNATIONAL DE MÉDECINE MILITAIRE

Le lundi 12 octobre s'est tenue à l'Aula de l'Université de Genève la séance inaugurale de la 6e session de l'Office international de médecine militaire.

L'Office International de Médecine militaire créé en 1930 par le Gouvernement belge, et dont le siège se trouve à Liége, réalise une collaboration technique et scientifique entre tous les services de santé militaires des différentes armées.

Mais à côté de cette activité professionnelle, l'Office a entrepris une série d'études tendant à créer un mouvement pour obtenir une reconstruction des lois de la guerre.

Au cours de la séance inaugurale, MM. Favre, colonel divisionnaire, Vollenweider, colonel médecin, chef du service de santé de l'armée fédérale ; Raiano, général médecin, chef du service de santé de l'armée roumaine et Président du Comité permanent des congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires ; Voncken, colonel médecin, directeur de l'Office international de médecine militaire, et A. Picot, conseiller d'Etat, ont pris successivement la parole.

Les travaux se sont poursuivis jusqu'au 14 octobre et ont pris fin par une séance commune du Comité International de la Croix Rouge et du Comité international de médecine militaire, consacrée à la question de la création de villes et zones sanitaires.

En ce moment où des événements tragiques hantent les esprits, l'étude de la législation des guerres, quelles qu'elles soient, prend un intérêt de haute actualité : il est en effet urgent de trouver une solution pratique pour le renforcement de la Convention de Genève et pour la question de la protection des populations civiles.

Madeleine SALEMBIEZ

Interne des hôpitaux de Paris

D'emblée, elle s'était sentie perdue. Au lieu de récriminer contre le sort, elle se répète aussitôt, cette croyante, les paroles du Seigneur à Gethsémani : « Père, tout vous est possible, éloignez de moi ce calice ; cependant, non pas ma volonté, mais la vôtre ! » Hier matin, à cinq heures, elle appelle son confesseur et récite avec lui les prières des agonisants. A midi, elle n'était plus. Puisse le chagrin des siens s'atténuer un peu à la pensée des regrets unanimes qu'elle laisse ! Dans l'assistance qui suivait sa dépouille, que d'émotion profonde, sur les visages, que de tristesse, dans les yeux, que de larmes ! Il n'était question, dans toutes les conversations, que de ses rares qualités : intelligence, que des maîtres tels que MM. Hazart, Lesné, Lemaire, R. Clément, Sézary, Turpin tenaient en haute estime, conscience professionnelle qui la contraignait, malgré sa santé délicate, à rester des nuits entières auprès de ses petits malades de l'hôpital Trousseau, puissance de travail, aménité, modestie. Comment ne pas adresser un suprême adieu à cette âme éprise de perfection, à cette humble servante des pauvres, à cette catholique fervente qui a passé en faisant le bien ? Comment ne pas lui appliquer le mot de l'éloquent Lacordaire : « Il fallait qu'elle mourût à la fleur de l'âge et de la grâce, parce qu'il n'y avait plus que cette mort qui pût ajouter à sa couronne » ?

L. BABONNEIX.

RENSEIGNEMENTS

Fds de **VENTE** d'eaux minérales, limonades à Paris (Petit-Bercy) R. de Soulages **11-13-26 à 30**. *A adj. en l'ét. de* Me Chavane, not. 162, bd Magenta, *30 oct., à 14 h 30*. M. à p. **100.000** fr. (pvt être bais.) Matériel et marchandises en sus. Cons. **10.000** fr.

Administration Générale de l'Assistance Publique à Paris

Sous-Direction des Hôpitaux et Hospices. — L'adjudication des fournitures diverses d'articles de coucher, linge, habillement et pansement, qui devait avoir lieu le jeudi 15 octobre 1936 à 15 heures, et le vendredi 16 octobre à 10 heures, au chef-lieu de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, N° 3, a été reportée au jeudi 29 octobre et au vendredi 30 octobre, même lieu et mêmes heures.

REVUE GENERALE

LE PNEUMOTHORAX SPONTANE A REPETITION

par MM. Pierre MAURIAC et J.-F. MOEVUS.

HISTORIQUE

Alors que le pneumothorax était netttement décrit depuis le début du XIXe siècle, l'idée qu'il pût récidiver ne fut émise qu'en 1857, par Flint, dans son livre *Practice of Medecine.*

Après Flint, pendant les trente années qui suivirent, aucun cas nouveau de récidive ne fut signalé, ou du moins nous n'avons pu en retrouver aucun.

En 1887, Hall publia une observation de pneumothorax spontané à répétition, et, en 1888, Gabb signale le cas d'un malade qui eut quatre récidives, toutes du même côté. En 1890, Knight publie un nouveau cas.

En 1896, Goodhart signale le premier un pneumothorax alternant récidivant. Son malade, âgé de 24 ans, fut atteint d'un pneumothorax à droite en mai 1891, d'un nouveau à gauche en juillet 1892. Les deux atteintes eurent un début insidieux et la guérison fut complète.

West (1897), Finney (1898), Wieruzski (1900), publient des observations. Le malade de ce dernier était un médecin de 24 ans, bronchitique et emphysémateux. Il fit à la fin de 1894 un pneumothorax droit, qui guérit en cinq semaines, mais récidiva quelques semaines plus tard. En février 1899, nouveau pneumothorax, à gauche cette fois. En septembre 1899, dernière attteinte, mais à droite.

Viennent ensuite les publications de Joachmann (1902), Weber (1903), Galliard (1905), qui signale six cas dont un personnel ; Grenier (1905), dont le malade, après un pneumothorax gauche, fit deux récidives à droite. Les trois atteintes guérirent sans incident.

Un malade de Sale, en 1907, eut apparemment onze récidives en six ans. Mais plusieurs de ces récidives semblent avoir été des rechutes, le deuxième pneumothorax se produisant si rapidement après la résolution du précédent que l'on peut penser qu'il ne s'agissait que d'une réouverture de la brèche primitive sous l'influence de l'extension pulmonaire.

Puis vinrent les observations de Bach (1910), Nikolsky (1912), Kaminsky (1916), Hamman (1916), qui, à propos d'un important article sur le pneumothorax spontané, publie un cas de récidive et cite seize observations trouvées par lui sur ce sujet, dont nous avons déjà signalé quelques-unes, et auxquelles Hamman ajoute celles de Bull, Rendu, Maillard et Lasserre.

Citons les observations de Cahn (1917), Marshall et Craighead (1918), Weber (1919), Morrison (1921), Howes (1922), Ficher-Wasels (1922), Burra (1925), de Kœlenschmidt, Atwood-Wilson (trois cas), Deutsch, en 1926. Deutsch écrivit à cette occasion un article d'ensemble sur le pneumothorax récidivant.

En 1928, Mills, Duhot, Kahn, Watson et Robertson citèrent trois cas. En 1929, Locke Edwin, Jacquelin, Laufer, Lichtenstein, Betervide et Reboiras publièrent chacun une observation de pneumothorax à répétition. Cependant, alors que tous les cas publiés jusque-là ne concernaient que des adultes, celui de Betervide et Reboiras concerne un nourrisson.

L'année suivante, Lereboullet (P.), Lelong et Chabrun présentent à la Société de Pédiatrie un autre enfant de 17 mois qui, à la suite d'une broncho-pneumonie, fut atteint d'un pneumothorax du sommet gauche avec réaction liquidienne abondante, accompagnée de convulsions ; guérison simultanée du foyer pulmonaire et du pneumothorax, mais quinze jours après récidive du pneumothorax du même côté, total cette fois et sans réaction liquidienne, récidive qui guérit sans complications.

Cette même année, chez des adultes, Miller, Mandel signalent deux nouveaux cas ; Albrechts, quatre cas, dont deux personnels.

En 1931, un cas de Cetrangolo et Ferrari. Palmer et Taft publient deux observations importantes par le nombre de récidives : onze dans l'une et dix-huit dans l'autre.

En 1932, Kjaergaard, dans une monographie sur le pneumothorax spontané qui groupait 51 cas, note huit cas récidivants certains et trois probables. Dans ces derniers, les atteintes antérieures de pneumothorax avaient été diagnostiquées par l'interrogatoire, mais non contrôlées cliniquement.

Il est intéresssant de noter la rareté des observations françaises par rapport aux observations étrangères, anglaises surtout. Ce fait avait déjà été signalé par Galliard à propos du pneumothorax : « Sur 37 observations réunies par moi en 1892, j'en devais 20 à des médecins anglais », écrivait-il.

Mais nous voyons en 1934 et 1935, à propos du pneumothorax spontané à répétition, les travaux et observations françaises se multiplier. Hillemand, Gilbrin et Parfus présentent un malade à la Société médicale des Hôpitaux. Peu de temps après, A. de Verbizier présente une malade qui fit 13 récidives de pneumothorax en cinq ans.

En janvier 1935, Cordier publie le premier travail d'ensemble sur le pneumothorax spontané à répétition ; en février, Hillemand et Gilbrin écrivent un autre article d'ensemble sur le même sujet ; vers la fin de l'année, Parfus consacre sa thèse au *Pneumothorax spontané idiopathique bénin récidivant.*

A l'étranger, Liverani relate un cas de pneumothorax héréditaire avec triple rechute.

Les conceptions étiologiques et pathogéniques étant fragmentaires et mal fixées, l'historique du pneumothorax spontané à répétition ne peut être qu'une énumération. Pour servir de test à l'étude clinique de ce syndrome, nous rapporterons d'abord deux observations personnelles.

OBS. I. — M. X..., né en août 1909.

Notons dans les antécédents héréditaires de ce malade que son père a présenté une ostéite costale bacillaire.

Ses antécédents personnels n'offrent rien de particulier. Il eut les maladies de l'enfance : varicelle, coqueluche, rougeole, oreillons. Il signale avoir été opéré trois fois pour végétations et amygdales.

Il mène une vie normale et pratique, sans surveillance médicale, de nombreux sports.

En 1928, à l'âge de 19 ans, le malade travaille plus que

d'habitude, mange peu, et n'arrête pas son entraînement sportif.

Au mois d'octobre, il ressent une violente douleur dans l'hémithorax droit, qu'il attribue à un choc. Trois jours auparavant, en effet, il avait pris part à un match de rugby. La douleur disparaît rapidement, le malade ne voit pas de médecin.

Au mois de décembre 1928, apparition d'une fistule anale. Celle-ci est opérée, mais la cicatrisation est très lente. Une radiographie pulmonaire, faite à ce moment, montre : « ensemble assez bon, sommet gauche un peu sombre ». L'état général est satisfaisant.

En avril 1929, après deux mois de repos passés à Arcachon, le malade ressent dans l'hémithorax droit une douleur semblable à celle qu'il avait déjà éprouvée en octobre 1928. Le début de cette douleur ne peut être précisé ; il semble cependant remonter à un effort musculaire violent que fit le malade pour tirer un canot au sec.

Le docteur Mauriac est appelé. L'examen du malade ne révèle absolument aucun signe, mais l'histoire aiguille le docteur Mauriac vers un diagnostic de pneumothorax. Une radiographie est faite le 27 avril : « Pneumothorax partiel à droite. Le moignon pulmonaire s'arrête en haut et en avant au niveau de la 2e côte. En bas, le poumon descend jusqu'au diaphragme. Pas de niveau liquidien. Traînées de sclérose dans les deux poumons, partant du hile. »

Le malade est mis au repos. Il n'est pas essoufflé, mais gêné dans certains de ses mouvements. Pas de fièvre ni de toux. Aucun changement de poids. La résorption se fait normalement.

En juin 1929, sur le conseil du docteur Mauriac, le malade part en Suisse, dans une station climatérique. A son arrivée (13 juin 1929), on fait une radiographie qui montre : « Retour complet du poumon droit à l'état normal. Traînées de sclérose partant des hiles, les dernières ramifications bronchiques sont très visibles. Sommet gauche plus obscur que le droit, avec sclérose moins intense qu'à droite. »

Le malade passe huit mois en Suisse. De nombreuses radiographies montrent l'éclaircissement progressif du sommet gauche.

Jamais de fièvre, de toux, ni d'expectoration. Malgré le repos, le poids reste stationnaire.

Du mois d'avril au mois de septembre 1930, le malade vit dans les Landes et fait du sport. Il ne note rien d'anormal.

En octobre 1930, le malade ressent dans l'hémithorax droit la même douleur qu'en 1928 et 1929. Il ne se souvient d'aucun effort qui aurait précédé la douleur.

L'examen est toujours entièrement négatif ; la radiographie confirme le diagnostic de pneumothorax : « Pneumothorax partiel à droite. Le décollement débute en haut à la 3e côte et descend à la partie externe jusqu'au diaphragme. Sommet gauche clair. Traînées de sclérose persistantes. »

L'évolution se fait sans aucune complication, le malade augmente de poids.

Le malade reprend progressivement sa vie active et la pratique des sports. Jusqu'en 1935, il ne se plaint que d'une légère insuffisance hépatique et d'hémorroïdes.

En février 1935, il se plaint de douleurs vives dans l'hémithorax droit, accompagnées de gêne respiratoire. Le malade attribue d'abord sa douleur à la fatigue causée par une promenade en skis, mais la gêne respiratoire lui fait penser à un pneumothorax. Il ne peut préciser le début de la douleur ; il aurait ressenti une douleur vague, dit-il, avant la promenade en skis.

Le docteur Mauriac note une légère diminution du murmure vésiculaire et un bruit d'airain à droite.

Radiographie le 7 février 1935 : « Le pneumothorax droit, sans être complet, est plus important que les précédents. Il arrive à refouler presque entièrement le poumon sur le hile. La plage pulmonaire descend jusqu'au diaphragme mais n'arrive en haut qu'à la 3e côte. Plage pulmonaire gauche très suspecte. »

Au cours de l'évolution apparaît un petit épanchement vu à la radioscopie. Il est ponctionné, une inoculation au cobaye est négative. Evolution sans autre complication ni aucuns signes généraux.

En avril 1936, le malade n'a présenté aucun autre pneumothorax. Il pratique différents sports et est en excellent état général.

Obs. II. — Mlle A. V. de L..., 41 ans.

Antécédents : la malade aurait eu des convulsions dans l'enfance et, à 10 et 16 ans, des vertiges, qualifiés vertiges ophtalmiques.

En 1924, apparition d'un goitre qui se basedowifie rapidement : exophtalmie, tachycardie, tremblement, amaigrissement considérable. Le docteur Mauriac conseille l'opération. La malade se fait opérer (thyroïdectomie) en Hollande (docteur Lanz) ; résultat immédiatement très favorable : engraissement, le regard devient normal, les palpitations disparaissent ; il persiste seulement un certain éréthysme cardiaque.

A plusieurs reprises, Mlle L... a ressenti des douleurs vives et brusques dans le thorax, dans le dos, sous le cœur : une crise douloureuse en 1924, une seconde en 1932.

Enfin, en 1935, sensation brutale douloureuse dans la poitrine. Le mouvement d'élévation du bras gauche exaspère la douleur. La respiration est superficielle du fait de la douleur. La malade reste huit jours sans sortir et ne fait pas appeler le médecin ; elle ressent cette douleur pendant trois semaines, puis tout rentre dans l'ordre.

Maladie actuelle : le 2 mars 1936, Mlle V. de L... joue au golf toute la matinée. A 15 heures, étant chez elle, elle ressent brusquement dans le dos, à gauche, une douleur très vive, avec toux et palpitations de cœur. Toute la nuit elle souffre et se sent oppressée. Température buccale, 37°4.

Le lendemain, le docteur Mauriac est appelé. La malade présente une légère polypnée (28 respirations à la minute) et un pouls à 80. La palpation de l'hémithorax gauche est douloureuse, surtout en avant et vers l'espace de Traube. La percussion révèle une hypersonorité très nette dans toute l'étendue de l'hémithorax gauche. Les vibrations sont très légèrement diminuées. Le murmure vésiculaire s'entend bien au sommet, mais est très diminué à la base et dans la ligne axillaire. Pas de souffle, pas de retentissement anormal de la voix. Le signe du son domine un bruit d'airain à peine ébauché .

Après un moment d'hésitation du fait d'un estomac un peu dilaté, le diagnostic de pneumothorax spontané est posé.

Le 6 mars, le docteur Broustet voit la malade et fait le même diagnostic.

L'évolution se fait sans à-coups. La température ne dépasse pas 37°4 le soir. La malade se sent fatiguée, respire difficilement et ne peut se coucher sur le côté gauche sans tousser.

Les signes stéthoscopiques s'amendent assez rapidement : huit jours après le début, le murmure vésiculaire revient vers la normale, mais la malade garde la sensation de gêne respiratoire jusqu'au 20 mars.

La radiographie faite le 9 mars confirme le diagnostic de pneumothorax : « Cette malade présente un pneumothorax partiel occupant la base gauche, remontant presque jusqu'au sommet au niveau de la région axillaire postérieure gauche, et remontant également le long de la plèvre médiastine environ jusqu'au niveau de la crosse aortique.

« Au niveau de son moignon pulmonaire gauche, on ne relève pas de grosse altération radiologiquement appré-

ciable. Du côté droit, accentuation de l'ombre du hile avec aspect réticulé de la zone périhilaire. »

En juin 1936, la malade, revue par le docteur Mauriac, est en parfaite santé, mène une vie active, joue de nouveau au golf.

CARACTERES CLINIQUES DU PNEUMOTHORAX SPONTANE A REPETITION

Du fait de leurs dissemblances, nos deux observations présentent un intérêt indéniable. Elles permettent à elles seules de se faire une idée exacte du pneumothorax spontané à répétition. Mais, pour pouvoir conclure d'une façon plus précise et plus complète, nous allons étudier ces observations en les comparant à celles que nous avons recueillies dans la littérature.

I. La fréquence. — Il s'agit dans nos deux cas de pneumothorax bénins, dont la nature n'est pas connue avec certitude, et qui ont récidivé. Certaines récidives de notre observation I ont été constatées cliniquement et radiologiquement. Dans notre observation II, une seule attteinte a été décelée par l'examen et la radiographie, mais l'atteinte antérieure (1935) ne saurait être mise en doute. L'interrogatoire permet d'en faire le diagnostic, et la malade reconnaît, à l'occasion du pneumothorax de 1936, les signes fonctionnels qu'elle avait déjà présentés en 1935. Elle acccuse même deux autres crises semblables en 1924 et 1932. Mais, si nous pouvons soupçonner à ces moments-là d'autres pneumothorax, nous ne pouvons les considérer comme certains.

Dans l'observation I, nous retrouvons également, en 1928, une crise douloureuse qui fut vraisemblablement un pneumothorax, le premier présenté par ce malade. Dans les deux cas, ces atteintes furent légères, et les malades ne virent pas de médecin.

Notons aussi que le diagnostic du pneumothorax bénin est souvent très difficile, impossible même sans un examen radiographique, et ceci nous laisse supposer que de nombreux cas de pneumothorax doivent passer inaperçus. La fréquence des récidives serait plus grande qu'on ne l'a dit. Nikolsky, Ljungdahl donnent 10 p. 100 comme proportion de récidives. Kjaergaard, ayant comme nous retrouvé dans l'histoire de ses malades des atteintes antérieures de pneumothorax, pense que la proportion doit être élevée à 20 p. 100.

Nous ne pouvons prendre parti, mais nous pensons qu'il serait intéressant de fouiller minutieusement le passé de tous les malades chez lesquels un pneumothorax est diagnostiqué. L'interrogatoire permettrait souvent de dépister une atteinte antérieure, et ce pourrait être un élément de pronostic : nous verrons, en effet, que le pneumothorax qui récidive est un pneumothorax bénin.

II. La cause déclenchante : l'effort, le surmenage. — Les auteurs ont toujours recherché dans les antécédents immédiats du pneumothorax la notion d'un effort. Celui-ci se retrouve assez souvent, mais manque dans bon nombre de cas.

Cassaët et Colbert écrivaient en 1925 : « Nous n'avons jamais relevé un cas de pneumothorax spontané du fait d'un exercice sportif. » L'effort ne peut, en effet, créer un pneumothorax à lui seul. « Il faut, écrit Parfus, qu'il existe un état antérieur de débilité pulmonaire congénitale ou acquise. »

Lorsque l'on retrouve l'effort, de quelle nature est-il ? Dans nos observations, il ne manque presque jamais : match de rugby, canotage, ski pour le malade n° I, golf pour la malade n° II. Ce peut être une séance de gymnastique, une course. Lorsqu'il est minime, c'est le plus souvent une quinte de toux, un éclat de rire, un éternuement.

Mais il est bien rare qu'il n'existe pas, entre l'effort et l'apparition du pneumothorax, un intervalle libre, dont la durée varie de quelques heures à quelques jours. Et ceci semble prouver que le rôle déterminant de l'effort est minime et sans doute indirect. La conception de Galliard, qui fait survenir le pneumothorax en période de fatigue, de surmenage, répond mieux à la réalité des faits. Cette notion de surmenage se retrouve dans un très grand nombre d'observations ; elle existe dans les nôtres, dans celle de Parfus, dans celle de Hamman, dans celle de Morrison et dans beaucoup d'autres. L'effort agirait en favorisant le surmenage, en diminuant la résistance du tissu pulmonaire déjà déficient, ou peut-être en diminuant la résistance de l'organisme à une infection localisée.

D'après nos cas personnels, il n'apparaît pas clairement que les récidives se produisent comme on l'a dit à l'occasion d'efforts de plus en plus minimes. D'ailleurs, si l'on admet que c'est la fatigue qui joue un rôle, l'intensité de l'effort physique n'a plus d'intérêt, des causes entièrement différentes pouvant créer la même somme de fatigue.

III. L'âge et le sexe. — Le plus souvent, le pneumothorax récidivant se rencontre entre 20 et 25 ans. Les limites normales sont entre 19 et 40 ans. Presque toujours les observations publiées concernent des hommes.

Betervide et Reboiras d'une part, Lereboullet (P.), Lelong et Chabrun d'autre part, ont présenté deux cas de pneumothorax à répétition chez le nourrisson.

Atwood-Wilson cite un malade qui fit à 60 ans un pneumothorax, alors qu'il en avait déjà présenté un à 37 ans. Après un si long intervalle, peut-on dire qu'il s'agit d'une récidive ?

Notre observation II est à ce point de vue exceptionnelle : elle concerne une femme de 41 ans, et cette exception vaut la peine d'être soulignée.

IV. Les signes. — L'aspect clinique est très différent chez chacun de nos malades. Très atténuée, presque entièrement négative chez l'un, la symptomatologie se rapproche au contraire du type classique chez l'autre. Entre ces deux extrêmes, les observations publiées nous montrent tous les intermédiaires possibles. Dans la majorité des cas, le syndrome n'est jamais au complet et les signes sont très atténués.

Les signes physiques manquent complètement chez notre premier malade. Le pneumothorax ne s'est manifesté que par une douleur vite abolie et de moins en moins intense à chaque récidive, et par une légère gêne respiratoire. Aucuns signes généraux non plus. Dans aucune autre observation de pneumothorax à répétition nous n'avons pu retrouver une séméiologie ausssi pauvre. Métais signale des pneumothorax uniques de ce genre.

Dans notre observation II, nous notons certains caractères particuliers de la douleur : douleur provoquée par la palpation de l'hémithorax gauche, particulièrement intense dans la région qui correspond à l'épanchement gazeux, et pendant la première atteinte, en 1935, les mouvements du bras gauche exagéraient la douleur.

Ceci est à rapprocher du cas décrit par Hawes en 1922 : depuis 1911, son malade présentait tous les six mois environ une crise douloureuse siégeant alternativement à droite et à gauche, avec dyspnée, toux légère pendant une quinzaine de jours, sans fièvre ni signes généraux. Lorsque la douleur siégeait à gauche, le malade présentait un syndrome angineux ; lorsque la douleur siégeait à droite, il présentait un syndrome vésiculaire et souffrait à la palpation de cette région.

En août 1917, ce malade vint consulter Hawes, lui apportant une radiographie prise une dizaine de jours avant, pour éclaircir les symptômes suspects se rapportant à la vésicule. Sur cette radiographie, la treizième que le malade faisait faire, un pneumothorax droit était visible. Jusqu'en 1921, le malade continua à présenter des pneumothorax alternés, mais moins intenses. A ce moment, il fut perdu de vue.

Jacquelin, en 1929, signale lui ausssi que le syndrome douloureux d'un pneumothorax gauche peut simuler le syndrome douloureux de l'angine de poitrine.

V. L'évolution, les récidives. — Peut-on prévoir les récidives ? Kjaergaard dit qu'« un caractère particulier du pneumothorax spontané chez des sujets apparemment bien portants est sa tendance à la récidive ». Aucun signe clinique particulier ne peut faire affirmer cette éventualité. Cependant le médecin devra toujours penser à la possibilité d'une récidive devant un pneumothorax ayant les caractères suivants : signes fonctionnels peu intenses, vite abolis ; signes généraux nuls, résorption rapide du gaz ; impossibilité clinique de trouver une cause au pneumothorax.

Le plus souvent, les récidives se produisent du côté primitivement atteint. C'est le cas de nos malades; la malade de A. de Verbizier fit en cinq ans quatorze collapsus, tous à gauche. Mais il n'est pas rare de voir le pneumothorax se reproduire du côté opposé. Le malade de Hawes en est un exemple. Duprez, en 1932, présenta un autre sujet qui fit cinq pneumothorax alternativement à droite et à gauche. Nous avons déjà cité le malade de Wieruzski : après deux pneumothorax à droite, il en présenta un du côté gauche, puis un nouveau à droite.

On a rapporté des cas d'atteinte simultanée des deux hémithorax. Watson et Robertson publient l'observation d'un malade dont les pneumothorax successsifs siégeaient tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et qui présenta un jour une coïncidence entre un pneumothorax partiel du sommet gauche et un pneumothorax total droit. Le Wald, Hayaschi, Elte, citent d'autres exemples, mais ces cas sont exceptionnels.

Le nombre des récidives varie beaucoup. Nous en trouvons trois dans notre observation I, et une seule dans notre observation II. Palmer et Taft citent un malade qui eut en huit ans dix-huit atteintes ; beaucoup d'observations publiées ne mentionnent qu'une récidive. Leur nombre varie avec chaque individu et son étude isolée ne permet aucune conclusion intéressante.

L'intervalle qui sépare entre elles les récidives est lui ausssi sujet à de grandes variations. Dans les cas de pneumothorax bilatéral, ce temps peut être évidemment très réduit. Elte a vu un pneumothorax gauche se produire quatre jours après un pneumothorax droit. Dans le cas de pneumothorax siégeant du même côté, le temps le plus court que nous ayons trouvé est celui cité par Cardis et Michetti : quarante-cinq jours.

Peut-on, devant deux atteintes aussi rapprochées, parler réellement de récidive? Certains auteurs, Hamman en particulier, proposent le nom de rechute. Mettant de côté les cas exceptionnels d'atteintes bilatérales et presque simultanées, il nous semble que l'intervalle entre deux pneumothorax ne permet pas à lui seul de faire la distinction entre la rechute et la récidive. Le temps nécessaire à la résorption du gaz intervient. La récidive serait la formation d'un nouveau pneumothorax, la rechute serait la réinsufflation spontanée d'un même pneumothorax. Dans les cas limites, pour trancher le différend, il faudrait savoir si le second pneumothorax est survenu avant ou après la guérison complète du premier. Nous verrons que ce temps varie avec les atteintes, mais est rarement supérieur à deux mois.

Dans la majorité des cas, la récidive se produit de six mois à un an après la première atteinte. Des temps beaucoup plus longs (cinq ans dans notre observation, six ans, huit ans et même vingt-sept ans) ont été signalés.

Cet intervalle est irrégulier chez un même malade dont le nombre des récidives est peu élevé. Mais dans les observations qui signalent un nombre considérable de collapsus (Hawes, Watson et Robertson, de Verbizier), ceux-ci se sont toujours produits à des intervalles sensiblement égaux.

Les signes du pneumothorax se modifient-ils à mesure que le nombre des récidives augmente ?

Dans beaucoup d'observations, la décroissance des signes fonctionnels est notée. Elle est nette chez notre malade n° I. La douleur qu'il ressent lors du pneumothorax de 1928 est vive ; il la précise, il sait quand elle a débuté ; dans les autres atteintes, la douleur est beaucoup moins accusée, moins précise. Le malade, en 1935, fait lui-même le diagnostic de son pneumothorax, mais c'est plus en se basant sur la gêne respiratoire que sur la douleur.

Le malade de Hawes, dont le premier pneumothorax remonte à 1911, lui écrivait en 1921 : « J'ai eu plusieurs attaques de mon ancienne maladie, mais elles furent très légères et passèrent en quelques jours. »

La malade de A. de Verbizier, à partir de sa troisième atteinte, n'eut plus besoin d'être soulagée par ponction.

En ce qui concerne les *signes physiques*, nous voyons dans notre observation I qu'ils ont suivi une marche inverse. Absolument inexistants en 1929 et 1930, il y avait en 1935 une légère diminution du murmure vésiculaire et un bruit d'airain. Ceci peut s'expliquer par le fait que le dernier pneumothorax était

beaucoup plus étendu que les autres. Les répétitions complétant peu à peu les pneumothorax partiels, cette progression ascendante devrait se retrouver dans beaucoup d'observations. Elle n'est cependant pas indiquée, et cela ne nous surprend pas : lorsque d'emblée le pneumothorax a été suffisant pour donner des signes physiques nets, l'augmentation de ces signes ne se produit que par la variation de leur intensité, et les auteurs n'ont pas signalé ce détail.

Les signes radiologiques évoluent dans le sens que nous avons indiqué plus haut s'il s'agit de pneumothorax partiels.

Courcoux et Lereboullet (J.), Parfus, remarquent que la majorité des pneumothorax spontanés sont des pneumothorax complets. Il existe cependant un assez grand nombre de cas où le pneumothorax ne fut que partiel. C'est ce que nous voyons dans nos deux observations ; c'est le cas du malade de Hamman lorsque son pneumothorax siégeait à gauche ; même image dans les observations de Hawes, de Morrison.

Dans ces cas, à mesure que les récidives se multiplient, le collapsus pulmonaire devient plus complet. Nous l'avons vu dans notre observation I ; nous le retrouvons clairement indiqué dans celle de Hamman.

Il est probable que ces accroissements successifs du champ du pneumothorax sont dus à ce que certaines adhérences se rompent à la longue sous l'influence des tiraillements qu'elles subissent.

Dans le cas de pneumothorax complet dès la première atteinte, il ne se produit jamais d'adhérences qui pourraient limiter les collapsus suivants. Ce fait est invoqué pour prouver la bénignité de l'affection.

Pour étudier l'évolution, il nous faut considérer d'abord l'évolution de chaque récidive par rapport aux autres, et ensuite l'évolution générale du pneumothorax récid[illegible].

Quelle que puisse être la nature du pneumothorax spontané à répétition, les pneumothorax successifs qui le constituent évoluent comme un pneumothorax bénin : sans signes généraux, sans troubles, avec résorption rapide du gaz. Nous avons déjà esquissé ce tableau dans notre première partie.

Le temps nécesssaire à la résorption du gaz diminue à chaque récidive. De Verbizier a signalé ce fait dans son observation. Le malade de Hamman, qui fut suivi radiographiquement avec beaucoup de soin, a mis six semaines pour résorber son premier pneumothorax, quatre semaines pour le second, quatre semaines pour le troisième. Mentionnons cependant que dans les observations de Parfus et Duhot, les malades ne furent entièrement guéris de leur seconde atteinte qu'au bout de six mois, alors que le premier pneumothorax s'était résorbé beaucoup plus vite.

L'apparition d'une réaction liquidienne est une éventualité rare. Elle s'est produite chez notre malade n° I à la troisième récidive; dans l'observation de A. de Verbizier, dès la première atteinte. Chabaud, Duprez, Parfus, l'ont signalée au cours de récidive. Dans tous les cas il ne s'est agi que de liquide séreux, en quantité minime, et qui s'est résorbé en même temps que le gaz.

Quant à l'évolution de l'ensemble des récidives, elle varie avec chaque sujet. Le nombre des récidives, l'intervalle qui les sépare, sont impossibles à prévoir. Brusquement tout cesse, le charme est rompu, selon l'expression de A. de Verbizier, un pneumothorax se trouve être le dernier, nous ne savons pas pourquoi, le sujet redevient normal, à moins que ne se développe une tuberculose pulmonaire dans les années qui suivent. Nous retrouverons cette éventualité dans les paragraphes consacrés au pronostic et à la pathogénie.

VI. Le pronostic. — Le pronostic immédiat est bon. Lorsqu'un médecin se trouve en présence d'une récidive de pneumothorax, il peut assurer à son malade que cette atteinte évoluera mieux encore que la précédente. Un pneumothorax qui récidive est un pneumothorax bénin.

Dans tous les cas qui ont été publiés, un seul, celui de Burra, relate la mort du malade au cours d'une récidive. Encore s'agissait-il d'un tuberculeux avancé.

Le pronostic éloigné est, à notre avis, beaucoup moins sûr.

Courcoux et Lereboullet, Parfus, disent que jamais un pneumothorax bénin ne fut suivi de tuberculose. Certes les cas ne sont pas fréquents, mais les malades de Morrison et de Hamman devinrent tuberculeux après des pneumothorax qui répondaient absolument à la définition du pneumothorax bénin. Nous reviendrons sur ces cas avec quelques détails quand nous traiterons la pathogénie.

VII. La pathogénie — Pour qu'un pneumothorax se produise, il faut qu'il y ait une communication entre la cavité pleurale et une alvéole pulmonaire.

Quelle est la nature de cette communication ? Pourquoi les pneumothorax récidivent-ils dans certains cas ? Tels sont les problèmes que nous allons envisager.

La nature de la fistule broncho-pleurale est inconnue. Il y eut de nombreuses discussions pour savoir si le pneumothorax bénin était ou n'était pas tuberculeux. Parfus écrit en 1935, à propos du pneumothorax récidivant : « ...Nos observations cliniques, les recherches biologiques, les faits anatomiques rapportés (Fischer, Miller, Schminke, Kjaergaard, Pardal et Mazzei) nous permettent de rejeter l'origine tuberculeuse de la maladie et d'admettre une étiologie bénigne. »

Nous avons cité cette phrase, car elle résume bien l'opinion des auteurs français, Courcoux et Lereboullet doutaient de la nature tuberculeuse de la maladie ; ceux qui vinrent après eux l'ont définitivement rejetée. C'est, à notre avis, montrer trop d'intransigeance.

En nous basant sur des observations de pneumothorax à répétition, nous allons montrer qu'il est parfois difficile de rejeter cette conception pathogénique. Il est des cas auxquels la tuberculose est étrangère, il en est d'autres où elle domine.

Nous n'insisterons pas sur les trois observations rapportées par Sergent et Pignot, de pneumothorax spontané récidivant survenant chez des tuberculeux certains. Ces travaux sont connus en France. Nous citerons deux observations étrangères qui s'opposent point par point à l'argumentation de Courcoux et J. Lereboullet.

« Nous n'avons pour ainsi dire jamais vu, écrivaient ces auteurs, une hémoptysie tuberculeuse qui n'ait pas fait sa preuve soit au moment ou dans les suites immé-

diates de l'accident..., soit plusieurs mois ou même plusieurs années après... Au contraire, dans le pneumothorax simple bénin, ni dans le moment, ni dans permet de retrouver un stigmate ou indice de lésions les suites de l'irruption d'air dans la plèvre, rien ne ou d'imprégnation bacillaire. »

Après eux, cet argument fut repris par beaucoup d'auteurs. Les observations typiques de Hamman (1916) et de Morrison (1921) montrent qu'il ne peut être admis sous une forme aussi rigoureuse.

L'observation de Hamman est longue et détaillée. Voici le résumé qu'il en fit lui-même :

« Un jeune homme, pendant un rhume, éprouve soudain une douleur dans le côté droit

« Quelques jours plus tard, le 2 décembre 1909, un examen révèle un pneumothorax droit complet. Entièrement guéri en six semaines.

« Le 4 novembre 1910, après avoir soulevé un poids, douleur dans le côté gauche. L'examen révèle un pneumothorax gauche. Complètement guéri en quatre semaines.

« Le 24 décembre 1910, répétition du pneumothorax gauche.

« En octobre 1913, toux, expectoration, signes de tuberculose infiltrante dans les deux lobes supérieurs, bacilles tuberculeux dans les crachats. »

Ajoutons qu'il s'agissait d'un homme fort et bien portant, qu'en décembre 1909 et janvier 1911 les tests conjonctivaux et cutanés à la tuberculine à 1 p. 100 et 5 p. 100 furent négatifs. De petits râles humides et quelques craquements s'entendirent pour la première fois en novembre 1911, au niveau des bases pulmonaires en avant et en arrière.

Hamman écrit dans la discusssion : « ...Pneumothorax spontané signifie pneumothorax débutant chez des individus en bonne santé apparente, sans cause déterminée, ne résultant d'aucune infection pleurale, et par conséquent n'étant pas accompagné de symptômes généraux et guérissant rapidement et complètement en quelques semaines. Pour confirmer l'expression de bonne santé apparente, je peux dire que beaucoup d'auteurs voudraient exclure du groupe des pneumothorax spontanés ces cas dans lesquels l'examen avant ou après le début révèle une maladie pulmonaire définie. La nature non tuberculeuse de l'affection est constamment mise en relief. Je sens très bien qu'on ne peut tracer aucun plan aussi précis et je voudrais y inclure les cas tuberculeux qui correspondent aux autres exigences de la définition.

« Le cas I (celui que nous venons de résumer) appartient certainement au groupe des pneumothorax spontanés, et quelques années plus tard s'est développée une affection pulmonaire évidente.

« Les deux premières fois, immédiatement avant et immédiatement après les atteintes du pneumothorax, le tableau clinique ne fut pas suffisant pour diagnostiquer la tuberculose pulmonaire, bien qu'à la lumière des derniers événements il semble certain que, même à cette époque, il devait y avoir eu infection. »

Dans le cas de Morrison, il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, en bonne santé apparente, qui, le 5 décembre 1920, fait un pneumothorax droit, sans fièvre, sans gêne considérable.

Récidive le 9 janvier, à gauche, au cours d'une promenade. Même bénignité. Un mois plus tard, une radiographie montre la résorption complète du gaz et les deux poumons clairs.

Le malade est revu de temps en temps ; il se porte bien ; entre le 1er décembre 1920 et le 1er juillet 1921, son poids augmente de 13 kilogr.

En août 1921, une radiographie révèle : « Infiltration du hile droit avec réaction péribronchique, augmentée à la fois sur les lobes supérieurs droits et gauches des arbres bronchiques. Les deux sommets sont clairs, le diaphragme entièrement libre. »

« Les dates amènent à conclure, écrit l'auteur, qu'il y avait une origine tuberculeuse dans ce cas de pneumothorax spontané. »

Hamman et Morrison pensent que la cause la plus probable du pneumothorax spontané est « le déchirement d'une adhérence pleurale d'origine tuberculeuse ».

Après ces cas, qui montrent bien que le pneumothorax spontané bénin peut parfois faire la preuve de sa nature tuberculeuse, il nous faut examiner notre observation I qui, sans être aussi démonstrative, laisse bien supposer la même origine.

Contre la nature tuberculeuse des pneumothorax de notre premier malade, nous trouvons : l'absence de signes généraux, l'absence de toux et d'expectoration, l'absence de signes stéthoscopiques, l'inoculation négative du liquide au cobaye.

En faveur de cette nature tuberculeuse, nous trouvons l'ostéite costale bacillaire qu'a présentée le père, puis chez notre malade, la fistule anale si lente à se cicatriser, l'obscurité du sommet gauche qui rétrocède au bout de huit mois passés dans un sanatorium ; nous trouvons surtout l'image radiographique de janvier 1935, avec la sclérose intense des hiles se prolongeant dans toute l'étendue des de[illegible]umons par une sclérose péribronchique, et avec l'image irrégulière et très suspecte du parenchyme pulmonaire gauche.

Devons-nous attribuer à la tuberculose les pneumothorax « paratuberculeux » ? Olbrechts dit qu'il faut toujours songer à cette forme lorsque la résorption du gaz ou du liquide est rapide, ou lorsque le pneumothorax intéresse le côté sain chez un malade à lésions unilatérales.

Il est difficile de répondre d'une façon ferme, mais il est impossible d'éliminer toute idée de participation de lésions tuberculeuses dans la formation des pneumothorax de notre premier malade. Nous ne serions pas surpris qu'à l'occasion d'un épisode anergique se développe chez lui une tuberculose pulmonaire à marche rapide.

Nous avons montré qu'il ne faut pas rejeter systématiquement l'origine tuberculeuse du pneumothorax à répétition ; cependant la majorité des cas ne peut être imputée à la tuberculose.

Quelles origines devons-nous envisager ? Les deux conceptions le plus en faveur actuellement sont la rupture de bulles sous-pleurales et la rupture de kystes pulmonaires.

Les bulles sous-pleurales furent d'abord attribuées à l'emphysème vicariant (Galliard). Ljungdahl et Fischer-Wasels combattent cette théorie, et Miller, Pardal et Mazzei, Kjaergaard, montrent que ces bulles ne sont pas d'origine emphysémateuse. Ils expliquent

leur rupture par un amincissement progressif de leur paroi sous l'influence de l'augmentation de pression intra-alvéolaire due aux efforts du sujet. Cahn et Brünner pensent qu'une bulle doit se produire au niveau de l'insertion d'une adhérence qui tiraille le poumon.

Olbrechts étudie les kystes congénitaux de la région superficielle du poumon. Ceux-ci expliqueraient les cas de pneumothorax spontanés familiaux qui ont été observés.

Debré et Gilbrin étudient les kystes pleuro-pulmonaires.

La rupture dans ces cas est produite par un jeu de soupape : la vésicule kystique se tend, comprime la bronchiole ; l'air entre et ne peut ressortir, la vésicule finit par se rompre.

Des observations sont apportées à l'appui de chacune de ces théories, et nous pensons que, dans l'état actuel de nos connaissances, on ne peut envisager une origine unique des cas de pneumothorax spontanés. Signalons que Cordier incrimine la syphilis héréditaire, qu'il a retrouvée 7 fois sur 11 observations.

Pourquoi y a-t-il récidive ?

Leobardy, Mills, pensent qu'il existe une perforation permanente que l'expansion pulmonaire ouvre et ferme successivement. Il est difficile d'expliquer par cette théorie les récidives qui se produisent à des intervalles éloignés. Il semble plus logique d'admettre que, du fait de sa non-élasticité, la cicatrice de la fistule primitive ait tendance à se rompre sous l'influence de certains à-coups d'hyperpression intra-alvéolaire.

S'agit-il d'une ou de plusieurs fistules ? La question ne se pose pas dans les cas de pneumothorax alternés. Pour les pneumothorax qui récidivent du même côté, Lereboullet pense qu'il y a plusieurs fistules.

Qu'il s'agisse de pneumothorax à répétition ou de pneumothorax récidivant, la pathogénie de cette affection nous échappe encore.

VIII. Le traitement.— Toute thérapeutique est le plus souvent inutile. Elle se bornera au repos, à quelques analgésiques si la douleur est vive, à la désinsufflation si les phénomènes d'oppression sont trop intenses.

Mais l'orage passé, une surveillance attentive du sujet s'impose.

BIBLIOGRAPHIE

ARGRY. Le pneumothorax, *Th. Paris*, 1887.

BACH. Ueber das Vorkommen des spontanen Pneumothorax bei Emphysem. *Beitr. z. Klin. d. Tuberk.*, 1910, XVIII, 21.

BERNOU et NEUMANN. Pneumothorax spontané et rupture de vésicule sous-pleurale. *Soc. d'ét. scient. sur la tuberc.*, 12 octobre 1935.

BURRA (L. T.). Recurrent Pneumothorax. *Lancet*, I, 6 juin 1925.

CAHN. Spontan Pneumothorax. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1917.

CASSAËT et COLBERT. *Le pneumothorax spontané tuberculeux. Maloine*, éd., 1925.

CETRANGOLO et FERRARI. Pneumothorax bilatéral simple, spontané et récidivant. *La Semana Medica*, Buenos-Ayres, n° 43, oct. 1931.

CHURCH (H. M.). *Edimburg Medic. Journ.*, XXI, 1876.

CORDIER (V.). Sur le pneumothorax spontané non tuberculeux et en particulier sa forme récidivante. *Soc. Med. Hôp.*, Lyon, 15 janv. 1935.

COURCOUX (A.) et LEREBOULLET (J.). Le pneumothorax simple spontané. *Presse Méd.*, 12 mars 1930.

DEUTSCH (F.). Rezidivierender Spontanpneumothorax des Pleuraraumes sowie des vorderen linken Mediastinums *Klin. Woch*, XXXIX, 1926 ; — Rezidivierender spontanpneumothorax. *Munch. Mediz. Wochenschr.*, LXXIII, 1926.

DUHOT (E.). Pneumothorax spontané récidivant au cours de deux grossesses. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 13 janv. 1928 ; — Même titre, *Prat. Méd. Franç.*, n° 12 *bis*, déc. 1929.

DUPREZ (Ch.). Pneumothorax spontané bilatéral alternant récidivant. *Le Scalpel*, 4 juin 1932.

FINNEY. A case of Recurrent Pneumothorax without effusion, ending in recovery. *Dublin J. Med. Sc.*, 1er avril 1898.

FLINT. *Practice of Medecine*, 4e éd., p. 171, 1873.

GABB. Recurrent Pneumothorax. *British Med. J.*, II. 1888.

GALLIARD. Le pneumothorax simple et sa curabilité. *Arch. Gén. Méd.*, I, 1888 ; — Le pneumothorax. *Bibl. Médic.*, Charcot-Debove, Rueff, édit., 1892 ; — *Les formes cliniques du pneumothorax. Gaz. des Hôp.*, p. 441, 1905 ; — Le pneumothorax. *Nouv. Traité de Méd. et Thérap.*, Gilbert et Carnot, 1922.

GOODHART. A case of Pneumothorax. First on the right side, a year later on the left side, and upon both occasions without any discoverable cause. *Trans. Clin. Soc. London*, XXIX, 109, 1896.

GORECKA-MENIER (M.). Le pneumothorax spontané non tuberculeux dans la première enfance. *Th. Paris*, 1929.

GOUJARD (P.). Contribution à l'étude du pneumothorax spontané chez le nourrisson. *Th. Paris*, 1934.

GRAPENGIESSER. Pneumothorax spontané alternant chez des individus en apparence sains. *Acta Med. Scandinavica*, n° 6, 1935.

GRENIER. Le « pneumothorax des conscrits » observé trois fois (une fois à gauche, puis deux fois à droite) chez le même sujet. *Bull. Méd.*, XIX, 987, 1905.

HALL. On cases of Pneumothorax in persons apparently healty. *Trans. Clin. Soc. London*, XX, 153, 1887.

HAMMAN. Spontaneous Pneumothorax. *Am. J. Med. Sc.*, Cl., 229, 1916.

HAWES (J. B.). Case of Recurrent bilateral Pneumothorax. *Boston M. et S. J.*, CLXXXIV, avril 1922.

HILLEMAND, GILBRIN, PARFUS. Un cas de pneumothorax spontané idiopathique guéri et récidivant au bout de six ans. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.* Paris, 12 nov. 1934.

HILLEMAND, GILBRIN. Le pneumothorax spontané idiopathique bénin récidivant. *Rev. de Médec.*, févr. 1935.

ITARD. *Dissertation sur le pneumothorax.* Paris, 1803.

JACQUELIN. Le pneumothorax spontané des tuberculeux. *Presse Méd.*, 16 janv. 1929.

JOCHMANN. Ein eigenartiger Fall von Pneumothorax. *Zeits. f. klin. Med.*, XIV, 97, 1902.

KAHN. Spontaneous Pneumothorax. *Journ. Am. Med. Ass.*, 14 avril 1928.

KAMINSKY. Uber den rezidivierenden Pneumothorax, 8°, Zurich, 1916.

KESSARIS (C.). Contribution au diagnostic des pneumothorax spontanés à début insidieux. *Th. Paris*, 1934.

KINSELLA et MATTILL. Bilateral Pneumothorax. *Am. Rev. Tuberc.*, XVI, déc. 1927.

KJAEGAARD. Pneumothorax spontané chez les sujets apparemment bien portants. *Acta Med. Scandinavica*, suppl., XLIII, 1932.

KNIGHT. Cases from Dr Church's Wards, case IV, *St Bartholomew's Hosp. Rep.*, XXVI, 294, 1890.

LAËNNEC. *Précis d'auscultation médiate*, 1819.

LAREDO (F.). Le pneumothorax spontané chez l'enfant. *Th. Alger*, 1925.

LAUFER (O.). Rezidivierender Spontanpneumothorax. *Klin. Wochenc.*, mai 1929.

LÉGER. Etude sur le pronostic des pneumothorax spontanés. *Th. Paris*, 1931.

LEOBARDY (DE) et PASQUET. Pneumothorax spontané bilatéral à rechutes, silicose pulmonaire et tuberculose miliaire. *Rev. de la Tuberc.*, XIII, avril 1932.

LEREBOULLET (P.), LELONG et CHABRUN. Pneumothorax non tuberculeux récidivant chez un nourrisson. *Bull. Soc. Pédiatrie de Paris*, 21 oct. 1930.

LE WALL. *Arch. of Surgery Chicago*, XII, 1926, et XVI, 1928.

LIVERANI. *Minerva Medica*, 22 déc. 1935.

LJUNGDAHL. *Deutsch. Arch. f. klin. Med. Leipzig*, CXXVI, 1918.

MACDONALD (N. S.). Spontaneous recurrent pneumothorax. *U. S. V. Bur. Med. Bull.*, 7, 1931.

MANDEL (L.). Pneumothorax spontané récurrent. *Orvosi Hetil.*, LXXIV, nov. 1930.

MARSHALL et CRAIGHEAD. A case of recurrent Pneumothorax. *Am. Rev. Tuberc.*, I, 109, 1917-1918.

MÉTAIS. Sur quelques cas de pneumothorax totaux spontanés à symptomatologie fruste et évolution bénigne : « Pneumothorax de surprise ». *Th. Paris*, 1928.

MILLER (E. B.). Successive bilateral spontaneous pneumothorax of indeterminable origine. *U. S. V.* et *Bur. Med.*, n° 6, sept. 1930.

MILLS (A.). Recurrent spontaneous pneumothorax. *Edimburg Med. J.*, sept. 1928.

MORRISSON (H.). A case of Recurrent spontaneous Pneumothorax. *Boston M. et S. J.*, CLVIII, déc. 1921.

OLBRECHTS (E.). Le pneumothorax spontané idiopathique bénin. *Ann. de Méd.*, XXVII, mai 1930.

PALMER (J. P.) et TAFT (R. B.). Spontaneous Pneumothorax. *J. Ann. Med. Ass.*, XCVI, févr. 1931.

PARDAL (R.) et MAZZEI (E. S.). Le pneumothorax spontané bénin par rupture de formations mulleuses ampullaires sous-pleurales. *Arch. Argent. de Enferm. d. Ap. Resp.*, I, déc. 1933 ; — Le pneumothorax spontané bénin. *Paris Méd.*, n° 51, 1934.

PARFUS. Le pneumothorax spontané idiopathique bénin récidivant. *Th. Paris*, 1935.

PRUVOST et HENRION. Pneumothorax invisibles ou masqués. *Rev. de la Tuberc.*, mai 1933.

SALE (J. C.). A case of recurrent Pneumothorax. *Lancet* (London), I, 1907.

SELBY (H.). Pneumothorax spontané récidivant avec symptômes de dyspnée aiguë. *Lancet*, CCXXII, 30 janv. 1932.

SERGENT et PIGNOT. Pneumothorax spontané. *Rev. de la Tuberc.*, 1930, n° 5.

VERBIZIER (A. DE). Une curieuse observation de pneumothorax spontané à répétition. (Contribution à l'étude du pneumothorax dit idiopathique bénin.) *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 3 déc. 1934.

WATSON (E.) et ROBERTSON (C.). Recurrent spontaneous pneumothorax. Report of three cases. *Arch. of Surg. Am. Med. Ass.*, XVI, janv. 1928.

WEBER. The Clinical Forms of Pneumothorax, especially Pneumothorax in pulmonary Tuberculosis, and Pneumothorax arising in apparently healthy Persons. *Ztschr. f. Tuberk.*, IV, 1903.

WEST. The Prognosis of Pneumothorax with some statistics as to Mortality and Duration and an Account of a serie of cases of « Recovery ». *Lancet*, I, 1897.

WIERUZSKI. Second attack of simple Pneumothorax in an emphysematous Patient. *Vratsch.*, XXI, 1900.

WILSON-ATWOOD (A.). Spontaneous pneumothorax. Report of three cases in two members of the same family. *Boston M. and S. J.*, CXCV, déc. 1926.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1936)

M. le PRÉSIDENT fait part du décès de M. L.-M. Félix Hendrickx (de Bruxelles), membre correspondant étranger.

Recrutement des sages-femmes. — L'Académie adopte sans discussion les conclusions d'un rapport présenté par M. COUVELAIRE.

« 1° Le décret de 1917, qui prévoit la suppression des maternités-écoles de sages-femmes ne justifiant pas d'une activité suffisante et d'une organisation convenable de l'enseignement, devra être appliqué ;

« 2° Les maternités-écoles de sages-femmes seront dotées d'un statut commun ;

« 3° Les titres initiaux exigés pour l'entrée dans les maternités-écoles des candidates au diplôme de sages-femmes seront :

a) Comme titre universitaire minimum, le brevet élémentaire ; b) un diplôme d'infirmière d'Etat, la mention hospitalière étant nécessaire et suffisante ;

« 4° Au cours de la scolarité dans les écoles de sages-femmes, un enseignement théorique et pratique de la Protection maternelle et infantile devra être réalisé dans les mêmes conditions que dans les écoles d'infirmières préparant un diplôme d'infirmière visiteuse de l'Enfance. »

La lutte contre la contamination intérieure dans les hôpitaux d'enfants. — M. Robert DEBRÉ. Autrefois parents et médecins redoutaient l'entrée d'un enfant à l'hôpital, craignant à juste titre que l'enfant n'y contracte une maladie infectieuse, dont les effets nocifs viendraient s'ajouter à la maladie même pour laquelle il est hospitalisé. Grâce aux immenses progrès réalisés dans l'aménagement et la discipline des hôpitaux d'enfants, cette terreur a presque disparu.

Et cependant le problème des contaminations hospitalières est bien loin d'être résolu et la quiétude parfaite à cet égard n'est pas justifiée. C'est qu'en effet, malgré l'efficacité remarquable des mesures matérielles, malgré l'éducation hygiénique et la haute conscience du personnel infirmier et médical, la contagion pénètre dans nos services d'enfants et s'y propage, et on doit ajouter qu'il ne peut en être autrement. L'isolement individuel est souvent interrompu par la complexité des techniques de diagnostics et de traitements exigeant que l'enfant hospitalisé quitte son boxe en dehors duquel il rencontre de multiples occasions de contamination.

D'autre part, le personnel médical et infirmier, les étudiants en médecine, les visites font également pénétrer dans les services des germes de contagion.

Enfin il est impossible d'empêcher l'entrée d'une maladie contagieuse dans les services de médecine et chirurgie d'enfants incubant une maladie, même contractée au moment de l'admission, à la porte de l'hôpital.

Il est difficile d'exprimer par des chiffres la fréquence des contagions hospitalières. Pour donner une idée de la pénétration de sujets contaminateurs, nous rapporterons les chiffres suivants :

A l'hôpital Hérold, en 15 mois (du 15 mars 1935 au 15 juin 1936), sont entrés en médecine :

Rougeole	54
Coqueluche	18
Scarlatine	17
Oreillons	5

Par ces chiffres, on peut apprécier le péril que court l'enfant hospitalisé, si la propagation de la maladie contagieuse n'est pas arrêtée.

Notre devoir est d'empêcher pour nos petits hospitalisés,

la complication grave que constitue une maladie supplémentaire, sans compter les troubles de fonctionnement du service par des épidémies hospitlières, même discrètes, qui obligent fréquemment à fermer le pavillon ou la salle où une maladie contagieuse a pénétré et exercé ses ravages.

Pour lutter contre la contagion hospitalière, si les moyens matériels ne suffisent pas, on obtient un succès éclatant en y joignant les efforts d'un assistant spécialisé. Sa mission est la suivante :

I. — Dépister et repérer tous les cas de contagion, même au cours du séjour éphémère d'un enfant contagieux dans le service, qui peut être pour les enfants hospitalisés, gros de conséquences fâcheuses. Tenant soigneusement registre des enfants contagieux et suspectés, sachant parfaitement chaque entrant, l'assistant spécialisé épie l'éclosion des maladies contagieuses.

II. — Il établit par la réaction de Dick la réceptivité vis-à-vis de la scarlatine ; en recherchant le streptocoque hémolytique dans la gorge suspecte, il aide au dépistage des cas frustes de scarlatine et des porteurs de germes capables de disséminer cette maladie. Grâce à l'identification du bacille diphtérique isolé de la gorge des sujets considérés comme porteurs de germes non pathogènes, on rend à la liberté des enfants voués à d'interminables séjours hospitaliers.

III. — Le second devoir imposé à cet assistant est l'immunisation des sujets réceptifs et exposés à la contagion, surtout par injection de sérum de convalescents. L'assistant, dont c'est la tâche, parvient à alterner les doses suffisantes de ce sérum, ou éventuellement de sérum d'anciens rougeoleux, anciens coquelucheux, convalescents d'oreillons et convalescents de scarlatine.

IV. — Les enfants contagieux viennent de foyers externes et lorsqu'ils sortent de l'hôpital en période d'incubation, ils vont déterminer de nouveaux foyers. L'assistant spécialisé doit donc avertir l'œuvre, école ou collectivité d'enfants et les parents, de l'éclosion possible de telle ou telle maladie contagieuse contractée à l'hôpital, ou les prévenir de l'existence chez eux d'un foyer contagieux.

L'efficacité de ce service est indéniable.

De même que le service social à l'hôpital est devenu un rouage indispensable dans nos services, de même, croyons-nous, un service spécial de lutte contre la contagion hospitalière doit être créé dans tous les hôpitaux d'enfants.

Cette communication est renvoyée à une commission composée de MM. Nobécourt, Renault, Lesage, Lesné, Mourier, Lereboullet, Ombrédanne, Debré, Lemierre.

L'immunité antitétanique et l'immunité antityphoparatyphoïdique chez l'adulte soumis à la vaccination associée triple antityphoparatyphoïdique, antidiphtérique et antitétanique. — MM. E. Sacquepée, M. Pilod et A. Jude. Le degré de l'immunisation antitétanique a été apprécié par des titrages de sérum sanguin à diverses époques après vaccination : huit jours, un mois, dix mois, environ un an.

Pendant ce laps de temps, presque tous les sérums renferment au moins 1/300e d'unité antitoxique ; la plupart en sont d'ailleurs beaucoup plus riches, 91,48 à 97,94 % d'entre eux (suivant la date de prélèvement) en renferment au moins 1/3 d'unité et habituellement beaucoup plus.

Cette immunisation se montre persistante ; elle se manifeste encore après environ un an.

Nous ne possédons en matière de tétanos aucun indice qui permette de préciser à partir de quel taux d'antitoxine l'immunité peut être considérée comme établie. Mais les faits acquis chez le cheval, animal au moins aussi sensible que l'homme et comme tel plus difficile à protéger, permettent de penser que vraisemblablement le taux de 1/300e et surtout de 1/100e d'unité doit être suffisant ; s'il en est ainsi, la presque totalité des vaccinés serait protégée. Ceci n'est qu'une probabilité : seule, l'expérience clinique permettra de conclure.

Les réactions observées sont analogues à celles qui peuvent suivre la vaccination T A B seule ou associée avec l'anatoxine diphtérique ; elles sont cependant parfois un peu moins éphémères.

Le kala-azar autochtone de l'adulte. — M. d'Œlsnitz (de Nice). Beaucoup moins fréquent que celui de l'enfant, le kala azar autochtone de l'adulte a une incubation parfois très longue et présente, au cours de son évolution, des atténuations, des rémissions spontanées, parfois même une tendance à la chronicité.

La courbe fébrile présente parfois plusieurs paroxysmes quotidiens ; l'accès le plus intense, généralement vespéral, est habituellement suivi de sueurs abondantes.

La splénomégalie, modérée au début, devient importante dans les cas anciens, en même temps que s'accentue la consistance de la rate.

L'augmentation de volume du foie est inconstante, mais toujours et même en l'absence d'hépatomégalie, existe un syndrome d'insuffisance hépatique plus ou moins apparent.

L'anémie globulaire subit des variations spontanées.

Chez la femme jeune, peuvent apparaître des troubles restrictifs de la menstruation allant jusqu'à l'aménorrhée.

Les téguments sont pâles, mais d'une pâleur modifiée en certaines régions électives (face, seins, zones périgénitales), par l'association d'une pigmentation irrégulière variant en intensité d'un aspect sale, à peine perceptible, à une couleur chamois plus ou moins intense.

Parmi les modes d'identification biologique de la maladie, l'auteur donne aujourd'hui la préférence à la photométrie de floculation du sérum sanguin au contact d'une solution d'un sel d'antimoine, signe de présomption, et à la recherche directe des parasites dans la moelle osseuse obtenue par ponction sternale, cette intervention excluant les risques rares, mais certains, de la ponction splénique.

Le traitement spécifique de la maladie est réalisé par les injections intraveineuses de sels d'antimoine, de préférence organiques et de la moindre toxicité possible. L'auteur préconise, sous surveillance attentive des réactions, l'application d'un traitement d'attaque intense et prolongé jusqu'aux limites de la tolérance.

Fréquence et topographie des différentes formes de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — M. Paul Armand-Delille, avec la collaboration de MM. Lestocquoy, V. Bayle et Mme Lebreton, présente une étude portant sur 1.000 cas de tuberculose pulmonaire de l'enfant étudiés depuis dix ans dans son service d'hôpital.

Ce nombre important a permis d'établir une statistique précise, qui montre qu'au point de vue de la fréquence, les maxima sont à la deuxième année et de la douzième à la quinzième année. Les quatre premières années ne présentent que des formes de primo-infection avec une forte proportion de généralisations miliaires, tandis qu'au moment de la puberté, on observe presque exclusivement des formes de réinfection avec très peu de généralisations miliaires.

En ce qui concerne la topographie, la tuberculose de primo-infection atteint avec prédilection le sommet (131 cas sur 270 et seulement 65 localisations à la base). Chez le grand enfant, 70 % des formes de réinfection débutent aux sommets et seulement 15 % à la base des poumons.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


ÉPHÉDRINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement
titré à 1 centigr. de chlorhydrate
d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple,
pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par
jour, en débutant par une
dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les
2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur
demande et franco
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
3 A 8 PAR JOUR
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

N° 84. — MERCREDI 21 OCTOBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**

Etudiants : **25** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.

Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies :

MM. Abeille, Adam, Albahary, Alison, Alpérine, Amado, Mlle Ancel, MM. André, Anquetil, Arnaud, Arnavielhe, Arsitch, Aslanian, Astié, Attali, Mlle Aubin, MM. Aubouy Marcel, Audoly, Audry, Aurégan, Aurenche, Azaiz, Azoulay,

MM. Bachet, Bailly, Ballade, Ballerin, Bancaud, Barbier Jacques-Pierre, Barbier Pierre-Louis, Bareau, Barré, Yves-Louis, Barrier, Bastard, Bastin, Bauchart, Baudon, Bauer, Beaufils, Beaugrand, Belletoille, Mlle Bellettre, M. Ben-Haïm, Mme Benoit née Muller, Mlle Bentkowski, MM. Bernard Lucien-Edouard, Bernard Pierre, Bertrand Jean, Bessières, Bessil, Bibas, Blancard Pierre, Blanchon, Blestel, Blinder, Bolivar, Bolo, Bonduelle, Bonnet Jacques, Boreau, Bouche, Boudon, Boulay André, Bourdeau, Bourdin, Bourgine, Bourhy, Bourliére, Braconier-Leclerc, Brault, Bretton Roger, Bricaire, Mlle Brille, MM. Brisset, Brochenin, Buchenaud, Bugaut, Butet, Butzbach Jacques-René, Butzbach Jean-Camille, Buy,

MM. Cabrières, Cahen, Callerot, Campagne, Camus Jean-Louis, Capron, Carasso, Carballo, Carlotti, Castaigne, Castany, Caufment, Mlle Caulliez, Mme Cauvy née Saint-Paul, MM. Chabasseur, Chalochet, Champagne Pierre-Louis, Champagne Raymond-Marcel, Chaouli, Chappé, Chartrain, Chessebeuf, di Chiara, Chigot, de Chirac, Clamageran, Claracq, Clerfeuille, Clotteau, Cluzeau, Coblentz, Cohen José, Compagnon, Comte Joseph, Cornet, Mlle Corre, MM. Cossart, Costa, Cotillon, Courchet, Coutin, Coville, Cuvéreaux,

M. Dailly, Mlle Damiens, MM. Danel, Danion, Danset, Mme Darhowsky, MM. Darricau, Darris, Dastugue, Daverne, Debost, Debusschére, Deguillaume, Delabroise, Delair, Delatour, Delcambre, Delormeau, Delouché, Demassieux, Denizet, Deprez, Desclaux, Desfosses, Deuil, Didier, Dissez, Dos-Ghali, Mlle Doumic, M. Douville, Mlle Dreulle, M. Druilhe, Mlle Dubois Cécile, MM. Dubost, Ducournau, Dufour Jean, Dufourmentel, Dufresne, Dugrenot, Mlle Dunand-Henry, MM. Dupuis, Durgeat, Durupt, Duval René,

MM. Ebstein, El Baz, Eman-Zadeh, Enel, Etienne, Eudel, Mlle Eyraud,

MM. Faugeroux, Fayein, Mlle Feder, MM. Feld, Feldmann, Fénelon, Ferrand, Feuillette, Filippi, Fischgrund, Florès, Fonteix, Fortin, de Fourmestraux, Fournier, François, Fraquet, Frebet, Freret, Fressinaud-Masdefeix, Froidefond, Froissant, Fronville,

MM. Gallaut, Gallimard, Galmiche, Gandrille, Mlle Garnier, MM. Gatovsky, Gaulier, Gauthey, Gauthier, Geffriaud, Geismar, Genthou, Germain, Gertzberg, Gheorghiu, Gibert, Gibon, Gibrat, Gimaut, Giraud, Mlle Giret Rose-Marguerite, M. Girod, Mlle Gontcharoff, MM. Gougerot, Goulesque, Goury-Laffont, Grand, Mlle Granier Régine, MM. Granjon, Grislain, Mlles Grould, Grumbach, MM. Gueret, Guimezanes, Guiot, Gérard,

MM. Habas, Hadengue, Haguet, Hallé, Mlle Haller, MM. Haquin, Hardel, Hauser, Hausmann, Hébert, Hertzog, Mlle Heulot, MM. Houdart, Huber, Mlle Hufnagel,

MM. Isorni, Israel,

MM. Jacquemin, Jardel, Joinville, Joubli, Jouon,Ioussemet,

MM. Kaeppelin, Kartun, Kavoussi, Klein, Klotz, Kreisler, Kropf, Kuss,

MM. Labayle, Lacombe, Lacroix, Mlle Laisney, M. Lajouanine, Mlle Lambert Alice-Amélie, MM. Lambert Léon-Claude, Lambert Raymond-Jean, Landau, Laneuville, Lang Paul, Lange Eugène, Langevin, Lanvin, Larcelet, Mlle de Larminat, MM. Lartigue, Laumonnier, Leandri, Lebel, Le-

boff, Lebovici, Le Bozec, Le Brigand, Lebrun, Lecœur, Lecointe, Mlle Lecuyer, M. Lefer, Mlle Lefevre Jacqueline, MM. Le Floch, Leger, Legrand, Lelièvre, Lemanissier, Lemierre, Lenoël, Lenoir, Leprat, Lesca, Le Sourd, Mlle Leuthreau, MM. L'Hirondel, Libert, Lichnewsky, Lienard, de Lignières, Mlle Lindeux, MM. Loeper, Logeard, Loiseau James-Samuel-Henri, Lolmède, Mlle Lotte, M. Loubrieu,

Mlle Magallon-Graineau, M. Magder, Mlle Mage Edith-Marie-Henriette, MM. Mage Jean-Jacques-Louis, Maignan, Maillard Claude-Emile, Maillard Jean-Edouard, Maille, Maillez, Mlle Mangenot, MM. Mantoux, Marchon, Mlle Maréchal Ernestine, MM. Mariani, Marmier, Martin Paul-Félix-Hubert, Martin de Frémont Henri, Martinet, Martinon, Masson René-Daniel, Matteï Marc, Mme Matteï Marie-Madeleine, MM. Maurice, Meillon, Menanteau, Mendelsohn, Metzger, Mlle Meugé, MM. Meyer Henri, Mignon, Minkowski, Moch, Molimard, Momon, Monod Marc, Mlle Montalant, MM. Morel, Motte, Mouchot, Moullé, Mouton, Muller Jean-Noël, Musset René,

MM. Nadiras, Néel, Negellen, Nespoulous, Mlle de Neyman Marie-Lily, MM. Nguyen-Trung Nam, Nick,

MM. Olbinsky, Orgogozo, Orliac, Oudot,

MM. Pahmer, Paley, Mlle Papot, MM. Parant, Parsy, Mlle du Pasquier, MM. Pastier Jean, de Paulo, Payer, Perigois, Pérol, Perrier, Pestel, Petit Camille-François, Petit Jacques-René-Marie, Petit Jean-Maurice, Petit Norbert-Georges-Edmond, Peyron, Phéline, Philippe Bernard, Philippe Mathieu-François, Piarrat, Piguet, Pillet, Mlle Pinard, MM. Pineau, Pinet, Pinot, Placa, Pointeau, Poissonnet, Pons, Pouret, Poussier, Pradelle, Mlle Prettre, MM. Prin, Prochiantz, Mlle Provendier, MM. Prudhommeaux, Pruvot,

MM. Radzievsky, Raymond Jean-Justin, Mlle Raymond Maria-Amalia, Raymondaud, Raynaud, Mlle Rémond Simone, MM. Renault, René-Boisneuf, Revel, Reynaud, Mlle Rist, M. Ristelhuber, Mlle Rivet, MM. Robert Jean, de Rocca Serra, Rochlin, Rodde, Roger, Rognon, Rometti, Ronsin, Mlle Rosental, MM. Rouault, Rouget, Roujon, Roulland, Rousset, Rouzaud, Roy Bernard, Ruel,

Mlle Sachnine, MM. Salet, Salinesi, Saltet de Sablet, Mlle Saulnier Micheline-Léonie, MM. Scebat, Schermann, Schneider, Sclafer, Sénechal André-Jean, Sénechal Jean-Jacques, Sénechal Robert-Louis-Paul, Serane, Mlle Seror, MM. Serre, Serreau, Sevileano Eugène, Sevileano Nicolas, Seyer, Mlle Seyrig, MM. Sicard Pierre, Simon René, Sobieski, Sohier, Soulier, Sriber, Mlle Stahland, MM. Statlender, Stefani, Steinberg, Sterboul, Stevenin,

MM. Tahar, Ternier, Tetreau, Thaon, Thieblot, Thorel, Thoyer-Rozat, Tiret, Torre, Mlle Tostivint, MM. Toufesco, Toulouse, Mlle Tourneville, MM. Tran-Van-Hoa, Trémolières, Tricot, Tulou, Tzannetis,

M. Umdenstock,

MM. Vakili, Vasquez, Verdez, Verliac, Vermenouze, Vernes, Verriez, Verstraete, Veyrieres, Vialard-Goudou, Viguié, Vila, Villanova, Villebrun, Vissian, Vittrant, Vivien,

MM. Weill, Wetterwald, Mlle Wetzlar, MM. Weyl, Wintrebert, Mlle Wolfromm Hélène-Jeanne, M. Wolfrom René.

Distinctions honorifiques. — A l'occasion du Congrès international d'hydrologie qui vient de se tenir à Belgrade, le gouvernement yougoslave a décerné les distinctions suivantes :

Grand officier de la Couronne : M. le professeur Rathery.

Officiers de la Couronne : MM. Françon (d'Aix-les-Bains), de Comtard (Clermont-Ferrand), René Fabre (Paris), Vlès (Strasbourg), Chabrol (Paris).

Commandeur de Saint-Sava : MM. Flurin (de Cauterets), le professeur Piéry (de Lyon).

Officiers de Saint-Sava : MM. le professeur Fontès (Strasbourg) et Justin-Besançon (Paris).

XVIe Congrès international d'hydrologie. — A la suite du XVe Congrès international qui vient de se réunir à Belgrade, le bureau permanent a décidé, sur la proposition du professeur Fontès, que le XVIe Congrès international aurait lieu en 1939 à Strasbourg.

Assemblée générale de la médecine française. — Les assises de 1937 débuteront le 10 janvier 1937 à Paris, à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence de M. le professeur Fernand Bezançon.

Question : *Primo-infection tuberculeuse.*

Dans les assises suivantes, on étudiera : la natalité, la fièvre typhoïde, l'éducation physique.

Les *Assises du Souvenir* se tiendront au château de Montaigne, en Périgord. Enfin, en septembre, un pèlerinage aura lieu à Saint-Servan, pour l'anniversaire de la mort de Jean Charcot et de ses compagnons du *Pourquoi Pas ?*

Ecole du Service de santé militaire. — *Liste complémentaire des candidats admis à l'Ecole du service de santé militaire à la suite du concours de* 1936 (section de médecine) (1).

1° Candidats à quatre inscriptions : 87 Michel (A.-G.) ; 88 Caron (J.-D.-H.-P.) ; 89 Imbaud (G.).

2° Candidats P C B. — 41 Henry (P.-J.-F.) ; 42 Amar (D.-M.).

Les candidats compris dans la liste ci-dessus devront se présenter au médecin général directeur de l'Ecole, à Lyon, 18, avenue Berthelot, le mardi 20 octobre 1936, à 8 heures.

Ecole du Service de santé de la marine. — Ont été nommés, après concours, aux emplois de chargés de cours énumérés ci-après, les médecins de 1re classe dont les noms suivent :

ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Physiologie, hygiène et médecine légale.* — M. Beauchesne (R.G.-M.).

ECOLES ANNEXES DE MÉDECINE NAVALE. — Toulon : 1° *Histologie et embryologie.* — M. Lembrez (J.-A.).

Brest. — M. Lafferre (M.-R.P.).

Toulon : 2° *Physiologie et séméiologie.* — M. Puyo.

Rochefort. — M. Chertin.

ASILE CLINIQUE DE SAINTE-ANNE. — *Conférence de Psychiatrie.* — Le Dr Henri Ey, médecin des asiles, ancien chef de clinique, reprendra ses conférences et examens des malades à partir du 21 octobre, *tous les mercredis* à l'Asile Sainte-Anne. Les examens de malades ont lieu à 16 heures, à l'amphithéâtre de la Clinique du professeur Claude. Les exposés théoriques ont lieu le soir du même jour à 21 heures. Comme les années précédentes, ces conférences ne constituent pas une préparation directe au concours du Médicat des Asiles, mais ont pour but l'examen critique et l'étude pratique des problèmes psychiatriques. Pour renseignements et inscriptions, s'adresser à M. C. H. Nodet, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (14e).

(1) Déduction faite du candidat Leclère (J.-B.-A.), classé 86e, qui a opté pour l'école principale du service de santé de la marine, à Bordeaux.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

ENDOCARDITE INFECTIEUSE PRIMITIVE À FORME SUBAIGUE ET PROLONGÉE

par Ch. LAUBRY, M. LEBLANC et E. de VÉRICOURT

Il ne nous paraît pas superflu de montrer une fois de plus comment les faits débordent chaque jour les cadres étroits dans lesquels les descriptions classiques enserrent les endocardites infectieuses. On oppose, en effet, deux types bien tranchés : d'une part, l'endocardite maligne primitive, dont l'évolution est rapide, brutale, qui se comporte comme une maladie infectieuse grave, qui se termine habituellement en quelques jours ou quelques semaines par la mort, et dont l'évolution ne traîne que dans les cas exceptionnels où elle guérit ; d'autre part, l'endocardite prolongée (maladie d'Osler) plus irrémédiablement fatale, mais d'une durée interminable, sournoise dans son apparition, insidieuse dans son expression clinique, et qui offre ce caractère regardé presque comme fondamental de se greffer sur une lésion valvulaire chronique ordinairement rhumatismale.

L'un de nous a saisi toutes les occasions pour briser, entre ces deux variétés, qui répondent toutefois à la grande majorité des faits, les cloisons étanches, et signaler les formes de transition qui les unissent, tant du point de vue étiologique ou symptomatologique que du point de vue évolutif. D'autres auteurs ont pensé comme nous qu'il n'était pas inutile de mentionner ces démentis que la clinique journalière inflige aux archétypes. Ainsi de Massary a insisté récemment sur les formes primitives de la maladie d'Osler, survenant sans qu'aucun rhumatisme antérieur, aucune lésion valvulaire connue, ait pu la faire redouter. Il a inspiré d'ailleurs sur ce point la thèse de son élève Chambon, et parmi les observations rassemblées dans cette monographie, il en est une que l'un de nous a suivie avec son collègue et ami le Prof. Mercier (de Tours). Elle concernait un homme de 55 ans, sans passé pathologique, qui mourut au bout de 8 mois d'une consomption lente, avec prédominance de phénomènes digestifs, fièvre peu élevée. Au bout de deux mois, un souffle systolique fit son apparition. D'abord discret et douteux, il s'affirma peu à peu, et, avec l'hémoculture, signa la nature et la destinée d'une infection jusque-là indéterminée. Depuis lors, des exemples analogues ont été relevés dans les mêmes conditions. Mais on peut reprocher à ces observations, malgré les détails scrupuleux qui les entourent, de n'avoir pas la consécration nécropsique, qui confirme à la fois le diagnostic d'endocardite et le caractère récent des lésions, où des végétations, relativement jeunes, apparaissent implantées sur des valves qui, en dehors d'elles, sont souples et vierges d'atteinte antérieure.

Les trois observations que nous publions, et que nous avons recueillies dans le service pendant l'année 1935, comblent cette petite lacune, et donnent un substratum anatomique à ces formes prolongées d'endocardite maligne primitive.

Observation 1. — Un homme de 35 ans, d'apparence robuste, chauffeur de camion, entre le 5 avril 1935 dans notre service. Il est depuis plus d'un mois fatigué, s'efforçant en vain d'assurer son travail, obligé finalement de s'aliter. Il appelle un médecin qui constate son état fébrile, entre 38 et 38,5, et conseille l'hospitalisation.

L'homme, à première vue, n'a l'apparence ni d'un infecté, ni d'un cardiaque. Il n'accuse aucun trouble fonctionnel, ni douleur, ni dyspnée, ni malaise. Il se sent las. Toutefois la température est à 39 le soir, 38,5 le matin, avec un pouls assez lent entre 82 et 90 par minute. L'examen systématique des organes ne montre que quelques râles sous-crépitants aux deux bases ; une rate percutable mais non palpable ; une langue humide, légèrement saburrale. Le diagnostic reste incertain. On songe, avant tout autre examen, à une affection d'origine intestinale.

Les jours suivants, la température se maintient en plateau aux environs de 39 ; et comme l'examen systématique de la rate décèle une splénomégalie assez nette, on incline vers une affection paratyphique et on pratique à la fois une numération globulaire et une hémoculture.

Examen globulaire :

Globules rouges : 4.560.000 ;
Hémoglobine : 95 % ;
Globules blancs : 5.200 ;
Polyneutrophiles : 86 ;
Eosinophiles : 0 ;
Petits mono : 5 ;
Moyens mono : 5 ;
Lymphocytes : 3.

Hémoculture : dans les premiers jours qui la suivent, le bouillon demeure limpide. Au bout d'une semaine seulement, on perçoit un léger trouble, dû à la présence d'un streptocoque non hémolytique.

Le diagnostic est donc celui d'une septicémie à streptocoque, dont la localisation et le point de départ restent indécis.

Une deuxième hémoculture pratiquée 5 jours après la première montre, dans les mêmes conditions, la présence du même microbe : streptocoque non hémolytique.

L'état général demeure le même, assez satisfaisant malgré la fièvre, qui se maintient entre 38,2 et 38,8, jusqu'au 30 avril.

Le 30 avril, alors que l'examen du cœur, pratiqué méthodiquement, et journellement, n'avait rien révélé d'anormal, on est surpris de trouver à l'auscultation un souffle systolique assez rude, ayant son maximum au 2e espace intercostal droit, se poursuivant en écharpe vers la pointe, où il semble plus atténué. Il est suivi d'un souffle diastolique si doux, que sa présence n'est pas admise par tous les assistants, dans les premiers jours, et qu'ainsi on regarde encore comme douteux le souffle systolique. Mais dans les jours suivants, 2 mai, 3 mai, il est impossible d'en nier l'authenticité. Le souffle s'accuse chaque jour, et ce caractère, joint à celui de l'hémoculture, oblige à porter le diagnostic d'endocardite maligne.

Pendant un mois, l'état du malade ne se modifie pas sensiblement. On ne découvre aux examens successifs ni arthralgie, ni taches purpuriques, ni hématurie microscopique, etc.; l'appétit est conservé ; les souffles gardent leur caractère de netteté pendant toute cette période. Chaque examen se complète d'un interrogatoire pour tâcher de déceler dans les antécédents, soit une atteinte rhumatismale ou infectieuse, soit la porte d'entrée du germe responsable. On ne trouve rien, sauf peut-être une blessure légère subie 8 jours avant les premiers malaises ; le malade s'est coupé au bras avec un morceau de verre, mais sa cicatrice est à peine visible ; elle est passé inaperçue ; et comme sa profession manuelle l'expose à des accidents fréquents de cet ordre, on hésite a faire de cet accident le point de départ de l'infection

septicémique. Un nouvel examen de sang pratiqué le 11 mai montre :

G. R. 4.470.000 ;
G. B. 10.200 ;
Hémoglobine 80 % ;
Baso. 1, Lympho. 7 ;
Neuro. 74, Eosino. 7, Moyens monos. 8.

Vers le 15 mai, l'état général paraît décliner. Le teint devient terreux. La somnolence du début fait place à une sorte de torpeur. La fièvre est plus élevée : entre 38,5 et 39,5. Cet état s'est accusé malgré de nombreux essais thérapeutiques, injections d'iodaseptine, rubiasol per os et intraveineux. Du 20 mai au 15 juin, aucune modification, sauf une apparition de douleurs dans l'hypocondre gauche, spontanées, exagérées par la pression dans la fosse iliaque, examen qui permet en même temps de percevoir le bord inférieur de la rate, que jusqu'ici on n'avait pas senti. Les jours suivants, les douleurs disparaissent, mais la splénomégalie reste identique.

Le 15 juin, une nouvelle hémoculture est pratiquée, donnant les mêmes résultats. A cette époque, l'amaigrissement est très net, les masses musculaires des mollets et des cuisses sont presque fondues. Dans les semaines qui suivent, le malade devient indifférent, répond à peine aux questions, les râles sous-crépitants des bases paraissent augmentés ; une légère raideur de la nuque fait son apparition ; et le 12 juillet, la mort survient, après une évolution de plus de 4 mois. L'électrocardiogramme pratiqué à plusieurs reprises s'est toujours montré normal.

Autopsie. — Poumon. — Nulle trace d'adhérences ; l'œdème pulmonaire est manifeste dans le lobe supérieur et moyen du poumon gauche ; la moitié inférieure du lobe inférieur du poumon droit est violacée, congestionnée et une sérosité sanguinolente s'échappe à la coupe.

Volumineux ganglion au niveau de la bifurcation trachéale. Reins gros, congestionnés, avec quelques petites suffusions hémorragiques au niveau de la corticale, capsule non adhérente. Rate volumineuse, mais d'aspect normal à la coupe, sans infarctus, sans abcès. Le foie est mou, blanchâtre, garde l'empreinte du doigt ; en somme, aspect d'un foie dégénéré, infectieux.

Cœur. — A l'ouverture du péricarde, 1/2 verre de sérosité sanieuse et brunâtre. Après ouverture du ventricule gauche, on aperçoit au niveau des valvules sigmoïdes de nombreuses végétations, nettes au niveau de la sigmoïde droite et moyenne, mais plus confluantes et prédominantes au niveau de la sigmoïde gauche. Celle-ci forme avec la paroi de l'aorte une poche en nid de pigeon, dont le fond est tapissé, dans sa partie haute, de petites plaques gélatiniformes, tandis que sa partie basse est parsemée de végétations, de la grosseur d'une tête d'épingle, les unes pédiculées, les autres sessiles, de coloration blanc rosé et de consistance ferme. Le bord libre de la valvule est épaissi, mais mollasse ; il présente à sa partie moyenne une formation plus consistante de 5 à 6 millimètres d'étendue assez rugueuse, blanc rosé.

Au-dessous du bord libre, à la partie moyenne et basse, c'est-à-dire au niveau de l'insertion de la valvule et au-dessus d'elle, il existe une sorte de hernie, avec perforation à bord réversé de la valve. L'aspect de la valvule serait ainsi comparable à celui d'une tumeur arrondie, formée de bourgeons multiples, les uns petits, de la grosseur d'une tête d'épingle ; d'autres plus volumineux, blanchâtres, rappelant les lésions d'athérome, mais n'en ayant pas la consistance ; d'autres enfin rosés et franchement hémorragiques. Au centre de ce chou-fleur qui résulte de l'agglomération de végétations existe une perforation en forme de cratère irrégulier, ovoïde, en communication avec la poche valvulaire. Au fond de cette poche, de nouvelles végétations cachent l'orifice coronarien.

Les deux autres valves sont garnies de productions végétantes, identiques, mais plus discrètes, avec un léger épaississement du bord libre de la valve.

Dans l'intérieur du ventricule gauche, à 1 centimètre environ au-dessous de la valve sigmoïde, la plus touchée, sur la paroi de la grande valve mitrale, qui conserve d'une façon générale son épaisseur normale et sa souplesse, au-dessus de l'ogive que forment, par la réunion de leurs fibres, deux faisceaux de cordages, il y a deux perforations bordées par deux petites plaques blanchâtres et molles. Ces deux perforations aboutissent à un chou-fleur posé sur la face auriculaire de la valve, et formé de végétations identiques à celles des sigmoïdes aortiques. Sur les piliers et les cordages qui maintiennent la mitrale, quelques végétations arrondies çà et là en tête d'épingle, les unes isolées, les autres agglomérées au niveau de l'entrecroisement des faisceaux tendineux. Partout ailleurs l'endocarde est de coloration et d'épaisseur normales. L'endocarde auriculaire est normal, à droite et à gauche, de même l'endocarde ventriculaire droit.

Observation 2. — Sch. 32 ans, déménageur, entre à l'hôpital Broussais en février 1936, pour fatigue générale et fièvre. Le début de son affection remonte au moins à 4 mois, si on veut le marquer par des signes plus nets que les sensations épisodiques de fatigue auxquelles, même avant lui, il était sujet. Il y a 4 mois en effet qu'ont commencé les frissons, les sueurs, la perte de l'appétit, assez marqués pour l'obliger à interrompre son travail pendant quelques semaines, à le reprendre de temps en temps sans pouvoir le continuer, et enfin à être obligé, de par les progrès de l'affection, la perte de l'appétit, l'amaigrissement et l'asthénie, à entrer à l'hôpital.

On est en présence d'un malade anémié, fatigué, très indifférent à l'examen, et qu'il faut interpeller assez violemment pour obtenir un semblant de précision dans les réponses. Celles-ci ne révèlent d'ailleurs aucun détail intéressant. Sauf dans les 6 derniers mois, le malade n'a jamais été alité ; il a toujours exercé sa profession fatigante sans interruption ; il n'a jamais eu de rhumatisme et il a fait son service militaire normalement. En dehors de cet état général, qui se traduit par la pâleur et une respiration superficielle, il existe une douleur lombaire et articulaire assez vague.

La fièvre oscille entre 38 et 39. Le pouls est rapide à 110, régulier, la diurèse est de 1 litre environ.

Au cœur, un choc de la pointe assez étalé, des bruits assourdis et rapides, un souffle systolique léger de la région apexienne précédé d'un bruit de galop présystolique. A la base, région parasternale droite, un souffle systolique très léger suivi d'un souffle diastolique beaucoup plus net et prolongé. Tension : 11-5.

L'examen des organes ne décèle aucune anomalie. Le foie déborde à peine le rebord costal, la rate n'est pas perceptible, les réflexes sont normaux. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Au poumon, le murmure vésiculaire est normal.

Examen du sang :

G. R. 3.250.000 ; Hémoglobine 70 % ; Vo : 1,07 ; G. B. 23.600.

La formule leucocytaire est la suivante (22-2-36) :

Neutrophiles 86 ;
Basophiles 1 ;
Eosinophiles 1 ;
Leucocytes 3 ;
Moyens monos 8 ;
Lymphocytes 1.

L'électrocardiogramme ne se traduit que par des complexes à bas voltage, sans aucune déformation caractéristique ou d'atteinte coronarienne ou de bloc de branche.

Le 25 février, 5 jours après son entrée, le malade est pris subitement d'une crise de dyspnée, il devient cyanosé, le cœur est tachyarythmique, la fièvre s'élève, et il meurt quelques heures après.

A l'autopsie : le cœur est de dimensions et de coloration normales. A l'ouverture du ventricule gauche, on arrive au niveau de l'orifice aortique, près de la base d'implantation de la valve gauche, une couronne de végétations bourgeonnantes, friables, avec sérosités purulentes. Mais les deux autres valves sont saines, souples, sans induration, sans ulcérations notables. Les orifices mitral, tricuspidien, pulmonaire, sont sains, et leurs valves souples.

Les poumons sont normaux, le foie hypertrophié et mou : 2 kg. 880 ; la rate pèse 250 gr., ne présente aucun infractus, les reins sont sains ; l'aorte est souple et ne présente dans toute son étendue aucune trace d'athérome.

En résumé, il s'agit d'une endocardite infectieuse, ayant évolué à bas bruit pendant près de 5 mois, s'étant traduite cliniquement par un double souffle, anatomiquement par des végétations luxuriantes au niveau d'une seule des valves de l'orifice aortique, les deux autres restant souples et saines.

Les hémocultures pratiquées le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital ont donné au bout de 4 jours, c'est-à-dire au moment de la mort du malade, un résultat positif, et montré la présence d'un streptocoque non hémolytique, identique à celui obtenu par la culture des végétations post mortem.

Observation 3. — Mme G. entre le 2 juin 1935 à l'hôpital Broussais, pour un état fébrile accompagné de courbature, de lassitude générale et d'amaigrissement, état qui dure depuis plus d'un mois. Le 20 avril, elle a commencé, semble-t-il, à être éveillée la nuit par des sueurs assez profuses, irrégulières, ayant disparu quelques jours pour réapparaître ensuite, et ayant peu à peu fait place à l'état subfébrile qui détermine son hospitalisation.

La malade ne présente aucun antécédent, aucun épisode pathologique marquant, aucun accident local pouvant situer exactement le début des accidents actuels, en particulier ni rhumatisme ni angine.

On est en présence d'une femme de 35 ans, dont le faciès est pâle, vaguement œdémateux, et dont l'état général ne répond pas de prime abord à la lassitude qu'elle accuse et qui l'a obligée à s'aliter. D'ailleurs, en dehors de cette fatigue, elle n'attire l'attention sur aucune atteinte viscérale, en particulier elle n'a ni douleur, ni palpitations, ni dyspnée d'effort légitime.

L'examen cardiologique n'offre qu'une tachycardie en rapport avec la température, qui oscille entre 38 et 39 avec rémission matutinale. Mais les bruits du cœur sont bien frappés, nets ; ni à la base ni à la pointe, il n'existe aucun signe anormal. La tension artérielle est de 12-8.

La langue est sabburale, blanchâtre, l'abdomen un peu ballonné ; le foie déborde d'un travers de doigt les fausses côtes. Fait assez notoire : la rate est grosse, sensible, percutable sur quatre travers de doigt et même palpable ; on l'accroche pendant l'expiration et on la trouve conservant sa forme et sa consistance normales. Il n'y a aucun mouvement éruptif cutané. La respiration est superficielle, les mouvements respiratoires sont à 22 par minute ; une expectoration mousseuse sans caractère, et des râles sibilants sont décelés aux bases pulmonaires. Les réflexes sont conservés, les pupilles réagissent normalement. Un examen minutieux de l'appareil génital ne fait percevoir aucune effraction à ce niveau capable d'expliquer l'infection.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine ; centrifugées, elles révèlent à l'examen microscopique quelques leucocytes et cellules de desquamation.

La radiographie et l'électrocardiogramme ne révèlent rien d'anormal. En résumé, on est en présence d'un tableau de septicémie sans localisation. Une hémoculture est pratiquée, qui révèle le 10 juin un streptocoque non hémolytique.

Evolution. — Pendant 6 semaines environ, l'état général reste à peu près le même. La fièvre est continue, mais offre dans son allure et dans son intensité des variations curieuses, tantôt se maintenant pendant 2 ou 3 jours aux environs de 39, tantôt oscillant entre 37,8 et 38,8, quelquefois même chutes passagères à 38 qui font espérer une rémission plus prolongée. Elle s'accompagne toujours de frissons et de sueurs, qui font penser qu'à de certaines périodes son taux est plus élevé.

Plusieurs examens hématologiques sont pratiqués, qui révèlent un nombre de globules rouges variant entre 3 millions 550.000 et 3.160.000 dans les dernières périodes de la maladie. Les globules blancs oscillent entre 10.000 et 13.000. Une polynucléose relative à 70 % passe à la 4e numération à 90 %. Les lymphocytes et les mononucléaires s'abaissent dans la même proportion au cours de numérations successives (3 % de lymphocytes à la dernière numération).

Pendant cette période, toutes les pratiques thérapeutiques en usage, injections intra-veineuses, vaccination, méthodes de choc, rubiasol, sont employées sans effet.

Le 15 juillet, la malade qui est auscultée régulièrement et chez laquelle le cœur a toujours paru normal, offre à l'auscultation un souffle sytolique de la pointe assez net, plutôt protosystolique que franchement systolique, sans propagation, suivi d'un 2e bruit dédoublé. Malgré les caractères de ce bruit anormal qui laisserait douter de sa nature organique, en présence d'un état général de plus en plus mauvais, d'un amaigrissement qui fait songer aux endocardites infectieuses à la dernière étape de leur évolution, on émet l'hypothèse d'une endocardite mitrale à streptocoques. Le 28 juillet 1935, la malade meurt subitement.

A l'autopsie : le cœur est de volume normal ; aucune trace d'adhérences péricardiques ou de liquide. A l'ouverture on trouve sur tout le pourtour de l'orifice mitral et sur le tiers supérieur de ses valves, face interne principalement, de nombreuses végétations, toutes en chou-fleur, les unes assez volumineuses et de dimensions d'une noisette, les autres petites, quelques-unes disséminées et discrètes sur le bord libre. La face externe ou ventriculaire est lisse et à peu près indemne. Une masse exubérante, du volume d'une grosse noisette, se trouve sur un tendon valvulaire, pilier externe de la valve au niveau de leur insertion. La consistance est variable : les unes sont molles et friables, légèrement hémorragiques, les autres plus fermes, et dans l'ensemble elles paraissent obstruer l'orifice cardiaque affecté. L'aorte est souple, ainsi que l'orifice et les valves aortiques. Le reste de l'endocarde ventriculaire n'est pas atteint, et l'endocarde auriculaire est normal. La rate est volumineuse, congestive, avec une tache d'infarctus montrant à la coupe un foyer en voie de ramollissement de la dimension d'une grosse amande. Le foie est gros, les poumons congestionnés aux bases, laissant sourdre à la pression une sérosité sanguinolente et œdémateuse. Aucune autre altération viscérale à signaler.

Il est inutile de formuler pour chacune de ces observations un diagnostic récapitulatif. Elles ont toutes un air de famille qui les rapproche : leur début insidieux, leur évolution traînante, un état général mau-

vais, mais qui consiste surtout en un affaiblissement, un état de langueur progressif, et ne saurait en imposer de prime abord, soit pour une fièvre typhoïde grave, soit pour une pyohémie à grand fracas ; enfin une évolution traînante, une terminaison fatale qui se fait attendre 4 mois pour l'une, 5 mois pour l'autre, et près de 6 mois pour la 3e, l'apparition seulement au cours de l'évolution du souffle caractéristique et qui vient éclairer subitement le diagnostic ; tels sont les caractères frappants de leur allure clinique. On conviendra que cette allure est plutôt celle de la maladie d'Osler que celle qui est assignée habituellement aux endocardites malignes. Chez celles-ci, en effet, ce qui domine, c'est leur marche à grand fracas et rapide, qu'il s'agisse de la forme typhoïde septicémique ou régionale. Quelle que soit leur forme, leur durée se compte par semaines. Laubry et Routier insistent sur ce caractère, et conviennent qu'exceptionnellement le terme de 3 semaines qu'ils ont fixé est reculé de quelques semaines. Alors même que la terminaison fatale se fait attendre plus longtemps, il est rare que le début n'ait pas été marqué par un frisson solennel, ou par l'entrée subite et rapide d'un souffle cardiaque intempestif, que les délabrements des endocardites ulcéreuses expliquent facilement.

Rien de tel chez nos malades. Tout se résume pour eux à une cachexie lente, silencieuse, larvée en quelque sorte pendant plusieurs mois, au milieu de laquelle apparaît un souffle fixe, immuable, venant à un moment donné éclairer le diagnostic. La seule différence avec la maladie d'Osler consiste non pas dans une durée évidemment moins longue, puisqu'on a vu des maladies d'Osler se compter non seulement par mois, mais presque par années, mais dans le caractère primitif chez nos malades secondaires dans la maladie d'Osler de l'infection endocarditique. Ce caractère est d'ailleurs confirmé à l'autopsie, où nous n'avons jamais trouvé de ces altérations fibreuses ou athéromateuses qui, au niveau des valves frappées, nous eussent permis de porter un diagnostic ayant pu passer inaperçu cliniquement d'endocardite rhumatismale. Il y a bien là ce témoignage anatomique, que nous avions annoncé, et qui apporte sa preuve à des faits évidemment connus, mais auxquels cette consécration faisait défaut.

Ces endocardites primitives traînantes ne sont pas pour nous surprendre, car il en est pour les endocardites comme pour toutes les infections. Leur allure clinique dépend du conflit qui s'établit entre la résistance générale ou locale du sujet, et la virulence du microbe. Il n'y a pas, comme on l'a prétendu à tort, entre le streptocoque hémolytique des grandes infections et le streptocoque viridans des différences fondamentales, mais très probablement des différences de virulence qui expliquent les formes infinies de l'endocardite. Un organisme ou une valvule frappé d'atteinte antérieure est naturellement sensibilisé pour un microbe peu virulent, d'où l'allure traînante des endocardites secondaires. Mais la même éventualité peut se produire à l'égard d'un streptocoque de virulence moyenne chez un individu sain, d'où les formes que nous avons décrites ou les formes de transition, subaiguës et presque chroniques, primitives dont nous avons rapporté les exemples.

BIBLIOGRAPHIE

CHAMBON. L'endocardite maligne primitive à évolution lente, *Th. Paris*, 1928.

LEMIERRE et P.-N. DESCHAMPS. Les endocardites malignes, *Leur diagnostic. Leur traitement*, Paris, Doin, 1930.

MOUGES, POINSO R. et BATTESTI P. Endocardite aiguë végétante, *Marseille Médical*, p. 666, 1935.

ROUSLACROIX et L. BOYER. Caractères du germe isolé dans un cas d'endocardite maligne lente primitive, *Société de Biologie de Marseille*, séance du 15 janvier 1934, in comptes rendus *Soc. de biologie*. Tome CXV, N° 35, 1934.

D. ROUTIER et R. DEGOS. Endocardite lente maligne mortelle bactériologiquement indéterminée, *Arch. de médecine générale et coloniale*, décembre 1932, N° 9.

XLVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1)

(5-10 octobre 1936)

LES RÉSULTATS DES GREFFES OVARIENNES

Rapporteurs : M. P. MOCQUOT (Paris) et COTTE (Lyon).

Les recherches expérimentales poursuivies depuis cinquante ans sur l'animal, les opérations pratiquées depuis le même temps chez la femme par les chirurgiens de tous les pays, montrent que les greffes ovariennes ne sont pas toujours sans résultats heureux.

Certes, les échecs sont nombreux, qui tiennent surtout à une technique défectueuse lors du prélèvement des greffes ; mais au total, si l'on tient compte des difficultés forcément inhérentes à toute opération de nature physiologique, il n'en est pas moins intéressant :

1° *De constater les résultats obtenus ;*

2° *De s'efforcer d'améliorer la technique pour que ceux-ci deviennent meilleurs.*

Du point de vue des greffons, il importe de distinguer :

Les auto-greffes,
Les homo-greffes,
Les hétéro-greffes.

Les auto-greffes, seules ou à peu près seules, se sont révélées comme ayant une valeur biologique certaine

Les homo-greffes, tentées chez des animaux de même espèce, ont donné parfois des résultats heureux, mais appliquées chez la femme, les succès sont discutables.

Quant aux hétéro-greffes, tous les auteurs s'accordent pour les considérer comme fatalement résorbables.

Cette condamnation des homo et des hétéro-greffes n'est pas du reste sans appel ; les unes et les autres rendront exceptionnellement des services quand on les appliquera à bon escient, avec une indication bien étudiée et bien légitime.

A. LES GREFFES OVARIENNES DANS LE TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ D'ORIGINE TUBAIRE. — L'utérus et les ovaires sont peu touchés. On peut les conserver. Cependant, les trompes oblitérées présentent des lésions qui s'opposent à toute tentative conservatrice. La salpingectomie s'impose.

On peut conserver avec l'utérus, un ovaire ; la persistance des règles sera assurée. Mais on peut essayer de faire mieux : rétablir la fonction conceptionnelle, et ceci, en greffant l'ovaire (in utero). L'idée première en semble remonter à Tuffier, qui laissait dans la matrice un ovaire libre. Les résultats se montrèrent quelconques. D'exécution facile, une telle greffe était à peu près nulle physiologiquement parlant, et Tuffier abandonna très vite cette technique.

Este eut l'idée d'utiliser une incision oblique de la corne utérine et de fixer l'ovaire à son contact. Il eut quelque suc-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 81, p. 1394.

cès. Il est préférable d'implanter la plante munie de son pédicule dans la cavité utérine. S'il est nécessaire, le volume du greffon sera réduit grâce à une résection plus ou moins étendue.

Cette technique est d'exécution facile. L'implantation ovarienne peut être rendue plus aisée encore si l'on a soin de dilater le fond de la matrice en passant d'une corne utérine à l'autre une bougie de Hégar qui fait, pour ainsi dire, le chemin au greffon. On voit la menstruation se poursuivre normalement ; l'ovaire ne s'élimine jamais.

En présence d'un hydrosalpinx volumineux, l'opérateur pourrait être tenté de pratiquer une inclusion intro-tubaire de l'ovaire.

Les chances de fécondation ne seraient pas augmentées de ce fait, en raison des altérations que présente dans ces conditions la muqueuse de la trompe, en raison également des lésions de la musculeuse qui empêchent tout mouvement péristaltique favorisant normalement la migration de l'œuf fécondé, et peut-être toute fécondation.

Même dans ces cas il demeure préférable de procéder à l'ablation des trompes malades et de fixer l'ovaire muni de son pédicule dans l'utérus.

Une opération se juge par ses résultats. Celle-ci, dans toutes les statistiques, s'avère comme susceptible d'augmenter le nombre des grossesses consécutives.

L'implantation ovarienne dans l'utérus après ablation de la trompe donne 10 p. 100 de grossesses ultérieures, contre 2 p. 100 que donne la salpingostomie classique.

B. Les greffes ovariennes dans le traitement préventif des troubles consécutifs a la castration. — Si l'on admet que la castration amène toujours chez la femme des troubles plus ou moins importants, et que, d'autre part, la greffe de fragment d'ovaire suffit à les prévenir, l'indication des greffes mériterait à peine d'être discutée, et il n'y aurait guère qu'à en étudier les possibilités dans la pratique courante.

Mais le problème est autrement compliqué. Il semble que les échecs soient dus surtout à des erreurs de technique ou tout au moins à l'insuffisance de ces techniques.

A supposer que le fragment d'ovaire soit susceptible de prospérer, reste l'importante question de l'endroit où il convient de faire cette greffe. Le tissu cellulaire sous-cutané, la gaine des droits, la cavité péritonéale ont été choisis tour à tour, par tous les chirurgiens. Quelle est celle de ces régions qui assurera le maximum de chance à la prospérité du greffon ?

A vrai dire, les opérateurs se sont souvent laissé guider par des considérations d'ordre uniquement chirurgical, installant les greffons là où les risques de mortalité opératoire semblaient réduits à leur minimum. Il eût mieux valu tenir compte de données biologiques rigoureuses.

Certains procédés ménagent mieux que d'autres la ponte ovulaire. La conservation d'un fragment de muqueuse utérine ne joue-t-elle pas un rôle important sur le fonctionnement ultérieur de l'ovaire ?

Ces problèmes n'ont pas reçu de solutions satisfaisantes. Pourtant, c'est uniquement de ces solutions « biologiques » que dépend l'efficacité des greffes que nous pratiquons.

Au surplus, la castration n'est pas toujours et fatalement suivie de troubles importants, et si ces troubles apparaissent, est-il légitime de faire tant d'efforts pour les éviter ?

En quoi consistent ces troubles ?

Il s'agit de modifications vaso-motrices ou cardio-vasculaires, de bouffées de chaleur, tachycardies, hypertension, troubles neuro-végétatifs, névralgies, cellulite, céphalée, vertiges, prurit, adiposité, modifications du caractère, troubles de l'instinct sexuel et du fonctionnement endocrinien.

La vérité est que ce tableau est rarement très accusé, mais que toute femme castrée cesse d'être absolument normale.

La conclusion est que toute intervention doit s'efforcer de demeurer conservatrice et tendre à éviter l'usage des greffes.

Pourtant, des cas persisteront où la castration s'imposera. La greffe de l'ovaire en plein tissu épiploïque semble être la méthode de choix. La glande y survit mieux que partout ailleurs, et dans tous les cas elle y demeure à l'abri de ces adhérences douloureuses qui sont à la base de tous les troubles observés.

Il faudra s'efforcer, dans le traitement des annexites, de garder, avec un fragment d'ovaire, l'utérus lui-même. Ainsi sera assurée la fonction menstruelle qui constitue la meilleure protection contre les accidents graves de la castration.

La castration totale sans correctif est toujours pour la femme une mutilation sérieuse ; chez la femme jeune elle équivaut à un désastre. Une technique réfléchie et raisonnée peut partiellement y remédier. Certes, ce n'est pas là une chirurgie du moindre effort ; mais elle est de celles qui contribuent le plus à nous donner les satisfactions morales qui resteront malgré tout la plus belle récompense de notre activité.

Les homogreffes, nous devons le répéter, sont à peu près vouées à se résorber. Nos techniques n'assurent pas la vie de la greffe ; on en arrive parfois à se demander si la méthode ne devrait pas être abandonnée. L'arsenal thérapeutique, surtout depuis que nous disposons de la *folliculine* et de la *progestérine* peut donner des résultats bien supérieurs à ceux qui suivent les greffes. A ce sujet, il importe de souligner que l'ovaire ne fonctionnera vraiment que si l'on fait intervenir l'action du lobe antérieur de l'hypophyse. Si donc, on devait recourir à la méthode des greffes, ce serait aux greffes hétéroplastiques du lobe antérieur de l'hypophyse qu'il conviendrait de donner la préférence.

Quoi qu'il en soit, si la greffe homoplastique n'a par elle-même qu'une valeur thérapeutique discutable, il est hors de doute que l'intervention qu'elle implique a souvent une réelle efficacité. Nombre d'aménorrhées ont été guéries à la suite d'une appendicectomie, d'une résection ovarienne, d'une fixation ligamentaire, d'une sympathectomie, voire même d'une simple laparotomie exploratrice.

L'explication est malaisée. Leriche invoque les effets vaso-dilatateurs qui suivent toute intervention. On comprend dans ces conditions que l'inclusion de greffes ovariennes dans l'ovaire, par l'excitation purement mécanique et locale qu'elle provoque, compte parmi les meilleurs procédés de greffes qu'on connaisse ; il en est de même pour le testicule.

Les rapporteurs pensent que si les greffes homoplastiques tendent à être abandonnées, ce serait une erreur de ne pas savoir mettre à profit les avantages que donne la laparotomie. Elle permet en effet de faire l'inventaire de l'appareil génital, de corriger ou supprimer toutes lésions découvertes, et par surcroît de déclencher souvent un nouveau fonctionnement de la glande ovarienne.

Mais, au total, la greffe homoplastique ne prendra un intérêt pratique que le jour où les progrès biologiques nous permettront d'assurer la survivance du greffon.

Les hétérogreffes se sont montrées actives parfois, mais cette activité n'a jamais été que temporaire.

Actuellement, quand on parle d'hétérogreffes, on a en vue surtout les greffes de revitalisation de l'organisme. On les pratique dans le but de réparer la dégradation physique due à l'âge et dans le but de réveiller la sexualité. Quand il s'agit de greffes d'ovaire, le résultat est moins certain que lorsqu'il s'agit de greffes testiculaires ; aussi en arrive-t-on à se demander avec Gley si, même chez la femme, il n'y aurait pas avantage à pratiquer des greffes de testicule, d'autant que celui-ci renferme des quantités considérables de folliculine et que son action dynamogénique est bien supérieure à celle de l'ovaire.

Le fait même que la sexualité chez la femme se masculinise avec l'âge, pourrait justifier cette tentative.

En ce qui concerne la vieillesse prématurée, en admettant que nous ayons un jour des hormones dont les effets thérapeutiques soient meilleurs et plus prolongés que ceux obtenus jusqu'ici avec les greffes hétéroplastiques, il faudrait, pour justifier leur utilisation, démontrer que ces états dépendent bien de l'arrêt de fonctionnement des glandes génitales.

Malheureusement, l'expérience prouve qu'il ne suffit pas d'implanter dans l'organisme vieilli des glandes jeunes pour enrayer l'apparition de la vieillesse. C'est que des modifications humorales profondes se produisent, qui demeurent sous la dépendance des sécrétions endocriniennes, de toutes les sécrétions endocriniennes. Ainsi, pour avoir des résultats plus durables, faudrait-il chercher non seulement à réactiver les glandes génitales, mais encore à modifier le milieu humoral, en agissant sur tout l'appareil endocrinien, afin de ramener ce milieu à ce qu'il était avant la ménopause.

(A suivre.) E.-A. DARIAU.

IVe CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

Venise, septembre-octobre 1936 (1)

Trois questions étaient à l'ordre du jour : *L'Histoire de la Presse médicale dans les pays latins. — L'Influence Sociale de la Presse médicale. — L'Enseignement médical dans les pays latins.*

Les rapports ayant été publiés *in extenso* dans *Acta Medica latina*, l'excellente revue que dirige à Paris notre collègue et ami L.-M. Pierra, nous nous bornerons à en indiquer les grandes lignes.

1re QUESTION

Belgique

M. TRICOT-ROYER (Anvers) présente son rapport sous la forme d'un index en quatre parties.

1° Le répertoire des 353 périodiques médicaux belges nés depuis 1756.

2° Un exposé analytique.

3° Un tableau des lieux d'origine qui montre que 138 périodiques ont vu le jour dans 28 communes du dehors de la capitale.

4° Enfin la chronologie des périodiques antérieurs à l'ère pastorienne, soit 107 organes échelonnés de 1756 à 1868

Portugal

M. A. DA SILVA CARVALHO (Lisbonne). — Le premier journal portugais d'information est de 1635, mais le premier journal médical date de 1749.

L'évolution du journalisme médical portugais s'est faite en trois étapes successives. Dans les premiers temps, les journaux s'occupaient exclusivement d'enregistrer les cas cliniques remarquables par leur rareté ou par leur gravité, en faisant suivre les observations de commentaires.

Dans une seconde période, les revues sont les organes des Sociétés médicales. Enfin, depuis quarante ans, le développement des revues et archives de spécialités a été très important.

Italie

M. le professeur A. PAZZINI (Rome). — Après un aperçu d'ensemble sur la question, le rapporteur relate l'état actuel des études historiques italiennes sur le journalisme médical. Ces études ont été poussées fort loin.

On voit que dans une première période, de 1668 à 1763, il y eut un mélange entre les publications littéraires et scientifiques. En 1763, le premier journal vraiment médical est publié à Venise, par Orteschi : *Giornale di Medicina*, le premier organe de spécialité *Arte ostetrica* parut en 1787.

Le rapporteur a dressé, par ordre chronologique, de 1668 à nos jours un répertoire des 1.400 publications médicales qui ont vu le jour en Italie, 360 vivent toujours.

Dans ce très remarquable rapport, dont nous ne pouvons malheureusement indiquer que les grandes lignes, le professeur Pazzini a parfaitement montré la grande vitalité de la presse médicale italienne.

Cette vitalité est due très certainement à l'activité des illustres universités italiennes dont cette presse est le reflet. Elle est très développée dans son ensemble.

[Les journaux de médecine italiens sont en général remarquables par leur documentation. Les nouvelles de *Il Policlinico* sont des modèles. Les chroniques des splendides publications de nos confrères Oliaro (*Minerva medica*), Martelli (*Rinacenza medica*) sont toujours d'une grande actualité. Les travaux originaux sont de haute tenue. Avons-nous besoin de rappeler que dès 1885, la *Riforma medica* de Maragliano et Rummo inaugurait la publication des *Revues générales* qui depuis 1887, ont connu en France comme en Italie une faveur marquée. N. D. L. R.]

France

MM. LAIGNEL-LAVASTINE et LEVY-VALENSI apportent une très belle étude de la presse médicale française avant et après Nicolas de Blégny, au XVIIe siècle, puis MM. LAIGNEL-LAVASTINE et FOSSEYEUX étudient le *Journalisme médical en France aux XIXe et XXe siècle.*

[Dans ce dernier rapport pourtant documenté, j'ai été surpris de ne pas trouver mentionnée la *Semaine médicale* qui fut un grand journal d'avant guerre. Il aurait été juste aussi de citer les journaux de médecine de province. Il ne faut pas oublier que le *Journal de médecine de Bordeaux* par exemple, est aussi ancien qu'important, que les journaux qui paraissent dans les villes de Falcuté Montpellier, Lyon, Marseille ou Lille, Toulouse, Nancy, Alger, ou à l'ombre de nos Ecoles de médecine, méritent, par leur présentation, par leur très haute tenue scientifique, de figurer au premier rang dans la presse latine. N. D. L. R.]

Espagne

Le Dr Enrique NOGUERA (de Madrid) a pu, avant les événements de cet été, adresser au Dr Pierra son rapport. Celui-ci dans une inspiration pleine de générosité, a tenu à en donner lecture en *espagnol* « afin que la noble langue espagnole ne fut pas absente d'un congrès latin ».

Grèce

M. Pierre RONDOPOULOS (d'Athènes) fait l'historique de la presse depuis 1811 jusqu'à 1836 (période prérévolutionnaire), puis de 1836 à 1936.

Le première revue scientifique et médicale est l'*Aurore*, puis les revues médicales se succèdent, on en compte 36 actuellement, plus les périodiques spéciaux. Depuis 1898, la *Grèce médicale* paraît en français, ainsi que l'*Orient médical*, la *Revue des Sciences médicales hellènes*, dirigée par Phocas. Notons que l'*Iatriki Proodos*, le plus répandu, paraît depuis 41 ans.

Roumanie

M. VALÈRE, L. BOLOGA (de Cluj). — Le premier journal, avant l'arrivée de Charles Davila, fut le *Povàtuitorul Sànàtàtii*. Davila inspire la création de *Monitorul Medical*, en 1862, puis après 1870, nous voyons apparaître la *Revue médicale de Bucarest*, la *Revue médicale roumaine*, *Romañia Medicalá*, la *Gazeta Spitalelor* (Gazette des Hôpitaux) date de 1867.

Les Revues de spécialités font leur apparition avec Babès, puis avec Th. Jonnesco-Babès et Kalendero. En 1903, Jean

(1) Fin. Voir *Gaz. des Hôpit.*, n° 80, p. 1378 et 81 p. 1402.

Cantacuzène publie la *Revista Stiintelor medica*, qui est continuée par Ciuca, Danielopolu, Jonescu-Mihasli.

Depuis la guerre, la presse médicale s'est particulièrement développée avec *Spitalul*, *Clujul medical*, les Bulletins, les Revues, parmi lesquels nous citerons au premier rang le *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, qui paraît en français et dans laquelle nous reconnaissons la magnifique impulsion donnée par Danielopolu.

Canada

M. Jean SAUCIER qualifie son rapport de « petite histoire » du journalisme médical au Canada. C'est trop de modestie, il nous apporte une histoire très complète, et combien émouvante, pour nous, des efforts faits par nos cousins du Canada pour conserver une langue qui leur est chère.

La première publication médicale fut le *Journal médical de Québec* paru en 1826. Il est bilingue — c'est le seul — tous les autres journaux seront publiés en français, et parfois on verra des journaux anglais publier des extraits dans notre langue.

Les publications se succèdent et portent des noms qui nous sont familiers : La Lancette (1847), la Gazette médicale, le Journal médical de Québec, l'*Union médicale du Canada* (1872). L'apparition de ce journal marque une grande date. Elle est, comme a pu le dire notre éminent ami, le prof. Albert Lesage, une œuvre de régularité et de constance.

Il nous faut encore citer l'Abeille médicale (1879-1882), la Gazette médicale de Montréal, la Clinique, la Revue médicale du Canada, le Journal de Médecine et de Chirurgie, l'Indépendance médicale, l'Action médicale, le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal (Léo Pariseau), enfin le *Bulletin de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.*

2e QUESTION

Influence sociale de la presse médicale

Canada

Le professeur ALBERT LE SAGE (Montréal) montre que si l'action de la presse politique est éphémère, celle de la presse médicale est essentiellement durable et qu'elle grandit sans cesse avec l'œuvre qu'elle accomplit.

Au Canada, la presse médicale a joué un grand rôle dans la lutte contre les maladies infectieuses.

L'Union médicale, notamment, s'est efforcée de combattre les préjugés populaires contre la vaccination. Dans la lutte contre la mortalité infantile, contre les maladies sociales, la presse médicale canadienne française a joué un rôle de tout premier plan. Enfin, dans toutes les questions professionnelles, dans la défense du secret professionnel, elle a fait sentir son heureuse influence.

Tous les services rendus par la presse canadienne française sont de ceux dont on a le droit d'être fier. Ils méritent notre admiration, et aussi notre gratitude, car nous savons ce que la presse médicale canadienne a fait en 1914 lorsqu'il fallut venir au secours du vieux pays de France.

Italie

Le Dr T. OLIARO, le très distingué et aimable directeur de *Minerva Medica* à Turin, montre que le régime fasciste a transformé radicalement la presse médicale italienne. Le Duce l'a considérée comme un instrument capital de la Révolution. Elle a une immense fonction sociale à remplir en formant, en instruisant, en perfectionnant le médecin praticien, en lui faisant sentir la nécessité d'inculquer les notions d'hygiène à la population.

La presse médicale a donc un devoir d'éducation professionnelle, elle doit aussi étudier toutes les questions d'hygiène, de prophylaxie, de natalité.

M. Oliaro estime que l'action de la presse médicale serait renforcée et facilitée par la constitution d'une association sévère dans ses admissions et dont l'autorité jouerait à coup sûr un rôle très bienfaisant.

3e QUESTION

L'enseignement médical dans les pays latins

Cette troisième question a donné lieu à trois remarquables conférences de M. le professeur Hartmann (Paris), le professeur Giovanni Perez (Rome) et M. le professeur D. Danielopolu (Bucarest).

Il est impossible d'analyser ces conférences. M. Hartmann a fait un exposé très brillant et très clair de l'enseignement actuel dans nos Facultés.

M. Danielopolu a développé avec son grand talent habituel une conférence, non seulement sur l'enseignement, mais aussi sur la situation médicale en Roumanie.

Le rapport de M. G. Perez est une étude très complète de l'enseignement médical, des programmes, des examens, de l'enseignement des spécialités. Il consacre un important chapitre à l'exercice de la profession, aux questions corporatives, aux syndicats, aux hôpitaux, à l'exercice des spécialités. Citons l'effort considérable fait en phtisiologie par le régime fasciste, effort auquel Léon Bernard a rendu il y a quelques années, un éclatant hommage. Citons encore la préparation impeccable de l'expédition d'Afrique orientale par le grand Castellani.

Le rapport du professeur Perez fut très instructif à bien des égards et nous fûmes heureux d'entendre le professeur Morelli, l'animateur de la lutte contre la tuberculose, apporter de nouvelles précisions à propos de ce rapport.

Communications. — Nous ne pouvons que citer quelques-unes des communications. Le prof. M. Lévi-Bianchini (Nocera inf.) exposa l'histoire de la presse psychiatrique et neurologique en Italie depuis 1800 jusqu'à nos jours.

Le Dr Nardi (Florence) parla de la presse médicale périodique en Toscane.

M. O. Carlotto (Rome), de la presse pharmaceutique dans l'ère fasciste.

M. Favara (Rome), de l'influence sociale de la presse médicale.

M. le prof. Boschi (Ferrare), des échanges médicaux.

Les réceptions et les visites

Le professeur Giordano et ses collègues se sont multipliés pour recevoir et guider les congressistes avec la plus charmante des amabilités. Le premier jour, le président, assisté de sa fille, Mlle Giordano, de son fils, le médecin colonel Giordano, et de Mme Giordano, a offert à Danieli une fort belle soirée où nous eûmes le plaisir délicat d'entendre la grande artiste Mme Rota interpréter de la musique vénitienne.

Le lendemain, ce fut un somptueux déjeuner en l'honneur des autorités, puis l'inoubliable excursion à Murano, Burano et Torcello. Le soir, un concert sur la place Saint-Marc et les illuminations retinrent les congressistes dehors tard dans la nuit.

Enfin le dernier jour, notre cher et infatigable président, après nous avoir fait les honneurs de Querini Stampalia, nous emmena au Lido visiter *l'Hôpital maritime*, le Berck italien — dont Giordano, Putti, del Itala sont les consultants, et c'est tout dire.

Conférence du professeur Pende

Le professeur Pende (de Rome) fit une conférence dans la salle des fêtes de l'Hôpital. Il nous parla de la crise de la pensée médicale qui s'égare pour avoir perdu le sens des traditions gréco-latines, où tout est harmonie, synthèse et art.

Le Maître nous montre la nécessité de revenir à l'étude de l'homme, comme l'a demandé Danielopolu, comme le demande Georges Duhamel. L'anatomie moderne doit être vivante, et si nous parlons physiologie, il est clair que celle du chien n'est pas celle de l'homme. Aussi M. Pende fait-il un plaidoyer en faveur de l'examen complet de l'in-

dividu. Il faut habituer les étudiants à chercher les moindres détails dans leurs examens cliniques, à faire un véritable inventaire.

En terminant sa brillante conférence que j'aurais voulu pouvoir sténographier, le professeur Pende expose des vues nouvelles sur la collaboration médico-chirurgicale.

Cette conférence sera publiée à Paris, dans un des prochains numéros de la *Vie Médicale*. Nous vous y renvoyons.

Le banquet de clôture eut lieu le 1er octobre au Royal Danieli. A l'Asti Spumante, des discours furent prononcés par le vénéré président, le sénateur Giordano, par MM. Léopold Mayer (de Bruxelles), Henri Hartmann (de Paris), Le Sage (de Montréal), Danielopolu (de Bucarest), Pierra (de Paris), le fondateur de la Fédération latine ; Tecon (de Lausanne), enfin Saraval (de Venise). Les applaudissements et les acclamations montèrent vers les professeurs Giordano et Saraval, vers Pierra, organisateurs de cette magnifique démonstration de fraternité latine.

L'excursion à Postumia et aux champs de bataille. — Le lendemain, plusieurs autocars emmenèrent les congressistes à Aquileia, puis à Trieste où eurent lieu le déjeuner et la réception du Podestat. A Abbazia où était le gîte d'étape, un discours fut prononcé par le prof. Castiglioni (de Padoue).

Le samedi eut lieu la visite des célèbres et admirables grottes de Postumia, et la visite de Gorizia, S. Martino, S. Michele, du front de l'Isonzo, du cimetière de Redipuglia...

La pensée des Français en visitant les tombes de l'Isonzo se reportait invinciblement vers cette nécropole de Bligny, près de Reims, où reposent des milliers d'Italiens, héros de la grande guerre, tombés en défendant le sol de France...

F. L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE LA VOUTE DU CRANE(1)

Si tous ces cas ne sont pas reconnus, ils peuvent évoluer favorablement sans aucun incident, ou bien se révéler par des *accidents tardifs*.

III. — Ou bien c'est *un signe qui émerge du tableau clinique* et assure le diagnostic de fracture :

— Un enfoncement évident dans une zone latente, avec un minimum de signes fonctionnels et généraux.

— Un signe local, même minime, mais associé à des signes cérébraux localisés : hémiplégie, monoplégie, crises épileptiformes.

Telles sont les éventualités les plus habituelles où l'on a à rechercher une fracture de la voûte du crâne.

EVOLUTION

Le pronostic des fractures de la voûte du crâne est toujours sérieux :

— Le blessé peut *mourir* immédiatement ou après une tentative thérapeutique par le fait de la *contusion cérébrale* qui dans les formes sévères avec lésions bulbo-protubérantielles est rapidement mortelle.

— Dans les formes habituelles, le sujet sort plus ou moins rapidement du coma et, si dans les cas les plus favorables il guérit sans séquelles, il reste longtemps exposé à des complications qui sont une menace pour des semaines et des mois, et qui laissent parfois des séquelles définitives.

I. Les hémorragies intra-craniennes traumatiques sont les plus précoces de ces complications.

1. *L'hématome extra-dural* en réalise le type chirurgical le plus pur.

Il est caractérisé par un *intervalle libre ou lucide* qui sépare la cessation des troubles commotionnels du début et l'apparition de troubles nouveaux traduisant la compression cérébrale. Dans les cas typiques, cet intervalle libre dure de quelques heures à quelques jours, mais il peut passer inaperçu et le blessé passe sans transition du coma commotionnel au coma hémorragique.

Ces signes d'alarme sont :

Une céphalée intense, progressive, des nausées, vomissements.

Et surtout, de la *somnolence* entrecoupée d'agitation et de délire.

L'examen révèle :

— Un ralentissement *progressif* du pouls ;

— Une mydriase qui en général, siège du côté de l'épanchement (Griesinger l'a décrite du côté opposé) ;

— Des signes pyramidaux croisés : Babinski unilatéral, mono ou hémiplégie, crises convulsives Bravais-Jacksoniennes.

Tous ces signes apparaissent progressivement, vont en s'accentuant et cette allure progressive, retardée, suffit à affirmer l'épanchement extra-dural et entraîne la décision opératoire.

L'évolution spontanée est en effet mortelle, avec coma complet, hyperthermie, bradycardie et chute de la tension artérielle.

2. *L'hématome sous-dural*, qui est peut-être plus fréquent, se distingue du précédent par quelques particularités :

— Intervalle libre très long, de plusieurs jours à quelques semaines ;

— Evolution par étapes successives ;

— Les signes de compression l'emportent sur les signes de localisation ;

— Existence de signes méningés nets.

L'évolution se fait par saccades et peut se terminer par la guérison spontanée.

3. *Les hématomes sous-duraux chroniques* ont été individualisés au cours des dernières années, en France notamment par André Thomas, Alajouanine, de Martel. Ce sont des manifestations très tardives, survenant après des traumatismes peu graves ; ils évoluent à bas bruit, ne se traduisent souvent que par des réactions générales d'hypertension intracranienne, rappelant certaines tumeurs cérébrales, avec des signes de localisation souvent frustes. Aussi, le diagnostic étiologique est délicat, la localisation également et cependant la lésion est justiciable de l'exérèse chirurgicale.

II. Les complications infectieuses sont l'apanage des fractures ouvertes.

1. L'infection peut rester *localisée* au foyer de fracture : c'est le cas d'une fissure méconnue ou mal soignée. La plaie est restée souillée, elle suppure, et de l'ostéite apparaît dans le foyer.

Les autres complications sont autrement redoutables.

2. *La méningite traumatique :*

— Précoce, elle menace les blessés dès les premiers jours après la blessure. C'est une méningite généralisée qui évolue rapidement avec le tableau classique des méningites purulentes, et dont le pronostic est **fatal**.

— Tardive, la méningite est due à l'infection secondaire et elle a tendance à se limiter. Les phénomènes d'excitation sont dominants, avec contracture et convulsions si la région psychomotrice est occupée par des plaques d'exsudat, paralysie des nerfs craniens si la méningite se propoge à la base. La mort est la terminaison habituelle de la méningo-encéphalite diffuse, mais le pronostic des formes enkystées corticales est relativement favorable.

(*A suivre.*) J.-N. COURVOISIER.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936. n° 80, p. 1390; n° 82, p. 1422.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION. 17, RUE CASSETTE.

N° 85. — SAMEDI 24 OCTOBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50**. — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

Guerre. — M. le médecin lieutenant-colonel Costedoat, professeur agrégé du Val-de-Grâce, de l'Ecole du Service de Santé militaire de Lyon, est affecté à la section technique du S. S. détaché au ministère de la Guerre (7e Direction.)

M. le médecin lieut.-col. Belbèze (de Montauban) est maintenu aux salles militaires de l'hospice mixte de Montauban et désigné comme médecin-chef et président de la Commission de réforme.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies en bronze a été décernée à M. le docteur Martin (Antonin), inspecteur sanitaire à Montpezat-sous-Bauzon (Ardèche), pour maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée, à titre posthume, à Mlle Salembiez (Madeleine), interne à l'hôpital Trousseau, décédée des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Santé publique. — La médaille d'honneur en argent de l'éducation physique est décernée au Dr Georges Winckler, professeur à l'Institut d'éducation physique de Strasbourg.

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. Hôpital Broussais (96, rue Didot). — Cours de revision d'une semaine (9 au 14 novembre 1936) sur les *acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne.* — Ce cours aura lieu sous la direction du professeur Emile Sergent et de M. C. Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Abrami et Harvier, professeurs à la Faculté ; Aubertin, Chabrol, Duvoir, agrégés, médecins des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux ; Joannon, agrégé ; Cottenot, chef de laboratoire d'électro-radiologie ; Blechman, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Perisson, anciens internes des hôpitaux.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

S'inscrire à la Faculté de Médecine ou bien au Secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet N° 4, de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A.D. R.M.).

Droit d'inscription : 250 francs.

— CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE (clinique Tarnier, 89, rue d'Assas). M. le professeur Brindeau commencera son cours de clinique d'accouchements, le samedi 7 novembre 1936, à 10 h. 30 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE OBSTÉTRICALE (Hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital). — M. le professeur Cyrille Jeannin reprendra ses leçons à la Clinique obstétricale de la Pitié, le jeudi 5 novembre, à 11 heures, et les continuera tous les jeudis, à la même heure.

La première soirée des « Archives hospitalières », revue fondée il y a huit ans, et dirigée par le Dr Maurice Delort, a eu lieu le 10 octobre dans les salons George-V. — Parmi les nombreux médecins présents : MM. Cathelin, Thierry de Martel, Clément Simon, Arthus, Aubourg, Baldenweck, Blechmann, Bour, du Castel, Chabanier, Gleise, Dartigues, Eudel, Flandrin, J. Florand, J. Gallois, Gros, Hartenberg, Heitz-Boyer, Jacquelin, Jausion, Lagrange, Laporte, Leibovici, Le Sourd, Lhermitte, Logre, Martiny, Massart, Gérard Maurel, Osty, Nepveu, Pochon, Récamier, Renaudeaux, Rœderer, Gilbert Robin, Roux-Delimal, Savignac, Segard,

Séjournet, Schaeffer, Sourdel, Theillier, Thiroloix, Tournay, Trèves, Triboulet, Vaudescal, Voronoff, Weill, Winter, Zadoc-Kahn.

Les « Archives », qui sont l'organe officiel de la Société et du Syndicat des Hôpitaux libres, affichaient leur comité scientifique, leurs correspondants des départements, de l'étranger, des colonies ainsi que les centaines d'auteurs d'articles et de communications qu'elles ont publiés. Jean Painlevé, qui fut parmi les collaborateurs, signa de nombreuses photographies du club des scaphandriers que nous retrouverons parmi les papiers de ceux qui aiment les souvenirs.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'AFFAIRE DES RETRAITES

Le rajeunissement des cadres et l'interdiction d'exercer la médecine

Lorsque, il y a un an, j'ai dénoncé le projet de loi Pomaret, j'ai été accueilli par des rires prolongés dans toutes les assemblées médicales où je l'ai exposé. Les médecins, êtres sceptiques, me prirent, la plupart, pour un alarmiste systématique !

Cette année, en juin 1936, quand j'ai à nouveau attiré leur attention sur l'épée de Damoclès constituée par le nouveau dépôt de la proposition de loi Pomaret, ils ont enfin réagi, mais mollement, car ils ont l'habitude de sous-estimer la politique.

Cependant, nos dirigeants, qui ont été impressionnés par les protestations énergiques de l'*Association Corporative des étudiants en médecine de Paris*, et la publication de l'ordre du jour de la *Confédération des syndicats médicaux français*, ont décidé de faire adopter les divers articles de la proposition Pomaret séparément pour éviter des incidents.

***

C'est ainsi que dans une loi d'août 1936 réglementant la limite d'âge des fonctionnaires, on a voté une partie du projet Pomaret. On a pu de ce fait abaisser la limite d'âge très sensiblement pour les professeurs de Facultés et Ecoles de Médecine, au point de désorganiser brusquement tout l'enseignement et d'empêcher des professeurs de remplir leurs fonctions.

Par un souci d'égalité mal comprise, on a voulu obliger tous les fonctionnaires à quitter leur profession à un certain âge, oubliant que certains commencent leur carrière à 20 ans comme les instituteurs, et d'autres à 55 et 60 ans comme les professeurs de la Faculté de médecine de Paris. Il n'est donc pas besoin de discuter plus loin sur l'erreur de telles limites d'âge. Sans citer des noms propres, reconnaissons qu'on vient de nommer des hommes d'âge à la tête d'importantes chaires de la Faculté de Paris à cause de leur valeur *universellement* reconnue. On n'eût pas pu les nommer quand ils avaient 40 ans, leur valeur à cet âge n'étant pas *universellement* admise. *Un savant n'étant pas un monsieur comme tout le monde, ne doit pas être traité comme tout le monde.*

De même on va mettre en congé cette année des maîtres de premier plan dont le nom rehaussait l'éclat de la Faculté de Paris, et cela parce qu'ils ont plus de 67 ans et moins de 70 ans. Qu'est-ce que cela peut bien nous faire puisque leurs reins, leurs artères, leur cœur et leur cerveau fonctionnent normalement ? Cela seul compte à notre point de vue positif de biologiste. On est valide ou on est invalide ; qu'on pensionne les invalides et qu'on laisse travailler les autres. Personne n'a empêché le docteur Emile Roux de travailler jusqu'à sa mort, personne n'a empêché Jean Charcot de travailler jusqu'à en mourir ; mais on va obliger le sympathique Recteur de l'Académie de Paris à résilier ses fonctions, quoique membre de l'Institut, parce que le privilège des académiciens a été aboli.

Il faut bien qu'on le sache : d'ici trois ans, la Faculté de Médecine de Paris aura subi un bouleversement complet qui risque de supprimer tout esprit de tradition et de nuire au progrès de la médecine.

***

Il y a à cette grave question du rajeunissement injustifié des cadres un corollaire dangereux et qui est le suivant : le Parlement a autorisé le Gouvernement à prendre des DÉCRETS interdisant aux retraités de cumuler leurs retraites avec des *émoluments privés*. Le *Temps* et la *Dépêche de Toulouse* se sont élevés avec vivacité contre une telle prétention ; Stéphane Lauzanne, dans le *Matin* du 11 octobre 1936 avait dénoncé avec vigueur le projet qui obligerait le retraité à reverser au Trésor tout ce qu'il aurait gagné dans son activité privée, moins la somme de 6.000 francs.

Le décret devait paraître au début de ce mois, et le 19 septembre, le ministère des Finances avait demandé aux administrations intéressées, pour avoir leur avis, une réponse avant la fin de septembre, afin de pouvoir préparer le décret complet le plus tôt possible. Hier, le ministère des Finances et la Présidence du Conseil ont fait savoir par les agences d'informations, que *jusqu'ici aucun texte n'est arrêté*, et que seuls, des *avant-projets* sont établis par la Commission compétente.

Qu'est-ce à dire ? Que nous serons battus ou que nous serons vainqueurs ? Car si nous sommes battus, au lendemain de leur mise à la retraite prématurée, à 67 ans provisoirement, à 65 ans en 1937, au lieu de la limite actuelle qui était de 70 ans, nos maîtres, les maîtres de la médecine française, n'auront plus le droit de voir des malades. Il en sera de même des agrégés, des chefs de travaux, des préparateurs, etc...

L'hôpital leur sera donc fermé, leur cabinet de consultation aura les volets clos. Les médecins, fonctionnaires à l'oreille fendue, n'auront plus le droit de se rendre à l'appel de ceux qui souffrent, qu'il s'agisse des humbles travailleurs ou des grands de la terre... Et ce n'est pas fini !!!

MAURICE MORDAGNE.

*

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

(Annexe Grancher).

APPAREIL CIRCULATOIRE

Sur la ponction du péricarde et en particulier sur la ponction par voie épigastrique sous-xiphoïdienne (A.-B. MARFAN. *Arch. des malad. du cœur*, mars 1936). — Le diagnostic des épanchements péricardiques est souvent malaisé : frottements qu'on n'a pu percevoir, difficultés d'interprétation d'une augmentation de la matité cardiaque, à la percussion ou à l'écran ; difficultés plus grandes encore d'interprétation d'un syndrome pseudopleurétique, infidélité d'autres symptômes. La ponction du péricarde est donc une technique d'une importance parfois capitale même pour le diagnostic. Elle est de plus un élément important de la thérapeutique.

Les divers procédés préconisés pour l'abord de la séreuse ont tous leurs avantages et leurs inconvénients sinon leurs dangers. Avec le recul du temps et l'accumulation des documents cliniques de toute origine il semble que le procédé le plus aisé, d'emploi le plus fidèle, soit d'abord de la séreuse par voie épigastrique sous-xiphoïdienne dont les risques sont des plus restreints, même comparés à ceux des autres techniques. On en trouvera ici la description circonstanciée ainsi que l'énumération des indications et contre-indications que comporte la méthode. Ces dernières se résument dans le tympanisme abdominal excessif et la présence d'un thorax en entonnoir.

Elle est naturellement sans valeur particulière en cas d'épanchement fortement cloisonné ou de péricardite postérieure.

Lorsqu'on devra se résoudre à la péricardotomie la voie épigastrique conserve un intérêt pratique qui est un argument de plus en faveur de l'emploi de cette même voie quand il s'agit d'une simple ponction.

R. LEVENT.

Le test de Gordon dans la maladie de Hodgkin. (David-H. ROSENBERG et Léon BLOCH. *Journal of Amer. med. Assoc.*, 4 avril 1936). — Gordon a proposé en 1932 un test basé sur l'inoculation intracérébrale au cobaye ou au lapin de fragments ganglionnaires.

Après 2 à 6 jours en général apparaît une paralysie spasmodique progressive des muscles postérieurs, démarche ataxique ; plus tard, raideur de la nuque, de l'opisthotonos, des crises convulsives du nystagmus, des grincements des dents, de la contraction des sphincters, de l'amaigrissement et de l'affaiblissement surtout marqués aux membres postérieurs. La mort survient en 10 jours en moyenne.

Anatomiquement si la quantité injectée est suffisante, on observe de la méningite et de l'infiltration périvasculaire lymphoïde dans le tissu nerveux. Aucune inclusion. Cultures stériles.

Van Rooyen et plusieurs auteurs anglais ont trouvé ce test positif dans 77,9 % des cas de Hodgkin et négatif dans 97 % des cas d'autres affections.

Les recherches personnelles des auteurs le lui ont montré positif 2 fois au début du Hodgkin et négatif 1 fois dans un cas très ancien remontant à 1 an. La valeur de cette épreuve demande encore confirmation.

R. LEVENT.

Quelques mots sur les extraits de foie dans le traitement de l'anémie pernicieuse. (Albert-H. DU BOIS. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 novembre 1935). — Le foie de veau est le traitement désormais classique de l'anémie pernicieuse, mais son emploi mal réglé donne encore trop souvent des mécomptes qu'il est injuste d'attribuer au médicament.

On ne doit pas perdre de vue que si le foie à haute dose est indiqué lors de toute poussée de destruction globulaire, initiale ou en cours d'évolution, le foie cru ou cuit que peut ingérer un malade achylique, donc dyspeptique, ne saurait atteindre qu'une quantité à tout prendre minime et ne saurait constituer bien longtemps une médication intensive. Elle est plus souvent propre à engendrer une répulsion qui force à l'abandon.

L'extrait de foie injectable est plus fidèle et plus indiqué.

Lorsqu'il s'agit d'un malade en période de rémission, il faut se garder d'abandonner le traitement pour ne le reprendre qu'au moment où la rechute est évidente. Ici encore c'est aux extraits injectables qu'on pourra demander la continuité d'action nécessaire. Ils évitent toute fatigue à un tube digestif fragile, ils sont plus intégralement absorbés même que les extraits buvables les mieux dosés, qui eux aussi sont lassants.

Les dépôts que peuvent créer dans l'organisme les injections doivent enfin être considérés comme des réserves utiles.

La douleur locale que provoquent certains produits est notablement atténuée lorsqu'ils sont injectés à la température du corps. Dans certains cas une injection tous les quinze jours peut suffire puisqu'un centimètre cube a en général à peu près la même efficacité que 200 à 300 gr. de foie per os.

Eu égard aux résultats il ne semble pas non plus qu'il s'agisse là d'un traitement plus coûteux que par d'autres méthodes.

La réaction de l'organisme est enfin beaucoup plus rapide.

L'examen hématologique régulier est un élément indispensable à la direction correcte du traitement et surtout du traitement d'entretien.

R. LEVENT.

A propos du choc grave après transfusion pour infections, pour anémie pernicieuse ou pour leucémie. (S. et B. TASSOVATZ. *Strasbourg méd.*, 15 janvier 1936). — Après des transfusions sanguines où aucune incompatibilité globu-

laire n'existe, on peut observer des accidents de choc graves et pouvant mettre en danger la vie du malade. Pour les auteurs il ne s'agit nullement dans ce cas, non plus, de défaut de technique ou d'altération du sang transfusé mais d'une incompatibilité entre les plasmas du donneur et du receveur. Cette incompatibilité peut être congénitale ou acquise. Elle l'est particulièrement au cours de certaines maladies, infections graves comme certaines bronchopneumonies d'allure toxi-infectieuse, septicémies aiguës ou chroniques. Il semble dans ce cas y avoir une certaine relation entre la durée d'évolution des leucémies chroniques et l'apparition des accidents qui ne se produit qu'au bout d'un certain temps alors que dans les leucémies aiguës l'intolérance au sang transfusé se manifeste dès la première transfusion.

Dans les infections la réaction est surtout violente au début de l'évolution ou lorsque commence d'évoluer un nouveau foyer aigu localisé.

Le traitement demeure jusqu'ici purement symptomatique.

R. LEVENT.

A propos de la guérison de l'endocardite lente. (H. KRAISS. *Med. Klin.*, 24 avril 1936). — Des guérisons dans l'endocardite lente quoique exceptionnelles ont cependant été rapportées. L'auteur en rapporte une observation où l'endocardite lente typique cliniquement et au cours de laquelle 3 hémocultures successives ont toujours montré le streptococcus viridans paraît guérie depuis 2 ans. Divers traitements avaient été essayés sans succès mais une pneumonie intercurrente fortement fébrile ayant été traitée par transfusion, l'auteur envisage l'hypothèse de phénomènes de choc dus à cette intervention deux fois répétée qui aurait facilité la guérison du processus endocarditique.

R. LEVENT.

L'urémie post-hémorragique. (L. MEYLER. *Acta med. Scandinavica*, vol. 87, fasc. III-IV, 1935). — L'auteur décrit une forme particulière d'urémie extrarénale qui peut survenir chez des sujets ayant subi une hémorragie grave et plongés à la suite dans un coma peut-être dû à une irrigation sanguine des centres nerveux.

L'auteur a réussi à provoquer l'urémie chez le cobaye par des saignées quotidiennement répétées ; il a trouvé à l'autopsie une dégénérescence de l'épithélium sécréteur des reins, ainsi qu'une dégénérescence graisseuse marquée du foie.

Même constatation à l'autopsie de malades ayant présenté les mêmes troubles.

On a d'autre part observé qu'après d'importantes gastrorrhagies il y avait dans le sang accumulation de produits azotés ; une partie est éliminée par le rein sous une concentration maxima et aucun accident urémique ne survient tant que le rein peut suffire à sa tâche.

Aussi si la diurèse diminue ou si la tension artérielle s'abaisse, il y a rétention azotée et apparition de l'urémie. Sans doute est-ce la déshydratation intense que subissent ces malades qui cause une destruction de protéines hautement toxiques. En tous cas l'anémie ne paraît pas être la cause directe de l'urémie ; des cobayes rendus anémiques et à qui l'on administre par voie sous-cutanée du liquide en grande quantité ne deviennent pas urémiques.

Sans vouloir soutenir que la mort dans les cas d'hémorragie est due à l'urémie, l'auteur considère qu'elle constitue une complication sérieuse et qu'on ne saurait impunément négliger.

La réhydratation est une indication primordiale après de grandes spoliations sanguines.

R. LEVENT.

L'hypotension artérielle orthostatique. (Georges BICKEL et M. DEMOLE. *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 janvier 1936). — La rareté du syndrome d'hypotension artérielle orthostatique est peut-être plus apparente que réelle. Les auteurs commentent une observation personnelle de ce syndrome où le sujet qui ne semble différer en rien d'un sujet normal lorsqu'il est examiné dans son lit n'en a pas moins perdu de façon presque complète la faculté de s'adapter à la position verticale. Dans cette position apparaissent des malaises, des vertiges s'accentuant au moindre effort et pouvant aller jusqu'à la chute. Ces symptômes s'accompagnent d'un effondrement tensionnel que l'effort accentue encore.

Ces troubles surviennent en général après la quarantaine chez des sujets sans antécédents particuliers ; ils sont sans gravité quoad vitam mais n'en privent pas moins le malade de toute activité.

Il s'y joint quelques signes accessoires : bradycardie, stabilité exagérée du pouls à l'effort, parfois frigidité et léger abaissement du métabolisme basal.

L'évolution en est capricieuse, il existe des formes aiguës passagères et des formes chroniques.

Le trouble de la régulation tensionnelle semble dans certains cas dépendre de la déficience de l'hypophyse antérieure, agissant par l'intermédiaire de la surrénale, d'autres fois de la surrénale elle-même. Dans des cas plus nombreux il semble s'agir de perturbations du système nerveux végétatif et en particulier de défaillance du système régulateur du tonus vasculaire.

Le traitement est surtout nécessaire dans les formes chroniques, parfois très tenaces : opothérapie, sangle hypogastrique, bandes élastiques aux membres inférieurs, éphédrine, pituitrine, cortine, chlorure de calcium peuvent selon les cas rendre des services.

APPAREIL DIGESTIF

Choc anaphylactique grave à la suite d'ingestion de graines de lin. (E. DUCREY. *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 juillet 1935). — Observation d'une jeune femme de 22 ans ayant absorbé le matin à jeun une cuillerée à soupe de graine de lin dans un but laxatif et qui est prise dans la matinée de brûlures buccales, pharyngées, œsophagiennes ainsi que d'une urticaire généralisée extrêmement prurigineuse, de dyspnée, de douleurs intestinales violentes ainsi que de conjonctivite. Soulagée par le gluconate de Ca et la lobéline sous-cutanés. Quelques heures après état lipothymique, nausées et vomissements et reprise de coliques intestinales, d'urticaire. Les vomissements comme les précédents contiennent des graines de lin. Troisième poussée urticarienne dans la nuit, soulagée par l'éphétonine ; quatrième et dernière poussée le lendemain.

Huit ans auparavant la malade avait présenté des poussées urticariennes localisées après application de cataplasmes de farine de lin.

R. LEVENT.

Etude de la tendance latente aux œdèmes dans l'amygdalite. (Anders KRISTENSON, *Acta medica Scandinavica*, vol. 86, fasc. II-IV, 1935). — Par une technique personnelle d'application aisée, l'auteur a mesuré le volume de la jambe vide de sang et les variations de ce volume dans la station verticale et dans le décubitus horizontal.

Une station debout de 15 minutes augmente ce volume de 0,6 à 2,5 %, augmentation qui disparaît en 30 minutes environ de décubitus horizontal chez des sujets sains d'une vingtaine d'années.

Chez des sujets porteurs d'une infection des voies aériennes supérieures ou des amygdales les résultats sont autres : après 15 minutes de station debout, l'augmentation de volume est plus considérable que normalement; elle ne

disparaît par le décubitus que plus lentement et de façon incomplète.

Ceci paraît correspondre à une lésion du tissu conjonctif due à l'infection en évolution avec viciation des échanges liquidiens entre sang et tissus.

R. LEVENT.

Les incidents hypoglycémiques au cours des affections gastriques et leur signification quant à la chirurgie gastrique. (Th. STRAATEN et Max HUNERMANN, *Medizinische Klin.*, 24 avril 1936, 1er mai 1936). — Après des résections gastriques on a souvent noté des signes cliniques d'hypoglycémie ainsi que des modifications de la courbe glycémique. Les recherches faites par les auteurs les amènent aux conclusions suivantes :

1° La réaction hypoglycémique après administration de sucre n'est pas particulière aux estomacs opérés mais elle se rencontre chez les ulcéreux, chez les gastropathes qui n'ont pas été opérés et aussi chez des malades de toute autre sorte, en particulier à la convalescence.

2° Parmi les causes de cette hypoglycémie postopératoire il faut compter la vagotonie et aussi les conditions spéciales dues à l'état de convalescence où se trouve placé le mécanisme d'absorption digestive; à la suite de gastrites, duodénites, jéjunites ou même avec une muqueuse intacte du seul fait des modifications apportées à l'évacuation.

3° Le traitement de l'accès hypoglycémique isolé est l'administration de glucose ; le traitement de la prédisposition à l'hypoglycémie, l'administration de petits repas mais sans prédominance spéciale des hydrates de carbone. Il peut être utile aussi de choisir une technique opératoire visant à la reconstitution parfaite d'un mécanisme normal d'évacuation.

R. LEVENT.

La névrose pancréatique de forme larvée par « évolution dorsale ». (Walter SINREICH, *Wiener Klin, Woch.*, 29 mai 1936). — Depuis quelques anées la nécrose pancréatique est assez bien connue pour que le diagnostic des formes typiques soit aisé. Mais la polymorphie de cette affection laisse encore place à bien des difficultés diagnostiques; la confusion avec l'iléus ou avec les péritonites par perforation de diverses origines est souvent difficile à éviter et la nature vraie des troubles n'est reconnue que sur la table d'opérations. Les formes atypiques les plus aberrantes d'apparence peuvent cependant correspondre à des nécroses étendues de la glande.

Le début est très peu caractéristique: il y a seulement lourdeur abdominale avec quelques vomissements sans persistance, peu ou pas de tension de l'abdomen, aucune discordance entre pouls et la température, pas d'élévation du taux diastasique; un peu de hoquet transitoire attire l'attention vers les organes juxtadiaphragmatiques. D'autres fois c'est un syndrome d'iléus s'effaçant au bout de quelques jours.

Dans ces formes, la progression des lésions se fait non vers le péritoine mais dans le tissu cellulaire rétropéritonéal et vers la région dorsale. Les sécrétions pancréatiques extravasées du fait de la nécrose et les produits de nécrose eux-mêmes demeurent dans le tissu cellulaire, peu apte à une résorption rapide; dans les formes antérieures, la résorption se fait au contraire de façon massive par la surface du péritoine. Les formes postérieures ont donc une évolution moins tapageuse, plus lente et peut-être plus clémente.

La digestion de l'atmosphère graisseuse périnéale donne lieu à des collections susceptibles de s'infecter secondairement au voisinage de l'intestin d'où syndrome clinique de phlegmon périnéphrétique pouvant émigrer à distance et perforer le péritoine de dehors en dedans.

L'auteur rapporte deux observations personnelles qui montrent que l'intervention par voie antérieure doit céder le pas ou s'associer, le diagnostic rectifié, à la voie d'abord lombaire qui est la voie de choix.

Dans les deux cas cités, la mort est survenue par embolie pulmonaire due probablement aux troubles du métabolisme des lipoïdes ; fait à rapprocher de la fréquence relativement grande chez les sujets gras de la nécrose pancréatique.

APPAREIL GENITO-URINAIRE

Les injections intraveineuses de solutions glucosées hypertoniques; leur action et leur emploi chez les brightiques hypertendus. (MM. ROCH, Eric MARTIN, François SCICLOVNOFF, *Ann. de Méd.*, mars 1936). — Les auteurs ont injecté par voie intraveineuse et selon le rythme du goutte à goutte 300 à 400 cm³ par jour pendant une quinzaine de jours consécutifs de sérum glucosé à 20 %.

Ils concluent de leur étude qu'en dehors du diabète, les contre-indications absolues de cette méthode sont exceptionnelles. Elle n'est pas dangereuse même chez les brightiques, les hypertendus et les asystoliques; il n'en résulte aucune hypertension marquée ni durable; les réactions consécutives ne sont ni dangereuses ni persistantes.

Les brightiques tirent bénéfice de ce traitement aussi bien que d'autres variétés de malades; l'action sur le rein et sur la diurèse est essentiellement problématique; l'action sur le foie et sur le système cardiovasculaire est certaine et favorable; de même l'action sur l'état général. Tout en gardant habituellement une azotémie élevée le malade voit son état s'améliorer. Les auteurs ne trouvent dans aucun mécanisme connu l'explication de cette action favorable.

R. LEVENT.

APPAREIL RESPIRATOIRE

Des affections aspécifiques ou spécifiques tuberculeuses de l'appareil respiratoire chez les ouvriers exposés à l'inhalation de poussières de farine. (Vittorio MAURO, *Bruxelles Méd.*, 12 janvier 1936). — Portant son enquête sur des ouvriers boulangers diversement anciens dans le métier et examinant le contenu de leurs expectorations, l'auteur trouve que 82 % des affections internes qui les frappent sont pulmonaires; 53 % sont des catarrhes bronchiques secs ou humides ; 19 % sont associées à de l'emphysème ; 10 % sont de nature tuberculeuse.

Les troubles qui s'installent progressivement siègent d'abord sur les voies respiratoires supérieures puis se transmettent par voie ascendante jusqu'aux alvéoles. Chez tous les sujets on trouve dans les expectorations et dans les alvéoles des grains d'amidon non digéré qui s'y conservent intacts de longues années et même longtemps après cessation du travail ; jamais d'amidon à l'intérieur des ganglions.

La radiographie montre des lésions bronchopulmonaires chroniques dont l'image est de plus en plus accentuée à mesure que le temps passe et qui aboutissent à de la sclérose péribronchique. L'expérimentation montre par ailleurs que l'inhalation prolongée d'amidon favorise chez l'animal le développement d'une tuberculose ultérieurement provoquée.

Il convient de plus de remarquer que si la tuberculose est fréquente chez les boulangers on ne voit l'éclosion se produire qu'après inhalation prolongée de poussières et que la contamination exercée par les infectés vis-à-vis de leur entourage montre que les sujets indemnes de toute inhalation de farines semblent garder une certaine résistance.

Les poussières de farine semblent donc être pour la tuberculose un agent de fragilisation de l'organisme.

R. LEVENT.

GLANDES VASCULAIRES SANGUINES

Le traitement moderne de la maladie d'Addison. (S. Thaddea, *Med. Klin.*, 1936, nos 2 et 3). — Le traitement de choix est l'hormonothérapie corticale dont le mode d'emploi, la posologie ainsi que les variations, la durée d'administration doivent être réglés d'après la réaction du malade et qu'on ne peut régler aussi mathématiquement que l'emploi de l'insuline.

La cure de repos physique et moral conserve toute son importance; on devra veiller à la reconstitution des réserves glycogéniques (musculaire, hépatique) autant qu'il sera possible et combattre l'acidose par un régime comprenant à la fois hydrates de carbone, graisses et albumines. Le traitement par les alcalins, le chlorure de sodium et la vitamine C sont des appoints à ne pas négliger.

La grossesse est d'ailleurs rare chez de tels malades; une forme moyenne ou grave de maladie d'Addison peut la rendre dangereuse

R. Levent.

Maladie d'Addison consécutive à l'énervation des capsules surrénales au cours d'un diabète sucré. (J.-M. Rogoff, *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 janvier 1936). — Chez un sujet diabétique depuis 5 ans on pratique, à titre de traitement, l'énervation successive des deux surrénales à 4 mois d'intervalle. Alors qu'entre les deux interventions il fut possible, mais seulement de façon transitoire, d'administrer moins d'insuline qu'avant l'opération, la 2e énervation n'amène qu'une aggravation : nécessité de doses plus fortes d'insuline, vomissements persistants ne cédant qu'à l'opothérapie surrénale, fatigue persistante, amaigrissement de 16 kg., apparition de pigmentation, baisse du métabolisme basal.

La maladie d'Addison demeure pendant trois mois stationnaire grâce au traitement puis reprend son évolution; la tolérance à l'insuline devient mauvaise, l'hypoglycémie s'exagérant; la mort survient cinq mois après la 2e opération.

La maladie d'Addison est donc venue se superposer au diabète préexistant, du fait de l'opération. Sans doute l'opération a-t-elle été l'occasion de manipulations nuisibles de la glande, de troubles circulatoires, de lésions vasculaires. Le diabète de son côté n'a pu que diminuer la résistance du sujet et de son parenchyme glandulaire. La gravité des lésions du cortex a rendu très aléatoire l'effet de l'opothérapie surrénale de suppléance. On doit donc à l'heure actuelle se méfier des opérations sur la surrénale dont la technique et les indications sont encore trop confuses; de plus, leur effet ne peut bien souvent être que temporaire, annihilé qu'il est bientôt par les régénérations nerveuses ou par l'hypertrophie compensatrice de la glande du côté opposé.

R. Levent.

Le métabolisme basal dans l'insuffisance surrénale chronique. Action des hormones corticale et médullaire sur le métabolisme. (G. Maranon, *Ann. de Méd.*, février 1935). — Bien que l'extirpation des surrénales provoque constamment une baisse du métabolisme basal, la baisse du M. B. est inconstante dans l'insuffisance surrénale chronique de l'homme (23,5 % seulement des cas); d'autres fois, le M. B. est normal, ou même élevé (9,8 %). Sans doute y a-t-il d'autres facteurs compensateurs.

La baisse du M. B. n'est pas proportionnée à la gravité de la maladie.

On ne saurait donc en tenir compte au point de vue diagnostique ni pronostique.

L'injection d'adrénaline fait monter le M. B. comme chez le sujet normal mais avec moins d'intensité.

L'injection d'hormone corticale ne le fait pas monter mais peut au contraire l'abaisser encore quel que soit le chiffre initial et quelle que soit la quantité d'hormone administrée.

On peut donc en conclure que c'est sans doute la médullaire qui agit sur le M. B. et elle seule.

R. Levent.

INFECTIONS

Vérification expérimentale de l'étiologie tuberculeuse de l'érythème noueux. (Raoul-Cibile Aguirre et Pascual R. Cervini, *Presse méd.*, 18 janvier 1936). — Complément de travaux antérieurs des mêmes auteurs sur huit cas d'érythème noueux.

L'un de ces cas d'érythème noueux typique avec intradermoréaction positive et hiles radiologiquement suspects a été l'occasion d'une biopsie des lésions.

L'examen histologique d'un nodule a montré au-dessous d'un épithelium normal la présence dans le derme de péricapillarite exsudative et dans le tissu cellulaire sous-cutané et la partie profonde du derme de noyaux inflammatoires à prédominance polynucléaire ainsi que de panartérite. Dans le tissu conjonctif et non pas seulement dans les vaisseaux, présence de bacilles acidorésistants à morphologie de bacilles de Koch.

Des cultures directes à partir des lésions prélevées ont donné après cinq mois des bactéries acido et alcoolorésistantes tuberculisant le cobaye. Bacilles à type humain dont les repiquages ont également tuberculisé le cobaye, le lapin et le veau. Des broyats du nodule ont également réussi à tuberculiser directement le cobaye.

R. Levent.

Recherches biologiques pour le diagnostic du paludisme latent. (S. G. Livierato et C. Ch. Salata, *Acta med. Scandinavica*, vol. 87, fasc. III-IV, 1935). — En 1927, Henry a proposé une méthode spécifique pour le diagnostic du paludisme, méthode basée sur l'emploi d'un antigène préparé avec la couche pigmentaire de l'œil du bœuf (mélanine).

Les auteurs en ont repris l'étude et ont comparé les résultats fournis par cette technique avec ceux que donne un antigène préparé avec la mélanine de la seiche.

Ils attribuent à la réaction d'Henry une valeur diagnostique certaine. L'antigène préparé avec la mélanine de seiche, et celui préparé avec de la mélanine de bœuf leur semblent équivalents en sensibilité et spécificité.

On ne saurait cependant sans inconvénients accepter pour toujours valables les résultats de cette réaction dont le mécanisme intime nous échappe mais qui n'est à aucun degré une réaction spécifique. Les auteurs ont, en effet, constaté que dans les cas de leishmaniose viscérale la réaction à la mélanine était pour ainsi dire toujours positive. Il peut en être de même dans des cas de tuberculose et de syphilis primaire quoique avec une fréquence bien moindre.

La réaction perd donc de ce fait la plus grande partie de sa valeur.

R. Levent.

Le traumatisme et la maladie rhumatismale consécutive. (Gunnar Edström (Lund), *Acta med. Scandinavica*, vol. 88, fasc. 2-4 mars 1936). — L'auteur rapporte cinq observations qu'il considère comme maladie rhumatismale, avec ou sans lésion cardiaque succédant à faible intervalle à un traumatisme. Le début se fait sur l'articulation traumatisée ou à son voisinage. Il considère que le traumatisme a créé une disposition locale qui a rendu manifeste une maladie rhumatismale jusqu'alors latente. A noter qu'aucun de ces malades ne présente d'antécédent tuberculeux ni rhumatismal.

L'auteur considère que sans le traumatisme, la maladie rhumatismale n'aurait peut-être jamais eu de traduction clinique, considération importante pour un expert en matière d'assurances.

R. Levent.

INTOXICATIONS

Un cas d'intoxication par le sulfate de magnésie. (Dietrich Roller. *Wiener klinische Woch.*, 21 février 1936.) — L'auteur relate l'observation d'une jeune femme de 21 ans amenée dans son service avec le diagnostic de tétanos. L'interrogatoire fait découvrir dans les heures qui avaient précédé, l'administration par voie intraveineuse de sulfate de magnésie destiné à remédier à une crise de céphalée semblable à celles auxquelles la malade est sujette depuis l'âg de 14 ans ; les accidents ont débuté quelques instants après l'injection.

Un examen complet transforme le diagnostic de tétanos en celui de tétanie. On lui administre alors par voie intraveineuse du gluconate et du levulosate de calcium. Les troubles locaux disparaissent en quelques instants et les signes généraux cèdent rapidement eux aussi ; mais la céphalée qui avait disparu pendant la période de tétanie reparaît aussitôt.

Il semble donc que ces accidents relèvent de l'hypocalcémie. Le magnésium a donné ici des accidents tout différents de ceux qui sont classiquement décrits : résolution musculaire, torpeur, paralysie respiratoire. Il y a eu au contraire viciation de l'équilibre acide-base et de l'équilibre calcique.

R. Levent.

Tétanie chez un sujet asthmatique à la suite d'administration d'adrénaline. (Read Ellsworth et William B. Sherman. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 25 janvier 1936.) — Chez une femme de 41 ans des crises d'éternuement s'associent après un certain temps avec des crises d'asthme pour lesquelles on ne découvre aucun facteur sensibilisant, mais des lésions des cavités nasales et sinusales (polypes), qui sont l'objet de plusieurs interventions. Ces opérations n'amènent qu'une amélioration passagère ; l'adrénaline demeurait efficace contre les accidents paroxystiques après les interventions comme elle l'était avant.

Après une intervention sur les sinus sphénoïdaux et ethmoïdaux apparaissent quelques troubles de sensibilité et des spasmes des membres supérieurs. Ultérieurement l'emploi d'adrénaline contre une crise d'asthme provoque durant plusieurs minutes une tétanie caractérisée mais sans présence de signes de Chvostek ni de Trousseau les jours suivants. On provoque de nouvelles crises tétaniformes par le même procédé d'une durée d'un quart d'heure environ avec signe de Trousseau. Par la suite, le remplacement de l'adrénaline par de la codéine permet un égal soulagement de l'asthme sans effet secondaire nuisible.

Peut-être est-ce là le résultat d'une alcalose transitoire que ne permet cependant d'affirmer aucun examen de sang pratiqué en temps utile. Il s'en faut cependant que l'alcalose accompagne obligatoirement les accidents tétaniformes. Sans doute peut-on considérer comme la manifestation d'une tétanie latente les crises de spasme laryngé qu'on voit parfois survenir après la crise d'asthme.

R. Levent.

Le sulfate de magnésie dans l'intoxication par la strophantine. (L. Zwillinger. *Wiener klin. Woch.*, 8 mai 1936.) — A l'occasion d'une observation d'intoxication par la strophantine, analogue à d'autres antérieurement publiées, l'auteur insiste sur l'action spécifique du sulfate de magnésie à 20-25 p. 100 dans l'intoxication par la strophantine ou même la digitaline. Mais la voie intraveineuse, trop peu durable dans ses effets, ne peut toujours être utile dans une intoxication qui est par elle-même d'une certaine durée et n'a pour le moment qu'une valeur purement expérimentale.

R. Levent.

Les méfaits de l'héliogravure. (D. Glibert. *Bruxelles méd.*, 8 décembre 1935.) — Du fait de l'extenson de l'impression par héliogravure on a en ces dernières années constaté des cas de plus en plus nombreux de certaines affections chez des ouvriers qui y sont employés.

Le procédé comporte l'emploi d'encres ayant subi une dilution au moyen de solvants industriellement dénommés xylols que l'on fait évaporer très rapidement soit au moyen d'un courant d'air, soit — procédé moins hygiénique — par la chaleur.

Il s'agit soit de xylol, soit d'un mélange xylol-benzol, toluol-tergol, ou même de benzol pur. A des degrés divers, chacun de ces produits est nocif et les accidents sont très analogues à ceux que produit le benzol.

Apparaissent d'abord quotidiennement certains accidents aigus : exubérance quasi-ébrieuse au cours du travail, vertiges en fin de journée, chants, cris, tendance à la colère, suivis après quelques heures de somnolence, de torpeur compensées ultérieurement par des crises d'insomnie.

Puis apparaissent des symptômes d'affection hémorragique : vertiges, hémorragies nasales et gingivales, ecchymoses, pâleur anormale et persistante, perte de forces. Tous symptômes qui doivent faire pratiquer l'examen du sang. On trouve alors une diminution numérique des globules rouges et des globules blancs avec un abaissement parfois énorme du taux de l'hémoglobine. Avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation la courbe des globules blancs est un témoin plus fidèle de l'évolution que celle des globules rouges. On observe en même temps une inversion de la formule leucocytaire avec prédominance des lymphocytes et petits monos ; la présence dans le sang de cellules anormales et d'hématies déformées, la baisse du nombre des plaquettes et un retard de la coagulation sanguine.

Tous accidents semblables à ceux qu'engendre l'intoxication benzolique.

R. Levent.

Toxidermie barbiturique. (F. Naville et P. Gautier. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 25 août 1935.) — Parmi les inconvénients des barbituriques, il convient de ne pas oublier les éruptions cutanées dues à leur usage chronique et qui sont parfois d'un diagnostic délicat.

Les auteurs rapportent une observation personnelle où les accidents sont dus au gardénal.

L'apparition de l'éruption est parfois très précoce après l'injection : quelques heures ; plus souvent au 9e-10e jour du traitement, ou même plus tard encore. La dose administrée semble d'importance très relative. Les sujets au-dessous de 30 ans et les femmes en particulier semblent plus exposés.

Les diverses explications proposées satisfont peu les auteurs qui se rallieraient volontiers à une explication biotropique.

Les accidents évoluent en deux périodes : prééruptive avec des symptômes variés, d'allure infectieuse ; éruptive où les éléments apparaissent d'abord sur le thorax et les avant-bras pour atteindre leur plus grande extension en deux à trois jours. Les types éruptifs sont divers : rougeole, scarlatine, rubéole avec variantes — quelquefois conjonctivite, mais jamais de langue scarlatineuse. L'éruption s'accompagne de fièvre et de céphalée avec troubles digestifs et leucocytose (éosinophilie légère).

La toxidermie évolue en deux-trois poussées et dure en tout 8 à 15 jours. Les récidives sont rares lorsqu'on diminue la dose de médicament.

Le diagnostic différentiel est malaisé si la notion médicamenteuse a passé inaperçue ; c'est surtout avec la scarlatine et la roséole que les confusions peuvent être commises.

Le pronostic est bon. En dehors du régime alimentaire, il suffit de diminuer la dose de barbituriques ; il convient de

ne pas les supprimer brusquement sous peine de s'exposer à un retour des crises contre lesquelles le traitement barbiturique avait été prescrit.

R. LEVENT.

Essai de traitement de l'intoxication par le véronal. (R. FISCHER et H. SALZER. *Wiener klin. Woch.*, 3 avril 1936.) — Le véronal n'est que lentement éliminé par le rein. Il circule dans le sang habituellement sous forme de combinaison sodique ; celle-ci soluble dans l'eau est peu soluble dans les lipoïdes et se fixe peu sur les cellules, ce qui explique la lenteur relative d'action du véronal sodique. Celui-ci libère graduellement sa base liposoluble, apte à être fixée ; la rapidité de cette libération est en rapport avec la réaction du milieu sanguin qui tient sous sa dépendance les conditions de la dissociation. L'acidose qui se développe au cours de l'intoxication par les hypnotiques est donc favorable à l'aggravation des troubles toxiques et ralentit en même temps l'élimination du véronal.

Aussi certains auteurs ont-ils préconisé une thérapeutique alcalinisante. Biêka a montré que le véronal est moins actif chez un animal en état d'alcalose, sans doute parce que le sang alcalinisé soustrait plus rapidement le véronal aux tissus dans lesquels il s'est fixé et favorise son élimination rénale.

Les auteurs proposent donc un traitement alcalinisant par le bicarbonate de soude en solution à 5 p. 100 par lavages gastriques et injection intraveineuse. Ils se proposent de lutter en même temps contre l'acidose due à l'état éventuel d'inanition de l'organisme par l'administration conjuguée de glucose et d'insuline telle qu'on la pratique dans le coma diabétique.

R. LEVENT.

La névrite optique de l'arsenic pentavalent. (P. DE FONTRÉAULX. *Gaz. méd. de France*, 15 janv. 1936.) — Ces accidents sont l'apanage des pentavalents à l'exclusion totale des arsenics trivalents. Ils sont constitués soit par des troubles subjectifs photopsiques (accusés par le malade mais inaccessibles à l'examen) durant d'un à quinze jours sans parfois modifier la capacité visuelle ; soit par des troubles fonctionnels qui peuvent exister avec les premiers sans les exagérer ; ceux-ci sont généralement bilatéraux et symétriques : diminution de l'acuité visuelle et rétrécissement du champ sans jamais de scotome central. L'évolution est variable ; elle est naturellement plus favorable pour les troubles subjectifs et les troubles fonctionnels. L'absence de précautions surtout dans le traitement arsenical d'affections graves peut cependant causer un déficit définitif et mener à une atrophie optique plus ou moins étendue.

Chaque composé pentavalent imprime aux accidents sa note personnelle. L'ordre de toxicité décroissante à cet égard semble être : atoxyl, stovarsol en injections (*per os* il semble dans ce domaine tout à fait anodin), acétylarsan, tryparsamide.

Les accidents semblent apparaître plus tôt chez un sujet atteint de neuro-syphilis (parfois avant la sixième injection), plus tard dans les trypanosomiases.

La variété des produits employés a une influence certaine sur la dose d'arsenic métal qui engendre les accidents ; 20 à 30 centigr. d'As peuvent être dangereux sous forme d'atonyl — 75 centigrammes seulement avec du stovarsol ou de la tryparsamide. De même la voie d'introduction, la voie intraveineuse étant naturellement la plus dangereuse.

Egalement les doses : des doses fortes, massives et rares ou des doses faibles mais très rapprochées offrent un danger égal ; au contraire une posologie faible et un rythme lent permettent de tolérer sans accident une plus forte quantité d'As.

Une prédisposition certaine est créée par l'existence de lésions atteignant déjà le nerf optique ou la rétine, de même les lésions du système nerveux central, les insuffisances des émonitoires ou un état d'alcoolisme chronique.

Un diagnostic précoce de ces accidents est de la plus grande importance ; il est d'autant plus aisé que l'attention doit toujours être en éveil lorsqu'on emploie un arsenic pentavalent. Il semble bien qu'il s'agisse d'une action tonique vraie à l'exclusion de tout autre mécanisme.

On réservera donc les pentavalents aux cas où on ne peut employer les trivalents.

Préférer la voie sous-cutanée ou intramusculaire ; établir avec soin la posologie ; surveiller l'état des yeux avant chacune des injections successives. Pour le plus petit trouble visuel interrompre un traitement qu'il est même plus prudent de ne jamais plus reprendre. Y ajouter un traitement par l'hyposulfite de soude intraveineux, le régime lacto-végétarien et des diurétiques.

R. LEVENT.

THERAPEUTIQUE

Essai de thérapeutique analgésique par le venin de cobra. Johannes SEILER. *Münch. med. Woch.*, 27 mars 1936.) — Des essais faits sur divers malades (cancer de la prostate, sciatique-névrite grave, cancers bronchopulmonaires avec métastase dans le membre supérieur, artériosclérose de la jambe avec phénomènes douloureux) ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

Chez un sujet sain l'injection n'est nullement indolore ; dès le premier moment apparaissent des douleurs assez violentes bien que supportables suivies d'une sensation désagréable au niveau où a été pratiquée l'injection et à distance de douleurs plus ou moins intenses.

Après la deuxième injection on a observé deux sensations à l'extrémité du membre où a eu lieu l'injection avec diminution de la sensibilité à la douleur. La sensibilité au tact est au contraire conservée ; il persiste tout le temps du traitement une sensation désagréable de lourdeur du membre qui persiste par la suite trois semaines environ.

Chez les malades les sensations initiales sont les mêmes, mais les douleurs ont pu dans certains cas devenir ensuite assez intenses pour nécessiter la morphine ; elles ont duré 24 heures environ ; aussi deux malades ont-ils fait interrompre le traitement ; deux des autres ont vu leurs douleurs augmenter lors des 3e et 4e injections (cancer prostatique, sciatique) ; seule la malade artérioscléreuse n'a pas subi d'exacerbation des douleurs.

En somme chez les autres chaque injection a été l'occasion d'une exagération des douleurs.

Pour expliquer la différence qui sépare ces faits des observations d'autre origine, l'auteur émet l'hypothèse de la présence possible de substances anagotoxiques, de nature encore inconnue, qui se trouveraient mélangées au venin de cobra dans les préparations employées par les autres auteurs.

R. LEVENT.

TRAUMATISMES

Le pronostic vital éloigné des lésions traumatiques de l'encéphale. (Hans BAUMM. *Münch. med. Wach.*, 10 janvier 1936.) — Sur 51 sujets décédés, représentant environ 7,2 p. 100 des blessés de l'encéphale observés, 24 sont morts d'une affection intercurrente, 27 des suites de leur blessure, soit complications tardives de leurs lésions cérébrales (cicatrices, abcès, encéphalites, méningites), soit crises épileptoïdes, soit mort subite. Dans tous les cas l'exitus a été extrêmement rapide, ce qu'on n'observe, semble-t-il, qu'après les plaies de l'encéphale.

Ces accidents sont observés pour 50 p. 100 des cas dans les cinq premières années, pour 73 p. 100 entre la 6e et la


EUPHORYL
DERMATOSES PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES CUTANEES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA" 18, AVue DAUMESNIL. P
Euphoryl infantile
(GRANULÉ SOLUBLE)
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillerée à café par année d'âge.
LABORATOIRES "ANA" 18, Av. DAUMESNIL. PARIS
ANA
18, Avue DAUMESNIL. PARIS. XIIe
Hirudinase
(DRAGÉES)
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues.
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA
COEFFICIENT DE FIXATION du Salicylate ANA sur la fibre cardiaque : 170%
Salicylate de Na
Salicylate ANA
150
100
50
0
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
SALICYLATE DE SODIUM en combinaison CALCO-MAGNÉSIENNE THIOSULFATÉE
32 gr. SALICYLATE de NA SURACTIVÉ 15 fr.
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
AMPOULES (INTRAVEINEUSES)
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %.
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HÉPATIQUES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL . PARIS. XIIe

10e année, pour 47 p. 100 entre la 11e et la 15e, pour 33 p. 100 entre la 16e et la 20e. — Le deuxième lustre correspond sans doute au délai nécessaire à l'incubation de ces accidents. Il existe une certaine proportionnalité avec la gravité de la blessure causale : les blessures de la région frontale, les cas d'épilepsie traumatique, les éclats ou balles profondément situés constituent les menaces les plus graves. Mais il ne s'agit ici que d'une moyenne et aucun signe clinique ne permet pour un sujet déterminé de prévision à longue échéance.

Il s'agit ici exclusivement des plaies pénétrantes du crâne, et en aucune façon des commotionnés ou des sujets à crâne lésé mais sans lésion des centres nerveux.

R. LEVENT.

VARIETES

La réaction des cancéreux à la tuberculine. (I. HOLMGREN. *Acta medica Scandinavica*, vol. 88, fasc. 5-6 ; février 1936.) — L'auteur étudie une série de 1.200 cas de cancer entre 1913 et 1936. Dans 75 à 80 p. 100 des cas les malades se montrent anergiques à la tuberculine, même à de fortes doses sous-cutanées (5 à 20 milligrammes) ; leur accoutumance s'établit très rapidement puisqu'en quelques semaines ils arrivent à supporter sans fièvre des injections sous-cutanées de 2 à 3 grammes. La cachexie n'entre pas, à son avis, en ligne de compte pour expliquer cette anergie, dont la cause demeure obscure.

Les injections intraveineuses sont bien moins tolérées puisqu'à des doses variant entre 20 et 200 milligrammes on produit des frissons, du malaise, une élévation thermique durant 12 à 24 heures. Néanmoins la tolérance s'établit également très vite vis-à-vis de la tuberculine introduite par cette voie.

L'auteur a remarqué que les injections sous-cutanées et intraveineuses calment dans une certaine mesure les douleurs et ont une action assez favorable sur l'état général.

R. LEVENT.

Le sarcoïde de Bœck en tant qu'affection relevant de la médecine générale. (Harald-A. SALVESEN. *Acta med. Scandinavica*, vol. 86, fasc. II-IV, 1935.) — Le sarcoïde de Bœck n'est pas seulement une affection dermatologique, mais, autant que peuvent le faire penser divers travaux, une affection touchant dans sa généralité le système lymphatique, les viscères et le système osseux.

L'auteur rapporte quatre observations, trois femmes et un homme, entre 33 et 56 ans ; deux sujets présentaient des symptômes non encore décrits dans le sarcoïde de Bœck. Chez l'un troubles rénaux avec hypotension et névrite optique en même temps que des sarcoïdes cutanés et des lésions pulmonaires du type habituel. Chez une femme de 38 ans, il y avait une lésion cardiaque avec modification du tracé électrocardiographique.

Le malade homme avait des tumeurs glandulaires, de l'iridocyclite, une grosse rate et une infiltration pulmonaire à tendance extensive en évolution depuis trois ans quand apparurent les accidents cutanés.

Chez trois de ces malades où on l'a recherchée, on a trouvé une forte augmentation des protéines sanguines portant surtout sur les globulines (9 à 9,67 p. 100).

R. LEVENT.

La névrose des crampes et la goutte. (Alfred VOGL. *Wiener Klin. Woch.*, 24 janvier 1936.) — L'auteur fait sienne l'opinion de Wilder et a trouvé comme lui dans tous les cas de l'uricémie.

L'apparition de crampes musculaires est un symptôme caractéristique et fréquemment observé au cours de la goutte ; il a été mieux connu, semble-t-il, des anciens que d'auteurs plus récents.

Elles peuvent précéder de plusieurs années la goutte proprement dite ; l'importance diagnostique d'une telle anamnèse ne doit pas échapper.

Ce que Wernicke appelle « névrose des crampes » serait mieux dénommé diathèse uratique des crampes et doit être rangé parmi les affections dues aux viciations du métabolisme de l'acide urique.

L'auteur a obtenu de bons résultats du régime et du traitement classiques de la goutte auxquels se joindra avec avantage l'action d'injections calciques.

R. LEVENT.

Les vitamines dans la nutrition humaine. L'excrétion urinaire de la vitamine B, et sa dépendance vis-à-vis du régime alimentaire. (Leslie J. HARRIS et P.-C. LEONG. *Lancet*, 18 avril 1936.) — Pour explorer chez l'homme le métabolisme quotidien en vitamine B, les auteurs ont étudié l'élimination urinaire quotidienne de cette substance, mesurée chez l'animal par la méthode de la bradycardie. Les résultats varient avec le régime quotidien — 9 adultes normaux entre 17 et 37 ans recevant un régime normal ont excrété de 12 à 35 unités internationales, en moyenne 20.

Ceci représente 5 à 8 p. 100 seulement des vitamines ingérées. L'administration d'un régime relativement pauvre en vitamine B, a donné lieu à une réduction proportionnelle de l'élimination urinaire ; un régime riche à un accroissement proportionnel, avec des modifications urinaires suivant de très près dans le temps les modifications de régime.

Mêmes résultats chez l'animal (rat) ; dans l'hypervitaminose B, on a une élimination urinaire quasi négligeable. Une élimination quotidienne inférieure à 12 unités int. fait présumer que la richesse de l'alimentation en B, est insuffisante. Dans le béri-béri, la quantité journalière peut tomber au-dessous de 2 unités int. par jour.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1936)

Sur la polyembryonie dans les tumeurs à tissus multiples du testicule chez l'homme. — MM. Albert PEYRON et Henri LIMOUSIN.

Sur les propriété floculantes et immunisantes des anatoxines purifiées par précipitation à l'acide trichloroacétique. — MM. Gaston RAMON, André BOIVIN et Rémy RICHOU.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉNCE DU 20 OCTOBRE 1936)

Valeur pronostique du pouvoir bactéricide du sérum dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Paul COURMONT et H. GARDÈRE ont démontré et étudié dans de nombreux travaux, depuis sept ans, le pouvoir du sérum de certains tuberculeux d'empêcher le développement des cultures du bacille de la tuberculose.

L'étude de ce *pouvoir bactéricide in vitro* du sérum des tuberculeux (P.B.S.) les a conduits à des applications fort intéressantes pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose pulmonaire.

C'est une nouvelle application du concept général du « *Séro-pronostic* » de Paul Courmont.

Un premier mémoire à l'Académie, en 1929, sur la va-


ANGIOXYL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 2 à 3 cuill. à dessert par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

leur pronostique du P.B.S. portait sur 37 cas ; celui-ci sur 40 cas de tuberculose pulmonaire de toutes formes : 77 cas au total.

Les résultats des deux statistiques sont tout à fait concordants. Sur ces 77 cas, la mortalité, en trois ans, a été de 50 % chez les sujets à P.B.S. nul ou faible (+2 et au-dessous) et seulement de 13,3 % chez les sujets à P.B.S. élevé (+4 et +8), soit près de quatre fois plus faible.

L'élévation du P.B.S. chez les tuberculeux a donc, non seulement la valeur d'un *symptôme* de l'infection tuberculeuse et d'une indication *pronostique*, mais d'un *signe de résistance* du malade à l'infection : le pouvoir bactéricide semble à la fois un témoin et un des facteurs de cette résistance de l'organisme à l'infection bacillaire.

Vaccination contre la fièvre jaune. — M. C. MATHIS apporte les résultats de 450 vaccinations antiamariles, effectuées à l'Institut Pasteur de Dakar, au cours de ces derniers mois, avec le nouveau vaccin du Dr J. Laigret.

Nous étions déjà redevables à MM. Sellards et Laigret d'un vaccin dit phosphaté auquel on reprochait de provoquer parfois des réactions nerveuses assez intenses. De plus, cette méthode comportait l'emploi de trois doses d'activité croissante, chacune devant être pratiquée à 20 jours d'intervalle. La vaccination complète demandait donc 40 jours.

Un perfectionnement considérable a été apporté par M. Laigret, lorsqu'il a incorporé son vaccin dans le jaune d'œuf.

Les germes contenus dans le mélange ne sont mis en liberté que lentement et au fur et à mesure que les corpuscules de jaune d'œuf sont phagocytés. Il en résulte que l'immunisation de l'organisme par production d'anticorps se fait en même temps que l'infection.

Ainsi sont évitées les réactions brutales et parfois très vives consécutives à une absorption trop rapide du virus mis en suspension aqueuse.

Avec le vaccin à l'œuf, chez les personnes vaccinées, 60 % ne font aucune réaction, bien qu'elles soient immunisées, 40 % seulement réagissent d'une façon modérée.

Le cholestérol et l'antigène méthylique associés dans le traitement de la tuberculose. — M. Fernand BARBARY, de Nice, a eu l'idée d'associer au cholestérol l'antigène méthylique tuberculeux pour obtenir un milieu de résistance, une immunité artificielle pour la tuberculose. L'ensemble des faits présentés à l'Académie prouve qu'en s'engageant dans la voie qu'il a tracée, on peut garder l'espoir de procurer un moyen de défense aux victimes d'une maladie contre laquelle n'existe pas de remède spécifique.

Mortalité des enfants de 5 à 15 ans. — MM. A. LOIR et H. LEGAGNEUX, du Havre.

M. LESAGE dépose son rapport sur les *Travaux concernant le Service de l'Hygiène de l'enfance.*

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1936)

M. ROUVILLOIS, président, fait part aux membres de l'Académie, du décès de M. Fizier et de Sir Berkeley Moynihan.

Septico-pyohémie à staphylocoque. — M. DESPLAS rapporte une observation de M. Brehant, concernant une septicémie consécutive et un phlegmon de l'avant-bras et qui guérit à la suite d'injections intraveineuses de bactériophage (5 cm. de bactériophage en milieu non peptoné dilués dans 200 cm. de sang). Un mois et demi après survint cependant un phlegmon périnéphrétique qui guérit sans incident.

Invagination de l'appendice avec mucocèle enkystée. — M. DESPLAS rapporte cette autre observation de M. Yovanovitch qui est la seconde connue. L'appendice fut enlevé par colectomie ; guérison.

Traitement des gangrènes des membres inférieurs. — M. MOURE analyse une observation de MM. Stoian et Costesco, et expose leur méthode d'extirpation unilatérale du sympathique lombaire par laparotomie médiane.

Nécrose des maxillaires consécutives à la curiethérapie interne. — M. L. BAZY rapporte un intéressant travail de M. Dechaume, consacré aux radionécroses thérapeutiques, il rappelle les premiers cas observés chez les peintres de cadrans lumineux et présente de fort belles radiographies montrant la progression des lésions. Le comportement des divers organismes est imprévisible comme est imprévisible la dose limite de sels radioactifs. M. Bazy signale ensuite le rôle de l'ergostérol irradié sur l'élimination des sels radioactifs.

M. MOULONGUET montre combien il est difficile d'affirmer le rôle de la radioactivité dans les nécroses des maxillaires.

Pour M. BÉCLÈRE, au contraire, les sels radioactifs devraient être purement et simplement interdits.

Cellulodermites récidivantes inguino-crurales. — M. MOUCHET en rapporte une observation fort démonstrative de MM. Dupas, Dayde et Soubigou.

Gangrène de la main consécutive à une lymphangite. — M. MÉTIVET communique cette observation qui, pour lui, reste mystérieuse, car la piqûre siégeait au bord interne et la gangrène au bord externe.

Anus sous-angulo colique gauche. — M. ROUHIER en montre les nombreux avantages.

Analgésie complémentaire au cours de l'anesthésie locale. — M. J.-C. BLOCH utilise à cette fin un mélange dû à MM. Rolland et Vieillefosse, et dérivé du mélange de Kirshner et comprenant scopolamine, morphine, narcotine, éphédrine. M. Bloch expose ses recherches expérimentales et montre les grands avantages de la méthode.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1936)

Endocardite maligne à staphylocoques. — M. LAEDERICH, WORMS et RUBENS-DUVAL. Un cas d'endocardite maligne à staphylocoques ayant évolué au début sous l'aspect d'une septicémie pure. Au bout de trois semaines, apparition d'un souffle systolique, dont la nature fut démontrée par les hémocultures et par une embolie fémorale. Embolectomie pratiquée 24 heures après le début des accidents. Mort. A l'autopsie, on retrouve la fémorale thrombosée, l'intervention ayant seulement empêché l'apparition d'une gangrène imminente. A noter que le germe isolé par hémoculture donna des colonies blanches, qui, après repiquage, viraient au jaune d'or, ce qui semble prouver que le staphylocoque blanc peut prendre les caractère du sta-doré.

Quadriplégie brusque et mort rapide. Destruction d'un ménisque inter-vertébral. Ecrasement médullaire consécutif. — M. LANGERON. Femme ayant présenté soudainement une quadriplégie suivie de mort rapide. A l'autopsie, destruction à peu près complète, de nature imprécise, du disque intervertébral C VI-C VII. La moelle a dû être écrasée contrs l'arc postérieur resté fixe.

Asystolie et éosinophilie massive. — MM. MAIRE, FRICKER, WARTER et BLOCH. Malade atteint d'asystolie chez lequel l'éosinophilie sanguine s'élevait à 80 p. 100. Il s'est agi sans doute d'une filariose sanguine.

Un cas d'ectasie de l'aorte abdominale. — MM. MOLLARET et MALLET. Malade 70 ans porteur d'une tumeur abdominale pulsatile, que la radiologie n'a pas permis de différencier. L'étude de la circulation des membres inférieurs montre un contraste frappant entre les deux membres : oscillations écrasées à droite, indice oscillométrique presque nul sur toute la hauteur. On ne peut penser qu'à l'anévrisme de l'aorte abdominale.

Cancer volumineux du corps du pancréas avec ulcération de la face postérieure de l'estomac et hématémèse mortelle. — MM. CHABROL et SALLET. Homme de 36 ans ayant présenté une paralysie unilatérale de la 3e paire ; douleurs abdominales accompagnant la présence d'une masse épigastrique profonde et fixée. Intégrité de l'estomac à la radio. Mort par hématémèse en deux ou trois mois. Autopsie : cancer du corps du pancréas ; ulcération de la face postérieure de l'estomac.

Erythème annulaire rhumatismal et streptococcémie à « streptococcus viridans ». — MM. DEBRÉ, LAMY, Mlle JAMMET. Plusieurs enfants atteints de maladie de Bouillaud ayant présenté un érythème décrit par Rayer et Besnier : éléments rosés, avec macules dessinant sur la peau des festons avec coloration maxima à la périphérie. Parfois réunion de plusieurs macules formant plaque. Cet érythème accompagne les formes sévères, surtout compliquées d'endocardite. C'est d'ailleurs dans ces cas que les cultures du sang ont montré la présence d'un streptocoque viridans analogue à celui qu'on retrouve dans l'endocardite maligne à évolution lente.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

Thèses soutenues pendant l'année 1935-1936 (1).

DOCTORAT D'ETAT. — 18. AKOUN. — La dysostose craniofaciale ou maladie de Crouzon.

33. (de 1935). BEN AÏCHE (Mme) née Garçon. — Le dosage des albumines dans le sérum des tuberculeux paludéens et syphilitiques.

15. BIANCARDINI. — Le volvulus du côlon pelvien et son traitement.

28. BLAIR. — Contribution à l'étude thérapeutique des fractures du col de fémur par l'extension continue en abduction.

16. BONO. — Cysticerose cérébrale et syndromes épileptiformes.

10. BOUQUET DE JOLINIÈRE. — Appendicite et typhus abdominal.

27. BOURGAREL. — Contribution à l'étude de l'urée et des polypeptides sériques au cours du post-partum normal et pathologique.

12. CANOVA. — L'urticaire palustre.

8. CHEF (Mlle). — Le service social à l'hôpital en Algérie dans la lutte anti-syphilitique à la Clinique de dermatosyphiligraphie d'Alger.

32. (de 1935). CHOURAQUI. — Les procédés de destruction des kystes hydatiques dans un but prophylactique.

30. CIXOUS. — Le traitement des syndromes post-encéphalitiques par l'atrophie à hautes doses.

2. COHEN-SOLAL. — Les suppurations aiguës primitives développées dans la gaine du psoas-iliaque.

25. COR. — La tuberculose de l'ischion.

9. DAEN (Raymond). — Contribution à l'étude des injections d'alcool dans le traitement des suppurations pulmonaires et des pneumopathies aiguës.

31. DUPOUY. — La lithiase pancréatique.

33. FABREGOULE. — De la sérofloculation à la mélanine au cours du paludisme.

13. FEURTET. — Etudes sur la coprologie algérienne.

24. GARNIER. — Des appendicites pseudo-néoplasiques.

19. GARNIRON. — Conservation des œufs de quelques nématodes dans les fèces. Cas particulier d'Alger.

11. GIROD. — Le *pediculoides ventricosus*. Son rôle pathogène, sa fréquence en Algérie.

21. GROS. — Contribution à l'endocrinologie sexuelle. Le cycle génital de la chatte.

1. GUILHON. Contribution à l'étude des tumeurs malignes. Du cancer du larynx chez la femme.

20. KAMOUN. — Ptoses duodénales et duodénum mobile.

23. KHACER. — La femme indigène à la Maternité d'Alger.

6. LABATUT. — L'infiltration hématique disciforme de la cornée.

7. LATAILLADE. — Coutumes et superstitions obstétricales en Afrique du Nord.

34. (de 1935). LAVALLÉE. — Contribution à l'étude de la fièvre boutonneuse et des pseudo-typhus.

14. LECLERC. — Les ixodides ; leur importance médicale.

26. LENK. — Le phlegmon périnéphrétique antérieur.

17. LOUQUET. — L'assistance obstétricale en Algérie.

22. MANGOL. — L'ostéomalacie puerpérale en Algérie.

32. MERCIER. — Influence de la grossesse sur la denture.

4. MESGUIS. — Contribution à l'étude clinique de l'éosinophilie sanguine élevée d'origine indéterminée.

3. MIGUÈRES. — Contribution à l'étude du pneumothorax thérapeutique et de ses résultats chez l'indigène algérien musulman tuberculeux adulte.

35. (de 1935). ODRY (Mlle). — Les arthropathies syphilitiques chez l'indigène algérien.

5. ROUSSET. — Le service social en milieu indigène d'Algérie. L'œuvre de la Société de secours aux blessés militaires d'Alger.

29. VIGNARDOU. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques calcifiés.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE HANOÏ

Thèses soutenues pendant l'année 1935-1936

1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,12

DOCTORAT D'ETAT. — 3. DUONG TAN TUOI. — Lutte contre le paludisme à Tuyen-Quang (Tonkin).

10. HOANG GIA HOP. — L'anesthésie intraveineuse au numal.

2. HUYNH CONG CHIEU. — Contribution au traitement des cals des dysentériques et des colitiques tropicaux.

7. HUYNH TAN DOI. — Contribution à l'étude des syndromes abdominaux aigus au cours de l'ascaridiose.

12. LE DINH QUY. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale.

6. LE VAN CAN. — Contribution à l'étude des fractures de l'humérus.

9. NGUYEN DINH HOANG. — Contribution à l'étude des fractures isolées des apophyses transverses lombaires.

4. NGUYEN XUAN NGUYEN. — Contribution à l'étude de la mélioïdose en Indochine.

1. PHAM VAN PHAN. — Contribution à l'étude du paludisme congénital.

11. TRUONG HO LY. — Traitement chirurgical des colites chroniques par fistulisation, en particulier par l'appendicostomie.

5. VO DUY THACH. — Contribution à l'étude de la pathogénie des œdèmes dans le béribéri.

(1) Voir *Thèses de Lille*, n° 72, p. 1260. — *Thèses de Montpellier*, n° 76, p. 1321. — *Thèses de Strasbourg*, n° 76, p. 1323. — *Thèses de Marseille*, n° 77, p. 1339.

PRATIQUE MÉDICALE

LE ROLE DU BROMURÉ DE SODIUM EN THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE NEURO-PSYCHIATRIQUE ET GYNÉCOLOGIQUE (1)

Par le Dr S. CAMREDON.

A l'heure actuelle, le sédobrol représente le plus inoffensif et le plus puissant des sédatifs de l'éréthisme nerveux et des phénomènes excito-moteurs cérébro et bulbo-médullaires. C'est, par conséquent, le médicament de choix de toutes les manifestations spasmodiques des affections générales et de toutes les psychonévroses accompagnées d'excitation, d'insomnie et d'éréthisme cardiaque ou génital. Remarquablement toléré par les enfants, il doit être prescrit dans la coqueluche et la chorée, les convulsions et le faux-croup, les spasmes de la glotte et l'épilepsie. Chez l'adulte, il soulage les dyspepsies gastro-intestinales avec hyperchlorhydrie, les entérites et les hépatalgies, combat efficacement l'excitation et l'insomnie des neurasthéniques, la migraine franche ou ophtalmique, l'asthme ou la psychose d'angoisse de Freud, le tétanos et le délirium tremens, ainsi que les arythmies, tachycardies et extra-systoles d'origine psychique et l'éréthisme génital avec érections douloureuses. Chez la femme, il est indiqué contre le vaginisme, l'éclampsie, les tremblements nerveux et les vomissements réflexes de la grossesse.

Nous tenons à signaler encore une application toute récente et particulière du traitement sédobrolé à la pratique gynécologique moderne, par l'addition, à chaque tablette d'extrait de bouillon végétal concentré, achloruré et bromuré, d'une solution de folliculine titrée physiologiquement à cent unités internationales. Cette présentation réalisée dans l'oestrobrol, constitue une forme nouvelle et originale du traitement des dysovaries, en ajoutant aux avantages généraux du sédobrol, un appoint supplémentaire de folliculine active, indispensable dans tous les troubles du cycle ovarien, de la puberté à la ménopause. Elle s'adresse donc tout spécialement aux dysménorrhées et aménorrhées douloureuses, souvent compliquées de migraines, psychoses et neurasthénie ; sans oublier les cas spéciaux de castration chirurgicale ou radiothérapeutique, de diabète ovarien, d'hypoplasies utérines, etc...

LIVRES NOUVEAUX

Technique chirurgicale bucco-dentaire (2), par les docteurs CHOMPRET, DECHAUME et RICHARD.

Ce volume est destiné à servir de guide dans toutes les petites interventions courantes de la spécialité.

Les deux premières parties sont consacrées à un rappel sommaire des données anatomiques, à quelques conseils pour l'installation matérielle de la salle d'opérations et la conduite générale de toute intervention.

La troisième partie concerne les procédés courants d'anesthésie, particulièrement locale ou régionale, dont l'emploi est quotidien. De leur réussite dépend la bonne marche de l'acte opératoire.

Dans la quatrième partie, sont décrits longuement les divers procédés d'extraction (daviers, élévateurs, alvéolectomie vestibulaire) : ces interventions doivent être conduites comme de véritables opérations. Des chapitres spéciaux sont consacrés aux extractions des dents de sagesse et de celles des enfants.

(1) *Concours Médical*, Paris, n° 19, avril 1936.
(2) Un volume de 284 pages, avec 174 figures, cartonné toile. — Prix : 55 fr. — Paris, Masson et Cie.

Puis, dans la cinquième et la sixième parties, les interventions de petite chirurgie que tout stomatologiste peut être appelé à pratiquer en clientèle :

1° Sur les maxillaires : extraction de dents incluses ; curettage péri-apical ; amputation radiculaire ; greffe dentaire ; kystes, tumeurs, fractures et ostéites des maxillaires.

2° Sur les parties molles : accidents cellulaires d'origine bucco-dentaire ; diverses opérations sur la bouche et ses annexes.

La dernière partie traite de quelques interventions de chirurgie réparatrice destinées à corriger certaines affections congénitales ou acquises.

L. G.

La nature et ses merveilles. T. S. . Homéopathie. Autosuggestion. Radiesthésie, etc. (1), par Georges LAKHOVSKY.

La situation juridique de l'infirmière (2), par C. CAILLOL-BORGEAUD, avocat au Barreau de Marseille.

Hypnotisme et scopochloralose (3), par le docteur Pascal BROTTEAUX.

Faculté de médecine de Paris. — LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — Le professeur Robert Debré, assisté du docteur Henri Bonnet, chef des travaux, fera, avec la collaboration de plusieurs professeurs, un cours complémentaire de bactériologie pendant les mois de décembre 1936, janvier, février et mars 1937. Ce cours commencera le lundi 14 décembre 1936, à 14 heures, et continuera les mardis, mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Il s'adresse aux médecins, aux internes des hôpitaux, aux étudiants en fin de scolarité. Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations. Le programme complet sera publié ultérieurement. Les inscriptions sont reçues dès maintenant au laboratoire.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 19 octobre. — Jury : MM. Fiessinger, président ; Lemierre, Moreau, Troisier. — M. JUILLE. Les lésions spléno-hépatiques au cours de l'endocardite maligne. — M. VEDEL. Les bacilles Suipestifer européen et Suipestifer américain.

Mardi 20 octobre. — Jury : MM. Roussy, président ; Pierre Duval, Jeannin, Mocquot. — M. SAILLANT. Etude du traitement radiothérapique des fibromes de l'utérus. — M. FAGARD. Etude de la thérapeutique des maladies infectieuses. — M. ESQUIROL. L'hystérectomie vaginale par section première des ligaments utéro-sacrés. — M. CAMELOT. La sténose hypertrophique du cardia.

Jeudi 22 octobre. — Jury : MM. Tanon, président ; Huguenin, Joannon, Richet. — M. DRUVÉ. Etude du mécanisme de la cutiréaction à la tuberculine. — M. DUPUIS. Traitement des péritonites tuberculeuses. — M. PITAT. Prophylaxie de la lèpre à la Guadeloupe.

Samedi 24 octobre. — Jury : MM Bezançon, président ; Carnot, Gougerot, Chabrol. — M. RUBINSTEIN. Rôle des facteurs sociaux et moraux dans la bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel. — M. MERCADIER. Etude de l'ulcère gastro-duodénal chez les gens âgés. — M. COQUELIN. Les maladies professionnelles des dentistes.

(1) Un volume de 216 pages, broché. — Prix : 15 fr. — Paris, Hachette.
(2) Un volume (25×16,5), 320 pages, 1936. — Prix : 10 fr. — Paris, Vigot frères.
(3) In-8 de 64 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟL
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René Vincent
Iodogénol Pépin
Artério-Sclérose
Lymphatisme
Arthritisme
PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine)

N° 86. — MERCREDI 28 OCTOBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours pour la nomination aux deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mercredi 25 novembre 1936, à 8 h. 30, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (salle des Commissions).

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du lundi 26 octobre au mercredi 4 novembre inclusivement (dimanches et fêtes exceptés.).

Guerre. — M. le médecin colonel R. de Gaulejac (de Reims) est désigné comme président de commission de réforme de la Seine.

M. le médecin lieutenant-colonel Moy (de la Seine) est affecté à la direction de la 11e région.

MM. les médecins commandants Rey (de la Seine), est affecté à l'hospice mixte de Reims ; médecin chef de Chaisemartin (de Joinville), est affecté à l'Ecole d'Application de Saumur ; Cier (du 24e R. I.), est affecté au recrutement de la Seine ; Chavialle (du 5e R. I.), est affecté à Joinville ; Chantriot (Levant), est affecté au 24e R. I.

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille d'or* (à titre posthume) : M. le médecin lieutenant Jacob (Tunisie).

Médaille d'orgent : M. le médecin commandant Sauvez (Amiens) ; M. le médecin lieutenant Flottes (Avignon).

Médaille de bronze : MM. les médecins auxiliaires Breffel (Haguenau), Chopard (Toul), Merlin (Lunéville).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Ch. S. Banzet, chirurgien de l'hôpital-école des Peupliers, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris. Nous prions son fils, le Dr Paul Banzet, chirurgien des hôpitaux de Paris, d'agréer l'expression de nos condoléances très vives.

— On annonce la mort du médecin colonel en retraite A. Kraus, décédé à Lyon. L'inhumation a eu lieu à Wissembourg (Haut-Rhin). — Du docteur Alfred Riff, à Strasbourg. — Du Dr Roumaillac (à Captieux.) — Sir Alfred Keogh, ancien directeur général du Service sanitaire militaire britannique.

COURS ET CONFÉRENCES

Faculté de médecine. de Paris. — Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. — Asile clinique, 1, rue Cabanis (14e). — Professeur M. Henri Claude.

M. le professeur Henri Caude commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la clinique le mercredi 18 novembre 1936, à 10 h. 30, et continuera son enseignement les dimanches et mercredis suivants, à la même heure.

Le mercredi, à 10 h. 30 : leçon polyclinique avec présentation de malades.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Hôpital Saint-Louis). — M. le professeur H. Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses cliniques le mercredi 4 novembre 1936, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte, et les continuera les mardis matins, à 11 heures, à l'amphithéâtre Louis-Brocq, de la clinique, et les mercredis soirs, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte.

Clinique des maladies infectieuses (Hôpital Claude-Bernard, porte d'Aubervilliers). — M. le professeur A. Lemierre fera sa première leçon clinique le jeudi 19 no-

vembre, à 10 h. 30, et continuera son cours les jeudis suivants, à la même heure.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ (Hôpital Cochin). — M. le professeur Ch. LENORMANT commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 10 novembre 1936, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

CLINIQUE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE DE L'ADULTE (Hôpital Cochin). — M. le professeur Paul MATHIEU commencera son cours le mercredi 4 novembre 1936, à 11 heures, à l'hôpital Cochin, et le continuera les vendredis et mercredis matins suivants.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — M. le professeur NOBÉCOURT commencera le cours de clinique médicale des enfants le mercredi 4 novembre 1936, à 9 heures.

COURS DE MÉDECINE LÉGALE. — M. le professeur HUGUENEY, de la Faculté de droit, commencera son cours le samedi 14 novembre 1936, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médlcine ; le cours aura lieu tous les samedis de novembre et décembre. Sujet du cours : Législation et jurisprudence médicales.

COURS DE MÉDECINE LÉGALE. — M. PIÉDELIÈVRE, agrégé, commencera son cours le lundi 4 janvier 1937, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; le cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis de janvier et février. Sujet du cours : Morts suspectes ; Phénomènes cadavériques ; Asphyxies mécaniques ; Asphyxies par les gaz et les vapeurs ; Empoisonnements.

Le 3e Congrès international de lutte scientifique et sociale contre le cancer aura lieu à New-York au mois de septembre 1939.

Le Congrès de l'Union thérapeutique aura lieu à Berne en 1937 (Pentecôte), sous la présidence du professeur Bürgi.

Société Royale de Médecine de Gand. — La Société Royale de Médecine de Gand a repris pour son propre compte la publication de ses Annales.

Autant que possible, chaque fascicule aura pour objet un problème médical bien déterminé. Il sera fait appel aux personnalités belges et étrangères les plus qualifiées.

Le premier numéro compte 120 pages, est essentiellement consacré à la scarlatine. Le sommaire comprend :

1. Idées actuelles au sujet de la scarlatine, par le docteur P. de Bersaques, de Gand ; mise au point d'après les travaux les plus récents parus dans tous les pays.
2. Scarlatine, réaction de Dick, immunisations active et passive, par le professeur Debré et les docteurs Lamy et Bonnet (de Paris). Etude très minutieuse et très complète d'une question de haute actualité.
3. Au sujet de la scarlatine et de son traitement au moyen du sérum curatif, par le professeur Momsen (de Bonn). Historique et clinique de la question ; celle-ci basée sur une très importante expérience personnelle. Document de premier ordre et de valeur inestimable pour le médecin praticien.
4. La prophylaxie de la scarlatine par les sérums de convalescents, par le docteur Stillmunkès, de Toulouse. D'une manière très précise et très complète sont exposés les résultats impressionnants obtenus par le Centre prophylactique de Toulouse.
5. A propos d'une épidémie de scarlatine qui a sévi à Gand d'août 1931 à décembre 1934, par le docteur J. Bayart (Gand). Etude statistique et clinique résultant de l'observation minutieuse d'une épidémie de scarlatine.

Enfin un sixième article par le docteur Jacq, Spaey (Gand), où est étudiée la biochimie des suites opératoires, ouvre des horizons nouveaux dans un domaine très obscur.

Le second numéro sera consacré aux hormones sexuelles féminines et contiendra des articles du professeur Courier (Alger), du docteur Kaufmann (Berlin), et du docteur Laemmer (Paris). Il comprendra aussi un article du docteur Atkinson (de Londres), sur l'acromégalie, et du professeur Charvat (de Prague), sur les surrénales.

Pour tous renseignements, l'on peut s'adresser au secrétaire de la Société : docteur P. de Bersaques, rue de la Croix, 6, Gand.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS

Le Comité de l'*Association Corporative des étudiants en médecine de Paris* adresse, en ce début d'année scolaire, un pressant appel aux médecins ayant des fils étudiants en médecine à Paris, et leur demande de les faire inscrire à l'*Association Corporative* comme membres actifs.

Le jeune étudiant peut, en arrivant au Quartier Latin, ignorer quelle est l'association utile pour celui qui a l'intention de faire des études sérieuses et vraiment médicales ; il peut également ignorer les services rendus par l'*Association Corporative* à la cause de la profession médicale : et ceux-ci ne sont pas des moindres.

Mais le praticien qui se tient au contact de ses associations professionnelles et qui lit les journaux médicaux, n'ignore pas le rôle joué par l'*Association Corporative des étudiants en médecine de Paris*, dans les campagnes tenaces menées depuis la guerre pour la réforme des études médicales et contre l'invasion médicale étrangère.

Le Praticien n'ignore pas que le grade de médecin auxiliaire dans l'armée qui devait disparaître en 1933, a été maintenu, grâce aux incessantes interventions de l'*Association Corporative.*

Tous les médecins français savent que c'est l'*Association Corporative* qui, la première, a jeté le cri d'alarme en 1935 contre l'ébauche du projet de loi Pomaret ; ils savent aussi avec quel verdeur de termes, l'*Association Corporative* a dénoncé en juin 1936 dans la presse, dans les milieux médicaux, et dans les couloirs du Parlement, l'ébauche du dit projet, devenue la proposition de loi Pomaret.

Les médecins savent enfin que, de tout temps, l'*Association Corporative* s'est essentiellement préoccupée, dans ce qu'on peut appeler sa politique intérieure, de la formation médicale de ses adhérents ; à cet effet, elle dirige ceux-ci sur les services hospitaliers, où elle compte des amis dans le personnel enseignant, et elle organise à leur intention des conférences très suivies pour la préparation de l'externat et de l'internat des hôpitaux.

Il sera donc facile aux médecins, dans un but de juste camaraderie, d'envoyer leurs fils à l'*Association Corporative des étudiants en Médecine de Paris*, où ceux-ci trouveront, parmi les *Anciens*, des camarades prêts à les guider dans leurs études.

Prière de s'adresser au siège social, 8, rue Dante, Paris (5e).

Le délégué permanent de l'A.C.E.M. :
MAURICE MORDAGNE.

SUR LA CHIRURGIE DES DIABÉTIQUES (1)

Par M. le Professeur René LERICHE

1° Nos rapporteurs au Congrès de Chirurgie ont délibérément laissé de côté la question de la *chirurgie du diabète lui-même*. J'ai cependant conseillé à Fontaine de vous communiquer les recherches expérimentales qu'il a faites à ce sujet. Il vous les dira demain. Elles apportent sur ce thème encore théorique des précisions intéressantes et modifient la position actuelle du problème.

Pour moi, je pense que si l'on veut essayer de traiter le diabète lui-même, c'est par la voie vaso-motrice que l'on a le plus de chance de rénover les îlots. Anatomo-pathologiquement, ceux-ci sont très peu lésés dans un grand nombre de cas, et cependant ils sont insuffisants fonctionnellement. Il est probable que si l'on augmentait leur vascularisation, on les rendrait plus agissants, comme cela se voit pour les parathyroïdes. C'est, je crois, dans ce sens qu'il faudrait faire effort, désormais, expérimentalement.

***

2° Je voudrais en second lieu dire quelques mots au sujet de la *chirurgie générale chez les diabétiques*. Autant elle était aléatoire autrefois, autant, depuis l'insuline, elle est rentrée dans le plan de la chirurgie chez les non-diabétiques. S'il s'agit de chirurgie à froid, la préparation par le régime et par l'insuline, la continuation du traitement insuliné après l'opération, suppriment à peu près tout risque spécial. Mais je pense comme M. Chabanier qu'*il faut se guider sur la glycémie*, et non pas seulement sur l'examen des urines. J'ai vu trop de malades non glycosuriques être cependant hyperglycémiques, pour ne pas me méfier du seul examen des urines. A la Clinique de Strasbourg, où les diabétiques latents sont très fréquents parce qu'en Alsace, les diabétiques sont nombreux, nous ne marchons que sous couvert de l'examen du sang : je crois que cela nous évite bien des surprises.

Avant l'intervention, nous faisons toujours de l'insuline une heure ou deux avant l'opération, et une autre injection quelques heures après, avec évidemment administration de sérum glucosé.

L'insuline est continuée pendant toute la phase postopératoire, en adaptant les doses aux données conjuguées du sang et des urines.

Si l'intervention est urgente, nous faisons une glycémie, et nous donnons de fortes doses d'insuline avant de commencer, 60 à 80 unités d'habitude, puis nous opérons et continuons le traitement insulinique sur les données de l'examen du sang.

Au point de vue chirurgical pur, je ne fais prendre aucune précaution spéciale, sinon la suivante : quand le malade est obèse, je ne couds pas la peau, je la tamponne à plat. Par exemple, dans les hernies ombilicales étranglées des femmes obèses, qui sont fréquentes, je ferme le péritoine au catgut et je suture au crin l'aponévrose après omphalectomie ; je ne mets rien sur la peau. La dernière que j'ai opérée était énorme chez une femme de 145 kgs. Grâce à cela, je crois, tout s'est passé avec une extrême simplicité. De même dans les appendicectomies, à froid ou à chaud.

J'ai l'impression que l'absence de sutures cutanées augmente beaucoup la marge de sécurité, sans allonger notablement la période postopératoire. Pour ce qui est des hernies ombilicales étranglées, maladie sévère, cela réduit beaucoup la mortalité, même chez les non diabétiques.

***

3° J'en viens maintenant au traitement des *complications infectieuses du diabète*.

A ce sujet, je voudrais faire deux réflexions :

1° La première, qui rejoint une opinion déjà exposée par M. Auburtin, et à laquelle M. Mauriac faisait allusion tout à l'heure, c'est que l'*infection, le mauvais drainage, le sphacèle, produisent une insulino-résistance qui cesse, si l'on draine bien le foyer*, qui tue le malade si on ne le découvre pas à temps. Je dirai même plus : j'ai l'impression que le diabétique qui fait une complication infectieuse, *paraît*, tant qu'il n'est pas drainé, *avoir un diabète bien plus grave que celui qu'il a en réalité*. L'infection n'aggrave pas que la condition générale du malade. *Elle renforce sa maladie*. Si on arrête l'infection, le diabète redevient bénin.

Toujours est-il qu'à cause de cette aggravation du diabète par l'infection, qu'à cause de l'insulino-résistance créée par un mauvais drainage, je suis d'avis que chez les diabétiques, si l'on intervient, il faut d'emblée jouer le grand jeu. Au lieu de se borner à ouvrir en croix les anthrax, il faut les exciser largement d'emblée, non au thermo-cautère qui est un bien médiocre instrument de chirurgie, mais au bistouri. Un peu de chlorure d'éthyle suffit comme anesthésique. Il faut dépasser la zone d'induration, exciser le fond sphacélique et ne pas laisser l'amorce de décollement et de fusées dans les interstices musculaires.

Pour les abcès des membres, il ne faut pas se contenter d'un petit trou et d'un drain : il faut d'emblée, et du premier coup, mettre à plat en excisant ce qui est nécessaire pour cela. Toutefois, je voudrais faire une remarque au sujet des tendons. L'infection chez les diabétiques est surtout une infection du tissu cellulaire, d'emblée à type nécrotique. Les gaines tendineuses ne sont pas primitivement envahies, mais les tendons ont une vie fragile, et très vite, ils se nécrosent. Quand on intervient, il est souvent utile de les exciser. Mais, il ne faut pas les laisser se rétracter. Sinon ils portent ailleurs l'infection, notamment pour les infections des orteils. Dans ce dernier cas, si on a laissé filer le bout supérieur d'un fléchisseur plantaire, au bout de quelques jours la température remonte, l'état général décline, l'hyperglycémie augmente. Et cela conduit à une amputation qui accélère la catastrophe. En fait, tout n'a été causé que par une fusée purulente le long du canal plantaire, dont il eût été facile de prévenir l'éventualité, en fixant le

(1) Communication au Congrès de Chirurgie, octobre 1936.

tendon par un fil non résorbable à la peau, au lieu où il est normalement. Il n'y a pas dans ces questions de petits détails de technique. Celui que j'indique peut sauver la vie à certains diabétiques.

Pour les lymphangites, ce qui fait le mieux d'après ce que j'ai vu, c'est l'injection intra-artérielle de mercurochrome (solution aqueuse, 5 centimètres cubes). Il arrive souvent qu'en quelques heures tout a rétrocédé. Je suis fidèle à cette méthode depuis cinq ans. Par contre, j'ai trouvé les vaccins sans action.

2° La seconde remarque que je voudrais faire est la suivante : *chez les diabétiques à accidents gangréneux, il y a deux catégories très différentes de malades ;* les uns ont des *artères saines* et guérissent par de simples traitements locaux, avec insuline évidemment, sans qu'il soit nécessaire d'amputer. Les autres ont des *lésions artérielles* et doivent être traités, sous couvert d'insulinothérapie, comme des artéritiques.

Ces deux ordres de diabétiques doivent être distingués, et chaque cas particulier doit être analysé à ce point de vue. C'est très important pour la thérapeutique.

Dans les premières années de ma vie strasbourgeoise, Léon Blum, dont le nom doit être rappelé toutes les fois que l'on parle d'insulinothérapie et de diabète, avait fait de sa clinique un immense centre d'études du diabète. Il me confiait souvent ceux de ses malades qui avaient besoin de secours chirurgicaux. Et, peu à peu, je me suis rendu compte de ce dont je vous parle. Je vis à ma grande surprise que, contrairement à ce que l'on m'avait enseigné, et à ce que je faisais antérieurement, beaucoup de diabétiques, si l'on était dans la nécessité de les amputer, pouvaient être amputés bas, plus bas que les artéritiques à gangrène. Je me souviens notamment du cas d'un industriel du Doubs, arrivé avec des accidents gangréneux de l'avant-pied, ayant des oscillations normales, un pouls normal, malgré ses 67 ans, et pour lequel je me contentai de faire un Syme. Il guérit très bien. Quatre ans plus tard, des accidents identiques apparurent à l'autre pied. Je fis une seconde désarticulation de Syme, et cet homme guérit encore parfaitement, par seconde insertion évidemment, mais sans histoire.

Depuis lors, je suis devenu très conservateur, au prix d'incisions et d'excisions très larges, chaque fois que le pouls et les oscillations sont conservés. J'ai longtemps conservé un doute sur l'intégrité des artères périphériques chez ces malades. Je pensais que leurs gangrènes étaient conditionnées par des oblitérations artérielles périphériques. Mais dans ces dernières années, l'artériographie m'a montré qu'il n'en était rien, et que nombre de diabétiques (je ne donne pas de proportion — cela va de soi), avaient des artères perméables de bout en bout. Fontaine pourrait vous apporter à ce sujet des films artériographiques très démonstratifs. Il en a toute une collection. Et la preuve me paraît ainsi faite que des infections gangréneuses peuvent apparaître dans les tissus d'un diabétique, sans inoculation extrinsèque apparente, et avec une circulation normale.

Aussi avons-nous adopté à la Clinique Chirurgicale A, la conduite suivante :

Pour tout diabétique arrivant avec des accidents infectieux, examen immédiat du sang (des urines aussi, évidemment) et étude du pouls périphérique et des oscillations au Pachon avant toute décision.

Si la circulation est satisfaisante, on se borne à une large mise à plat sous anesthésie au chlorure d'éthyle, en prenant vis-à-vis des tendons les précautions plus haut indiquées. Pas d'amputation immédiate, surtout au niveau des orteils. Pour ceux-ci, un simple nettoyage aux ciseaux des phlyctènes et des débris sphacéliques, avec extrême douceur, avec le traumatisme minimum, car traumatiser c'est provoquer à peu près fatalement une poussée lymphangitique. Comme pansement, goutte à goutte de solution de Dakin, deux fois par jour, pendant une demi-heure. Les diabétiques supportent mal l'irrigation continue à la façon de Carrel, mais le goutte à goutte d'hypochlorite, l'ampoule contenant le liquide étant mise à 50 ou 60 cm. de la plaie, a un pouvoir détersif extraordinaire. Entre temps, pansement sec ou humide suivant les cas. Des glycémies sont répétées les jours suivants et on se conduit suivant leurs indications. On sauve ainsi bien des pieds compromis.

Si, au contraire, il y a des lésions artérielles après étude artériographique du dispositif circulatoire, tout dépend de l'étendue de la gangrène. Je voudrais vous faire remarquer qu'absence d'oscillations ne veut pas dire nutrition menacée et qu'il est trompeur de se guider sur les oscillations pour décider d'une amputation. J'ai montré depuis des années, d'après des pièces de dissection, et l'artériographe a confirmé cette constatation — que, très souvent — des collatérales remplissent à contre-courant le tronc principal au-dessus de la zone oblitérée et assurent ainsi une bonne vascularisation mais non rythmée et sans oscillation.

Si le trouble trophique est limité à un orteil, je n'y touche pas. Je fais du goutte à goutte d'hypochlorite. S'il y a lieu, si le malade souffre, au bout de quelques jours de désinfection et d'insuline, je fais une *sympathectomie périartérielle* ou une *artériectomie* sympathectomie périartérielle si la fémorale est perméable, artériectomie dans le cas contraire. J'ai ainsi d'excellents résultats.

En principe, pas d'intervention sur le sympathique lombaire. Cependant, si l'individu est maigre, en bon état général, si les conditions sont favorables, il m'est arrivé d'enlever la chaîne lombaire. Actuellement, je préférerai couper les splanchniques, ce qui agirait tout à la fois sur la surrénale et sur la circulation du membre inférieur.

Quand il y a contre-indication à l'intervention, ou si les troubles sont peu marqués, s'il y a artérite sans gangrène, je me borne à l'*infiltration novocaïnique du sympathique lombaire.* M. Chabanier m'a envoyé, il y a deux ans, un obèse, diabétique, artéritique, sans gangrène, sans troubles trophiques, mais avec douleurs et claudication intermittente. Au lieu de l'opérer, je lui ai infiltré le sympathique lombaire à droite et à gauche, et j'ai répété l'infiltration tous les 2 mois à peu près. Cela a suffi pour maintenir les deux jambes en bon état, et pour rendre les malaises très tolérables. Cet homme est un industriel actif qui poursuit presque normalement sa vie d'affaires. Chez ce malade, il m'est arrivé, il y a deux mois, une histoire qui mérite d'être rapportée ici. Dans le mois

d'août, ce malade vint, comme il fait tous les deux mois, à Strasbourg, pour me demander une infiltration. Le premier soir, je lui infiltrai le côté droit. Le lendemain matin, le sympathique lombaire gauche, à hauteur de L1. L'injection se passa sans incident. Mais, quand il voulut se lever, il s'effondra. Je l'étendis sur un lit, persuadé que j'avais dû injecter la novocaïne dans le canal rachidien et fait une anesthésie lombaire involontaire. Mais, tandis que je lui expliquai qu'il fallait rester tranquille, pendant une heure ou deux, la parésie s'étendit au thorax, aux membres supérieurs, et bientôt je vis le malade marmonner, me parler sans que le moindre son soit émis. Il était rose, frais, avec un bon pouls. Les lèvres remuaient, la langue était parétique. La conscience était intacte. Cela me fit penser à un coup d'hypoglycémie que j'attribuai à l'action de la novocaïne sur le splanchnique. Je fis aussitôt prendre un petit morceau de sucre, et en quelques instants tout malaise disparut. Le malade put se lever et partir une heure plus tard. Sa femme, à laquelle j'avais expliqué ce que je croyais, m'apprit alors que depuis quelques semaines sa nutrition avait été bien équilibrée par M. Chabanier que déjà 2 ou 3 fois l'insuline lui avait donné de petits accidents d'hypoglycémie ayant nécessité l'administration de sucre.

L'infiltration du sympathique à hauteur de L1 permet donc d'influencer la glycorégulation, comme l'a vu autrefois Kappis, et comme le dit Pende.

J'en reviens aux accidents artéritiques du diabétique.

S'il y a gangrène extensive, même humide, je n'ampute jamais d'urgence. Je crois que les amputations de cuisse d'urgence ont dans ces cas une haute mortalité, parce que même en augmentant haut, on coupe à travers des lymphatiques infectés, et que l'on provoque ainsi des poussées lymphangitiques profondes, qui emportent le malade après 1 jour ou 2 d'amélioration. Je m'efforce de désinfecter les lésions locales, et j'injecte du mercurochrome dans la fémorale. Si le malade souffre, je fais précéder l'injection intra-artérielle de mercurochrome d'une injection de 5 centimètres cubes de novocaïne sans adrénaline, à 1 %. Cela soulage presque toujours immédiatement et pour plusieurs heures.

En répétant ces injections chaque jour, en mettant des pansements humides, j'arrive souvent à abaisser la température, à localiser l'infection, et je n'ampute que tardivement. J'ai l'impression que la mortalité diminue ainsi considérablement. Dans des cas où l'infection s'accompagnait d'une adénite du triangle de Scarpa, et où un cordon lymphangitique superficiel persistait, j'ai parfois, avant d'amputer, disséqué les ganglions du haut en bas, et enlevé avec eux tout le trajet lymphangitique visible (peau comprise), puis fait l'amputation. Les malades ont guéri.

Je ne vous apporte aucun chiffre. Mes observations très nombreuses sont tellement disparates qu'une statistique serait la chose la plus arbitraire du monde. J'ai cru préférable de vous indiquer les directives qui me guident actuellement, après bien des tâtonnements, et avec l'expérience d'un assez grand nombre de cas.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

XVIIIe Réunion annuelle — Paris, 9 octobre 1936

C'est devant un amphithéâtre comble que le professeur Sorrel a ouvert la séance de la réunion annuelle de la Société française d'orthopédie. On aurait pu craindre, après les Journées orthopédiques de Turin et le Congrès international de Bologne et Rome, que les membres étrangers ne vinssent pas. Ils vinrent nombreux et de fort loin. C'est un hommage rendu à l'activité de notre Société, dont nous devons les remercier.

1re QUESTION. — LE SPONDYLOLISTHÉSIS. — Rapporteur : M. GUILLERMINET (Lyon)

Le spondylolisthésis est le glissement d'une vertèbre sur la vertèbre sous-jacente. En pratique, on a en vue le glissement de la 5e lombaire sur le sacrum, qui est incomparablement le siège le plus fréquent.

Considéré comme rare et l'apanage de la femme, chez laquelle il est une cause de dystocie, il a fait depuis 20 ans l'objet de nombreux travaux qui ont montré sa fréquence relative et son existence chez l'homme, avec même une prédominance sur le sexe féminin.

La pathogénie du spondylolisthésis est très discutée.

La 5e lombaire est retenue sur la pente très inclinée du sacrum par l'accrochage de ses apophyses articulaires inférieures sur les articulations du sacrum. On ne conçoit de déplacement que si les apophyses articulaires de la 5e lombaire sont détruites ou si elles sont désolidarisées du corps vertébral. Ces apophyses inférieures sont situées sur un plan postérieur aux articulaires supérieures de la 5e lombaire, et entre les deux se trouve une portion de l'arc postérieur : l'isthme. Cet isthme est de manière fréquente le siège d'une fissuration.

Cette non-union des deux parties de l'arc postérieur est un arrêt de développement qui constitue la spondylolyse. Celle-ci peut être uni ou bilatérale. La spondylolyse bilatérale partage la vertèbre en deux moitiés qui ne sont plus solidaires. Le glissement du corps vertébral en avant est possible. La spondylolyse est retrouvée fréquemment sur les pièces sèches (de 2 à 5 p. 100). Des travaux récents (Willis-Turner) ont montré la possibilité de son origine congénitale. Mais est-elle toujours congénitale ? Ne peut-elle être d'origine traumatique ? Question importante, car beaucoup de spondylolisthésis voient leurs symptômes débuter après un traumatisme, un accident du travail. On a rapporté quelques exemples de fracture de l'isthme, mais presque toujours lors de gros traumatismes avec délabrements étendus du rachis. Dans les cas de traumatismes légers, on est obligé d'admette une prédisposition par faiblesse congénitale de l'isthme.

La spondylolyse congénitale semble donc bien l'origine du spondylolisthésis.

Les signes se manifestent en général à l'âge adulte (25 à 50 ans), mais aussi à l'adolescence ou même chez l'enfant (5 ans).

D'une manière habituelle mais non constante, ces premiers signes apparaissent à l'occasion d'un traumatisme. Celui-ci est d'ordinaire minime (chute sur le siège ou les genoux) ; par exception, il est violent (chute d'un lieu élevé, hyperflexion ou hypertension brusque par lourd fardeau, etc.). Dans d'autres cas, il y a des traumatismes répétés résultant de la profession (portefaix, débardeurs, etc.).

Le symptôme primordial est la douleur. Son intensité contraste souvent avec le vague de la localisation. Elle siège habituellement à la région lombo-sacrée, aux fesses, partie postérieure des cuisses, mais peut s'étendre à l'abdomen, pelvis, affecte le type de névralgie sciatique, crurale, fémoro-cutanée. Elle s'exagère par la station debout, les secousses, le port de fardeaux. La station assise et même

le décubitus ne la soulagent pas toujours. Tout travail devient impossible.

L'aspect du malade est caractéristique : le tronc est tassé, raccourci. La région sacro-lombaire présente une dépression verticale profonde, entre la saillie des masses sacro-lombaires contracturées se terminant en bas par un brusque coude et une plate-forme représentée par la base saillante du sacrum. L'évolution est variable. Certains cas restent latents et ne sont pas progressifs. D'autres, au contraire, deviennent spontanément, ou à la suite d'un trauma, rapidement douloureux.

Le diagnostic est avant tout radiographique. Bien des cas légers échappent à l'examen clinique. La radiographie de face montre la superposition de l'ombre du corps de la 5e lombaire sur la base du sacrum sous la forme d'un chapeau de gendarme inversé. Mais cet aspect n'a pas une valeur absolue. Elle se retrouve dans les lordoses très marquées. La spondylolyse est parfois, pas toujours, visible sur le cliché de face, sous forme d'une ligne blanche dans le pédicule. La radiographie de profil, seule, est décisive. Le glissement en avant est certain toutes les fois que la perpendiculaire menée sur la base sacrée à sa partie antérieure coupe le corps de la 5e lombaire. La radiographie de profil, ou mieux de trois quarts, montre la spondylolyse, qu'il faut chercher sous des incidences variées.

La pathogénie de l'affection est discutée. Le rapporteur montre la nécessité de la rupture de l'isthme pour sa production. Le point discuté est la possibilité de cette rupture par traumatisme sur un pédicule sain. Il conclut que le traumatisme ne fait que rendre évident un glissement qui existait déjà auparavant. Ce sont des spondylolisthésis congénitaux révélés par une violence quelconque.

Le traitement est orthopédique ou chirurgical. Certains auteurs (J. Gourdon, Rœderer) se sont faits les défenseurs du traitement orthopédique : repos avec extension continue pour relâcher la musculature, puis reposition par action de deux sangles, une antérieure abdominale, une postérieure sacrée, ensuite corset plâtré. On a pu obtenir ainsi des améliorations certaines.

Le traitement chirurgical peut être effectué de deux façons. Dans la grande majorité des cas, on s'est contenté de solidariser l'arc postérieur de la 5e lombaire, détaché et mobile à la main, sur le sujet endormi (Lance) avec les arcs postérieurs du sacrum et des vertèbres sus-jacentes par greffe d'Albee, double greffon latéral dans les gouttières, ou arthrodèses de Hibbs. Cette opération, illogique en soi (Azéma), si elle décharge le corps de la 5e lombaire d'une partie du poids du rachis sus-jacent, laisse une possibilité au glissement de continuer.

Les opérations logiques et efficaces visent à solidariser le corps de la 5e lombaire au sacrum ou à la partie postérieure de l'aile iliaque. L'arthrodèse de la 5e lombaire au sacrum par voie abdominale, proposée par R. Capener, a été exécutée avec succès par Burnes (Londres). En France, Lance et Aurousseau ont exécuté une arthrodèse ilio-transversaire en interposant un greffon iliaque entre l'aile iliaque et la base sectionnée des apophyses transverses de la 4e et la 5e lombaires. P. Mathieu et Demirleau ont perfectionné la technique de cette arthrodèse en employant un greffon tibial implanté dans l'apophyse transverse de la 5e lombaire à travers l'aile iliaque.

Le rapporteur discute les indications du traitement chirurgical et le choix des méthodes. La greffe d'Albee donne 75 p. 100 de succès. Elle semble suffisante dans les cas peu avancés. Dans les cas graves, l'arthrodèse antérieure ou ilio-transversaire semble préférable.

Un tableau réunissant 17 observations de cas opérés inédits termine cet excellent travail.

Discussion. — Le professeur MATHIEU insiste sur deux points : 1° il existe des spondylolisthésis en dehors de tout traumatisme ; 2° l'intervention est surtout indiquée chez les jeunes femmes qui ne supportent pas le corset.

M. GLORIEUX (Bruxelles). La spondylolyse est une lésion fréquente, 4 à 6 p. 100 sur les pièces anatomiques d'adultes. Elle semble plus rare chez le nouveau-né. Ily aurait donc des cas acquis. Il projette les radiographies de nombreux cas de spondylolyse sans glissement. Dans le spondylolisthésis, il critique le schéma d'Ulman et propose un repère anatomique basé sur la projection d'une sur l'autre des deux parties de l'arc postérieur rompu visible sur les épreuves de face.

M. RŒDERER (Paris) montre le rôle que le spondylolisthésis peut jouer dans la scoliose. Il discute les données du traitement et se déclare partisan du traitement orthopédique, réservant les interventions aux cas qui restent douloureux ou à marche rapide.

M. GRAFFIN (Paris) apporte trois cas de Sp. opérés par greffe d'Albee et deux cas de scoliose douloureuse avec spondylolyse.

M. FRŒLICH (Nancy) a eu à soigner sept spondylolisthésis. Trois ont été opérés, avec deux bons résultats et un échec complet. Quatre ont subi le traitement orthopédique avec trois succès et un échec chez une névropathe.

M. G. HUC (Paris) montre que les descriptions de bascule du sacrum (sacrum vertical, ou horizontal) ne correspondent pas aux faits. Le sacrum est solidaire du bassin. C'est ce dernier qui bascule. Il indique des points de repère qui permettent, soit sur le malade, soit sur une radio de profil, de mesurer cette bascule.

Il insiste sur les difficultés d'apprécier les anomalies de la 5e lombaire comparativement à un type normal qui n'existe pas.

M. SIMOVITCH (Belgrade) montre le résultat éloigné de 2 spondylolisthésis opérés par opération d'Albee avec succès.

2e QUESTION. — LE TRAITEMENT DES CALS VICIEUX DU COU-DE-PIED. — Rapporteur : M. PADOVANI (Paris)

Le rapporteur limite son étude aux fractures malléolaires ou mortaisiennes, et exclut les fractures isolées de l'astragale.

Il expose d'abord les caractères anatomophysiologiques des cas vicieux.

La statique du pied peut être troublée soit par une déformation de la mortaise (fracture des malléoles, diastasis tibiopéronier, fragment marginal postérieur ou antérieur), ou une déviation de l'axe par luxation du pied.

1° *Dans les fractures mortaisiennes*, la déviation la plus fréquente est le valgus du pied (fracture de Dupuytren type ou basse, fracture bigérienne, fracture isolée du péroné, distasis tibio-péronier primitif marqué ou léger).

La déviation du pied en arrière par fragment marginal postérieur vient ensuite. Plus rares sont les déviations en avant ou en dedans.

2° Les *fractures sus-malléolaires*, modifiant la statique du pied par angulation antérieure ou latérale.

3° Les déviations par décollements épiphysaires de l'enfance s'adaptent en général du fait de la croissance.

4° Les fractures complexes du pilon tibial se terminent en général par ankylose.

Ces troubles de la statique amènent des processus variés d'ostéoporose et d'hyperostose avec arthrite chronique déformante et tendance à l'ankylose. Le rapporteur remarque que ce n'est pas toujours la tibio-tarsienne qui est douloureuse, mais parfois, du fait de la déviation des axes, ce sont les sous-astragalienne et médio-tarsienne qui sont le siège des tiraillements douloureux.

L'examen du malade comporte l'étude de la déformation et des troubles fonctionnels. Le rapporteur insiste sur le rôle capital de la radiographie, l'étude des petits déplace-

ments, en particulier le diastasis nécessite la comparaison avec une épreuve du côté sain.

L'origine de ces déformations est variée : 1° absence de réduction primitive ; 2° reproduction du déplacement dans le plâtre ; 3° déformation tardive lors des premiers essais de marche, conséquence d'une trop brève immobilisation ou déficience de l'état général.

Le *traitement prophylactique* des cals vicieux du cou-de-pied réside dans une réduction aussi précoce que possible, vérification radiologique immédiate et répétée ; enfin, longue immobilisation.

Le *traitement chirurgical* se propose : 1° de rétablir la concordance des axes ; 2° d'atténuer les phénomènes douloureux ; 3° de restaurer dans la mesure du possible la forme de la mortaise ; 4° de conserver si possible les mouvement articulaires.

Les ostéotomies dans les foyers de fracture avec réduction exacte de la déviation sont les méthodes les plus rationnelles.

Le rapporteur étudie successivement la technique de l'ostéotomie des malléoles, du fragment tibial postérieur, et le traitement du diastasis.

1° L'ostéotomie isolée du péroné suffit à réduire un valgus léger sans diastasis. L'*ostéotomie des deux malléoles* est habituelle. L'intervention sur le fragment marginal postérieur est souvent inutile, ce fragment étant d'ordinaire solidaire d'un des fragments malléolaires et se réduisant avec lui. C'est seulement dans les fractures anciennes qu'on peut être appelé à le libérer et le fixer.

Les ostéotomies malléolaires donnent d'excellents résultats, et « on peut conclure que c'est par les ostéotomies que l'on rétablira avec le maximum de perfection la forme et la fonction » (Bérard).

2° Les *ostéotomies sus-malléolaires*. Leur emploi dans le traitement des fractures mortaisiennes a été très discuté. C'est l'ostéotomie cunéiforme du tibia associée à l'ostéotomie linéaire du péroné qui a surtout été employée. Si elle rétablit l'axe du membre, elle ne rétablit pas les rapports normaux de l'astragale avec la mortaise. Mais dans les vieilles fractures, l'astragale a pu s'adapter à sa nouvelle position, ce qui explique l'excellent résultat fonctionnel obtenu parfois après cette intervention (Dujarier, Fredet, Merle d'Aubigné).

3° La *résection tibio-péronière orthopédique*. Elle consiste, après section de la malléole externe, à réséquer le plateau tibial perpendiculairement à l'axe de la jambe. La poulie astragalienne et la malléole externe sont toujours respectées et cette dernière vissée sur le tibia pour réduire le diastasis. Cette opération, réservée aux cas d'éclatement du pilon tibial, est assez rarement pratiquée. La Revue en cite un cas avec bon résultat fonctionnel.

4° *L'astragalectomie*, jadis considérée comme un pis aller, réservée aux très gros désordres articulaires, a joui depuis une quinzaine d'années d'une assez grande faveur. Mais des travaux récents ont montré que les résultats éloignés de l'astragalectomie pratiquée pour cals vicieux du cou-de-pied donnent souvent des résultats fonctionnels défectueux.

Dans les grands délabrements osseux, l'extirpation de l'astragale exige deux incisions et parfois le morcellement de l'os, qui risque d'être une ablation incomplète. Le réemboîtement du calcanéum dans la mortaise peut être direct, antérieur, postérieur ou oblique. Mais dans aucune position l'emboîtement n'est anatomique : il y a discordance des surfaces articulaires, et le calcanéum est trop large pour la mortaise. Un modelage est nécessaire (ostéotomie des malléoles, etc.).

Les opinions sur les résultats obtenus sont contradictoires. Alors que certains auteurs déclarent obtenir toujours des articulations mobiles et indolores, d'autres signalent la persistance de douleurs dans la marthrose et les articulations de la torsion et souvent la formation d'un pied creux ou varus. Le rapporteur pense qu'il convient de restreindre l'astragalectomie à quelques cas particuliers : 1° les fractures très anciennes avec ostéophytes abondants et mortaise élargie ; 2° les cals vicieux consécutifs à une marginale antérieure avec pied talus ; 3° les fractures de l'astragale associées aux fractures du cou-de-pied.

5° *Résection et arthrodèses tibio-tarsiennes*. La résection tibio-tarsienne est pratiquée de manière très différente selon que l'on enlève ou non l'astragale. Dans le premier cas, on pratique l'arthrodèse intra-articulaire ou extra-articulaire. Dans le deuxième, on résèque la malléole interne mais ont doit conserver toujours la malléole externe.

Cette intervention semble avoir les mêmes indications que l'astragalectomie et l'on choisira l'une ou l'autre selon que l'on vise à conserver la mobilité ou au contraire la solidité.

Le rapporteur signale que dans certains cas les douleurs siègent dans la sous-astragalienne ou médio-tarsienne. Ce sont ces articulations qu'il importe d'arthrodéser.

Au total, il faut se montrer éclectique. Chaque intervention peut avoir des indications.

Les opérations reconstituantes (ostéotomies, résection orthopédique tibio-péronière) sont celles qui permettent de mieux rétablir la concordance des axes, la forme de la mortaise, et de conserver des mouvements.

L'ostéotomie directe des foyers de fracture est réservée aux cas récents avec déviation latérale pure.

La résection modelante convient aux cas anciens avec grosses dislocations de la mortaise.

L'ostéotomie sus-malléolaire a des indications rares ; déviation en valgus très ancien avec conservation de mouvements étendus.

L'astragalectomie, faite avec de grandes précautions de technique, est réservée aux cas anciens avec gros ostéophytes et élargissement de la mortaise.

Les arthrodèses conviennent surtout aux grosses déformations articulaires et aux astragalectomisés qui souffrent.

Discussion. — M. Mathieu insiste sur la valeur de la clinique pour poser les indications opératoires. Les opérations ont pour but de rétablir la mortaise, les axes, corriger les déviations dans la tibio-tarsienne et les articulations de la torsion, l'astragalectomie est une opération d'exception.

M. Massart. Dans les cas récents de fractures bien réduites mais mal immobilisées, les ostéotomies et la réduction constituent la méthode de choix. Dans les fractures de Dupuytren avec cals vicieux anciens, rétraction des tendons, chez les gens âgés, l'astragalectomie donne des résultats excellents, constants, avec bonne mobilité.

M. Majnano d'Intignano (Dijon), après ostéotomie malléolaire, a fixé la réduction avec des chevilles d'os purum. Excellent résultat.

M. Tavernier (Lyon). L'opération fondamentale est l'ostéotomie dans les traits de fracture et la réduction. Les autres opérations ne sont indiquées qu'en cas de nécessité. Nous avons fait beaucoup d'astragalectomies à Lyon et l'avons abandonnée, parce que ses résultats sont irréguliers.

M. Boppe. L'ostéotomie sus-malléolaire n'est indiquée que dans les fractures péronières hautes avec fracture du plateau tibial.

Il a pu revoir cinq astragalectomisés à distance : trois résultats excellents, un bon, un médiocre, un mauvais.

Il montre que dans le cas de luxation du pied en arrière par marginale postérieure, la traction sur le calcanéum avec une broche de Kirschner facilite considérablement la reposition du pied.

QUESTIONS DIVERSES. A. RICHARD (de Berck) et DUBAU. *Problèmes cliniques et thérapeutiques dans la malformation du corps vertébral.* — Dans deux cas, ils ont observé des anomalies vertébrales coïncidant avec un abcès appendiculaire et une psoïtis. Ils montrent les difficultés du diagnostic avec le mal de Pott dans ces cas.

JAROMIR JANÊK (de Brno). *L'emploi de la radiographie latérale de la hanche dans le traitement opératoire de la subluxation congénitale de la hanche avec coxa valga.* — Après mesure radiographique de la déviation du col, une ostéotomie cunéiforme du col corrige le valgus, et la réimplantation du trochanter est faite avec deux clous.

INGELRANS et DECAULX (Lille). *A propos de cinq observations de disjonction traumatique de la symphyse pubienne.* — En suivant un traitement purement orthopédique, et malgré une réduction incomplète de l'écartement symphysien, les résultats fonctionnels éloignés sont bons.

ROCHER et POUYANNE (Bordeaux). *Sur un cas singulier de luxation cervicale traumatique chez un garçon de 11 ans : ostéosynthèse vertébrale.* — Il s'agit d'une luxation progressive, avec paraplégie. Traitement d'abord par extension, puis ostéosynthèse.

M. RICHARD cite un cas analogue opéré par lui.

René CHARRY (Toulouse). *Sur le comportement du transplant dans les arthrorisés postérieurs. Un point de technique ; le forage vertical.* — L'auteur a observé des cas de résorption dans le cas d'arthrorise par greffon total. Il n'observe plus ce fait depuis qu'il le double d'une greffe ostéopériostique.

M. LANCE rappelle les conditions biologiques indispensables à la vitalité du greffon total inclus. Quand elles ne sont pas remplies, la résorption du greffon est inévitable.

Séance administrative. — Devant l'importance prise par les techniques orthopédiques en traumatologie, la Société décide de modifier son titre et de prendre celui de Société française d'Orthopédie et de Traumatologie.

Ont été élus :

Membres titulaires : MM. Desplas, Merle d'Aubigné, Patel, P. Lance, Masmonteil, pour Paris ; Jean Piollet (Clermont-Ferrand), Charry (Perpignan), Dubau (Val-de-Grâce), Dupas (Marine).

Membres honoraires : MM. di Gaëtano (Naples), Della Vedova (Rome), Sherb (Zurich), Wilson (New-York), Orgood (Boston).

Membres correspondants étrangers : MM. Topa (Roumanie, Paul Martin (Suisse), Fusari (Italie), Jaromir Janêk (Tchécoslovaquie), Gallende Allende Cordoba (Argentine), Godoy Moreira (Brésil), Simovith (Yougoslavie).

Renouvellement du Bureau. — Il est ainsi constitué :

Président : professeur Sorrel.

Vice-présidents : professeur Rocher, M. Lance.

Secrétaires généraux : MM. Tavernier, A. Richard.

Trésorier : M. Leveuf.

La Société a décidé que les Journées orthopédiques de 1937 auront lieu à Paris, le jour qui précédera et le jour qui suiva la réunion annuelle de la Société.

Les questions mises à l'étude sont :

Pour 1937 :

1° Les transplantations tendineuses dans le traitement des pieds bots paralytiques (poliomyélite).

Rapporteurs : MM. Leveuf (Paris) et Perrot (Genève).

2° La coxalgie double.

Rapporteur : M. Allard (Berck).

Pour 1938 :

Les cyphoses douloureuses par dystrophie rachidienne.

Rapporteurs : MM. Marcel et Pierre Lance.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

ADDENDUM A LA SÉANCE DU 11 JUILLET 1936

Glycémie et hyperthermie provoquée par des facteurs externes. — MM. M. SENDRAIL et L. TAMALET rappellent les résultats contradictoires fournis par l'étude de la glycémie en fonction des hyperthermies expérimentales. Ils ont adopté pour leur part un dispositif, qui permet d'exclure toute autre intervention que celle des conditions thermiques du milieu. On observe ainsi constamment, chez le chien, des oscillations glycémiques de sens contraire, une onde d'hypoglycémie initiale d'amplitude assez notable, suivie d'une réaction inverse. En outre, l'hyperthermie réduit la sensibilité à l'insuline. Il a été vérifié que ces variations ne dépendent pas de variations dans la concentration de la masse sanguine, mais obéissent sans doute à des réflexes neuro-végétatifs alternants. Il faut retenir de ces constatations, la possibilité d'agir sur l'état humoral par de simples modifications du milieu physique.

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1936)

B. Prodigiosus pathogène, endotoxine et réaction de Schwartzmann. — Mlles M. AÏTOFF, M. DION et H. DOBKEVITCH ont isolé, à partir des crachats d'un malade atteint de pneumonie, une culture pure de B. prodigiosus, pathogène pour la souris, le rat, le cobaye et le lapin.

A l'autopsie, on constate une septicémie à B. prodigiosus, la rate et le sang contenant des microbes. La pigmentation rouge orange des cultures apparaît d'emblée et s'intensifie au bout de quelques jours. Les auteurs ont pu obtenir une réaction intense et précoce d'hypersensibilité hémorragique, la réaction de Schwartzmann, aussi bien avec le lysat qu'avec la toxine microbienne.

Sur le rôle du système nerveux dans la production des tumeurs du goudron. — M. E. COULAUD et Mlle S. FABRE ont injecté de l'alcool à 90° à la base de l'oreille droite d'une série de lapins pour obtenir une paralysie des nerfs de l'oreille. Ils ont ensuite badigeonné de goudron les deux oreilles trois fois par semaine.

Six mois plus tard, des tumeurs (papillomes) s'étaient formées à l'oreille gauche, l'oreille droite demeurant indemne, même au bout d'une année.

Méthode nouvelle de culture des microbes aérobies et anaérobies stricts provenant du sang. — M. F. PATOCKA indique un procédé nouveau qui présente les avantages suivants :

1° Il permet d'envoyer le sang à des distances éloignées ; 2° il garantit sérieusement la stérilité du matériel prélevé ; 3° il élimine en grande partie les influences néfastes des anticorps ; 4° le pouvoir réducteur des morceaux de foie joints au glucose dans le bouillon, favorise sans autre procédé la croissance des microbes même les plus strictement anaérobies ; 5° l'hémoculture avec les matières extraites des morceaux de foie, avec le glucose et les phosphates, offre un milieu de culture si nourrissant, que l'auteur a pu y cultiver sans difficulté et sans addition de sérum des microbes très exigeants, comme le gonocoque.

Nodules rabiques et réseau neurofibrillaire des neurones. — M. Y. MANOUÉLIAN. Au cours de la rage, un grand nombre de cellules nerveuses des ganglions cérébro-spinaux sont envahies, détruites et remplacées par des cellules néoformées dont l'ensemble constitue le nodule rabique. Les recherches de M. Manouélian montrent que le réseau neurofibrillaire des cellules nerveuses y persiste. Bien que modifié, à fibrilles moins fines, ce réseau est parfaitement décelable à l'imprégnation argentique.

Recherches sur l'existence d'une tuberculose congénitale expérimentale chez le cobaye. — M. DE VINK ne trouve aucun cas d'infection tuberculeuse congénitale parmi 87 petits cobayes, nés de mères tuberculeuses, malgré la présence dûment constatée de bacilles tuberculeux virulents dans 7 placentas. Chez un grand nombre de ces petits, toutefois, il trouve à l'examen histologique des foyers pulmonaires, contenant des cellules géantes d'un type spécial. Il a réussi à isoler un bacille tuberculeux à caractères aviaires d'un cobaye inoculé avec un fragment de placenta provenant d'un cobaye tuberculisé avec un bacille du type humain.

Variations quantitatives des rickettsies du typhus exanthématique du cobaye aux lieux d'inoculation. Influence des hormones. — M. Paul GIROUD étudie les variations quantitatives considérables des rickettsies du typhus exanthématique suivant les lieux et les modes d'inoculation du virus, et constate le rôle très important des hormones.

Recherches sur les groupes sanguins en Guinée française. — M. Jean SCHUNCK DE GOLDFIEM, au cours d'une mission en Guinée française, a fait des recherches sur les groupes sanguins des différentes races habitant la Guinée française. Il a procédé par la méthode de Beth-Vincent sur 1.000 individus (500 de sexe masculin, 500 de sexe féminin) pour chaque race.

Pour la Guinée, il a obtenu les coefficients globaux suivants : A=1 p. 100 ; B=9 p. 100 ; AB=89 p. 100 ; O= 1 p. 100 ; I=0,91 p. 100. 2 albinos de groupe A. Ecart de 2 p. 100 de B en faveur des hommes. L'auteur joint à ces documents des indices anthropométriques qui rapprochent les Soussoués des Mongols, des Esquimaux et de l'Homme de Chancelade.

Eloge nécrologique de MM. Amédée BORREL et PARAT. Le professeur F. BEZANÇON, président.

PRATIQUE MÉDICALE

ESTERS GAIACOLÉS ET THIOCOL COMPARAISON DE LEUR ÉLIMINATION ET DE LEUR ACTION PHARMACEUTIQUE (1)

d'après M. P FEBVRE,
Agrégé de l'Université, pharmacien.

Ce travail inaugural excessivement documenté est le résultat de nombreuses expérimentations chimiques, physiologiques et pharmacologiques. Par les méthodes de dosage que l'auteur a mises au point, on a pu constater que le thiocol, composé soluble et ionisé, s'élimine sans altération rapidement et très notablement par l'urine. Nous devons noter que pour avoir un thiocol chimiquement pur et de composition toujours identique, M. Febvre a, dans tous ses essais, utilisé le thiocol « Roche » (p. 26).

L'étude de l'action pharmacodynamique du gaïacol et du thiocol a permis de constater les faits suivants :

1° Le gaïacol provoque une diminution du tonus et un ralentissement des contractions de l'oviducte de vipère isolé, non gravide.

Le thiocol augmente légèrement le tonus de cet organe sans modifier l'amplitude et la durée des contractions.

2° En injection intraveineuse chez le lapin, le gaïacol n'agit pas sur le métabolisme basal, alors que le thiocol l'augmente et produit aussi une légère élévation de la température.

L'action du thiocol dure environ deux jours et il n'y a pas addition des effets des injections successives.

3° Si on bloque le système réticulo-endothélial du lapin, par injection endoveineuse de peptonate de fer, gaïacol et thiocol diminuent légèrement les échanges respiratoires. Mais dès que le blocage a disparu, le thiocol provoque de nouveau un accroissement de la consommation d'oxygène.

Le thiocol paraît donc agir comme excitateur du système réticulo-endothélial, système qui jouerait un rôle dans les échanges respiratoires.

En résumé, d'après l'auteur, le thiocol est essentiellement un dynamogène. Le professeur Febvre a montré en effet que son rôle dans l'organisme est d'exciter le système réticulo-endothélial, d'augmenter ainsi le métabolisme basal et d'accroître la défense vitale de l'organisme (310).

(1) Travail des laboratoires de chimie et de physiologie de l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Clermont. Thèse de la Faculté de Médecine et de Pharmacie, Toulouse, 1935.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES PAR UN MÉLANGE DE BISMUTHO-8-OXYQUINOLÉINE ET D'ISOPROPHYLNAPHTALÈNE SULFONATE DE SOUDE BINIDIA (1)

d'après M. L. GROLLET.

L'auteur résume les travaux antérieurs concernant la formation des toxalbumines bismuthiques que donnent les dérivés bismuthiques au contact des tissus.

L'étude faite par Miget de la remarquable activité du Bismutho-8-oxyquinoléine dans le traitement des diarrhées des tuberculeux, permet d'admettre la formation de ces toxalbumines au contact de la muqueuse intestinale.

L'auteur pensant « qu'il n'y a aucune raison pour que la muqueuse du vagin, de l'utérus, de l'urètre et de la vessie n'agisse pas de la même façon que l'intestin vis-à-vis du bismutho-8-oxyquinoléine » en a essayé l'emploi comme antiseptique génito-urinaire local.

Il a utilisé le mélange suivant :

Bismutho - 8 - oxyquinoléine	10 gr.
Isopropylnaphtalène sulfonate de soude...	0 gr. 1
Eau distillée stérile	100 gr.

Le bismutho-8-oxyquinoléine est l'agent chimiothérapique, l'isopropylnaphtalène sulfonate de soude l'agent « imbibant » qui facilite la pénétration de l'antiseptique dans tous les replis de la muqueuse.

Ce mélange appelé Binidia est employé par l'auteur dans les conditions suivantes :

Dans les *endométrites et métrites gonococciques*, il pratique 3 à 4 instillations intra-utérines de 5 à 10 cc. de Binidia à raison de 2 par semaine. De nombreuses observations recueillies permettent de conclure à l'excellente efficacité de la formule proposée.

Dans le traitement des *vulvites gonococciques des petites filles*, des instillations vaginales bi-quotidiennes de 12 cc. de Binidia ont donné des résultats excellents dans les 12 cas que le Dr Grollet a eu l'occasion de soigner.

Enfin, ayant appliqué la même formule au traitement des *uréthrites*, l'auteur signale les résultats encourageants obtenus, mais estime que le nombre d'observations, chez l'homme, est encore insuffisant pour établir une conclusion définitive.

En terminant, L. Grollet estime qu'en gynécologie et chez les enfants, l'action du nouveau médicament est très efficace et dépourvue de danger.

(1) *Revue de Pathologie comparée et d'Hygiène générale*, n° 475, avril 1936.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Technique des bandages et pansements de pratique courante, par le docteur A. BESSON. Douzième édition. In-8° de 164 pages avec 96 figures. Chez René Giard, libraire à Lille 1935.

Contribution à l'étude des algies pelvi-génitales, dites névropathiques chez la femme, des douleurs obsédantes en particulier. Thèse du docteur René J. COCHE. In-8° de 224 pages. Librairie Desvignes, passage de l'Hôtel-Dieu, à Lyon. 1935. Prix : 30 francs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 27 octobre. — Jury : MM. Nobécourt, président ; Tanon, Chabrol, Mouquin. — M. Avenier. A propos d'un nouveau cas de lipodyskophie progressive. — M. Crescenci. Etude de la primo infectieuse tuberculeuse par voie cutanée.

Mercredi 28 octobre. — Jury : MM. Loeper, président ; Henri Bénard, Chiray, Turpin. — M. Rajzman. Etude de la mélanodermie au cours des hépatites.

Jeudi 29 octobre. — Jury : MM. Lemaître, président ; Marion, Halphen, Moulonguet. — M. Lapine. Etude des fractures et contusions laryngées. — M. Quereux. Les phlegmons ligneux pelviens d'origine prostatique.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DE LA VOUTE DU CRANE (1)

3. *Les abcès traumatiques du cerveau* réalisent trois aspects cliniques :

— L'abcès aigu, qui se développe dans la deuxième semaine en général, peut être une collection purulente entre la dure-mère et l'os, consécutive à un épanchement extra-dural infecté (abcès de Pott, éventualité rare), ou bien un abcès superficiel, plaque de cortico-méningée enkystée.

— L'abcès chronique représente la forme habituelle : c'est un abcès tardif, à développement lent et progressif, à symptomatologie minime, de siège profond, intracérébral.

C'est plusieurs semaines ou plusieurs mois après la guérison apparente du blessé qu'apparaissent de la céphalée, un peu de fièvre le soir, d'abord de façon intermittente, puis continue, accompagnés bientôt de perte de l'appétit, d'amaigrissement rapide. Enfin, les symptômes de compression cérébrale deviennent nets : céphalée intense, ralentissement du pouls, somnolence.

Tous ces troubles, survenant chez un ancien traumatisé du crâne, doivent faire suspecter l'abcès du cerveau et faire rechercher la stase papillaire qui affirme le diagnostic, rendu encore plus évident si apparaissent des signes de localisation :

— L'abcès suraigu est une forme exceptionnelle, qui correspond à la rupture d'un abcès latent dans les ventricules ou les espaces sous-arachnoïdiens : céphalée violente, hypothermie, puis coma rapide en quelques heures.

4. *La hernie du cerveau* n'est pas l'issue de matière cérébrale en bouillie rencontrée dans les fractures esquilleuses ; c'est un phénomène secondaire, de nature inflammatoire, lié à l'hyperpression intracranienne, et caractérisé par un prolapsus progressif du cerveau, à travers une perte de substance des parties molles, de l'os et de la dure-mère, plus rarement restant sous-cutanée, sous forme d'une tumeur animée de battements isochrones avec ceux du pouls.

La hernie du cerveau répond, dans la majorité des cas, à une forme tardive de méningo-encéphalite ou d'abcès cérébral, en général mortelle. Mais il y a aussi (Leriche) des hernies du cerveau précoces, post-opératoires, où dominent les éléments mécaniques d'étranglement, et où la tumeur herniée est constituée non seulement par du tissu cérébral, mais aussi par des caillots, des bourgeons charnus et de l'œdème pie-mérien.

III. — Les accidents cicatriciels. — Après une période silencieuse plus ou moins longue, un fracturé du crâne peut voir apparaître des troubles qui atteignent :

1. Les facultés intellectuelles (perte de la mémoire, troubles psychiques) ;

2. Les fonctions motrices (paralysies, épilepsie traumatique) ;

3. Les fonctions sensorielles.

Pratiquement, il faut en retenir :

La céphalée ;

Les crises épileptiques, qui surviennent dans 10 p. 100 des cas chez les anciens trépanés. Elles se manifestent après un temps de latence de 3 à 10 mois, sous forme soit de crise comitiale typique, soit de petit mal, mais sans qu'il y ait de corrélation absolue entre le siège de la blessure et la manifestation épileptique ;

Les troubles psychiques s'observent quelles que soient les blessures, superficielles ou profondes, et quelle que soit la localisation. Ce sont, avant tout, de la diminution de la volonté, de la mémoire, de l'attention, des sentiments affectifs.

FORMES CLINIQUES

Après avoir étudié dans un tableau d'ensemble les aspects cliniques des fractures du crâne, nous n'étudierons que deux formes cliniques :

I. — Fractures des enfants. — En dehors des fractures obstétricales et du céphalématome, on rencontre chez l'enfant des fractures accidentelles assez fréquentes :

Fissures,

Enfoncements avec fractures,

Enfoncement sans fracture véritable, dit en « balle de celluloïd »,

Disjonction des sutures.

En clinique, elles se distinguent par :

— L'importance des épanchements sanguins des parties molles, sous-périostées ou entre périoste et épicrâne ;

— La tolérance des enfoncement osseux, même profonds ;

— La rareté classique des hémorragies méningées, la dure-mère adhérente à l'os se déchirant sans se laisser décoller : toutefois, des observations en ont été récemment publiées ;

— Des complications tardives : céphalalgies, épilepsie, écartement secondaire des bords de la solution de continuité, enfin une complication très particulière, le *céphalhydrocèle :* collection sous-périostée de liquide céphalo-rachidien dans une fracture sous-périostée avec déchirure de la dure-mère.

II. — Fractures par armes a feu. — Elles constituent un chapitre important de la chirurgie de guerre, et nous étudierons seulement rapidement ici les blessures de la *pratique civile.*

Les *lésions* sont :

— Soit une simple contusion cranienne (enfoncement de la table externe, fracture limitée à la lame vitrée ou fractures associées des deux tables sans pénétration du projectile) ;

— Soit une plaie osseuse, avec perforation cranio-encéphalique, et on trouve successivement, suivant le degré de pénétration :

— Un orifice d'entrée avec un orifice externe de calibre inférieur à celui du projectile, net et régulier ou avec fissures rayonnantes, un trajet osseux conique dont la base répond à l'orifice interne qui est plus grand et esquilleux ;

(1) Fin. — Voir *Gaz des hôpit.*, 1936, n° 80, p. 1390; n° 82, p. 142 n° 84, p. 1454.

— Un trajet direct ou récurrent par ricochet ;

— Des lésions de la paroi opposée : contusion, fissures ou orifice de sortie qui présente des caractères inverses de l'orifice d'entrée.

— A l'*examen* :

— Localement, l'orifice d'entrée est petit et régulier, et celui de sortie, lorsqu'il existe, est plus large, avec des bords soulevés.

— Les signes généraux sont très variables, parfois très discrets.

— Les signes fonctionnels dépendent des lésions de l'encéphale ou des nerfs de la base, par irritation, compression ou destruction. Chaque région atteinte possède son syndrome neurologique propre.

Le *pronostic* est à envisager aux différentes périodes :

— La mortalité précoce est très élevée, soit immédiatement, soit rapidement par accidents infectieux ;

— La mortalité tardive est au contraire minime : 2 à 3 p. 100 ;

— Quant aux séquelles, le blessé peut guérir sans trouble moteur ni fonctionnel, mais le plus souvent, il conserve des troubles organiques, définitifs ou ayant tendance à l'amélioration.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des fractures de la voûte du crâne se présente avec des difficultés variables :

— *Evident* lorsqu'une grosse plaie contuse fait découvrir un enfoncement important ou dans le cas de fracture fermée associant des signes de commotion cérébrale et un enfoncement, une dénivellation indubitable, avec ou sans signes cérébraux ;

— Il devient *plus difficile* lorsqu'il se base sur la recherche ou l'interprétation d'un seul signe :

Fissure linéaire que fait découvrir l'exploration chirurgicale systématique d'une plaie contuse du cuir chevelu ;

Enfoncement qui constitue le signe principal dans un tabeau clinique banal et qu'il faut distinguer d'une bosse séro-sanguine : l'hématome du cuir chevelu présente une partie centrale déprimée entourée d'un bourrelet résistant, qui donne l'illusion d'un enfoncement. Mais, dans ce cas, la pression appuyée de cette zone périphérique d'œdème fait sentir le plan osseux intact ;

— Enfin, les *difficultés sont très sérieuses* en cas de fracture simple, sans plaie et sans enfoncement. Quand, à la suite d'un traumatisme cranien, une douleur localisée et fixe, de l'œdème des parties molles, font soupçonner une lésion osseuse, il est nécessaire de garder le blessé en observation, pour éviter que cette lésion ne soit brusquement révélée par une hémorragie méningée.

Lorsque le diagnostic est hésitant, deux examens permettent parfois de l'assurer :

— La *ponction lombaire*, en montrant la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien. Mais le signe n'est pas pathognomonique : la simple contusion peut donner du sang et, pour affirmer la fracture en pareil cas, il faut d'autres signes cliniques ;

— La *radiographie*, qui permet de découvrir la grande majorité des traits de fracture de la voûte. Elle est indispensable dans les plaies par balles, pour affirmer la pénétration du projectile dans la cavité cranienne et le localiser.

Le diagnostic de fracture de la voûte étant fait, il faut :

— S'assurer qu'elle est limitée à la voûte et rechercher les signes de propagation à la base : épistaxis, lésions des nerfs craniens ;

— Interpréter l'apparition de signes nouveaux annonçant une complication : intervalle libre d'une hémorragie méningée, élévation thermique de la méningo-encéphalite ;

— Et, ultérieurement, rattacher à leur cause un abcès traumatique du cerveau et les accidents cicatriciels.

TRAITEMENT

A. FRACTURES OUVERTES. — I. L'exploration d'une plaie contuse du cuir chevelu fait découvrir une *fissure* simple, sans ressaut, sans écoulement sanguin, sans accidents cérébraux. Même dans ce cas, il faut redouter des lésions plus étendues de la table interne et, chaque fois que cela est réalisable, il est indiqué d'explorer la lésion :

— Soit au ciseau et au maillet, en creusant une rigole le long du sillon ;

— Soit en forant un trou à la fraise sur l'un des bords et en l'élargissant de proche en proche.

II. Une *fissure déhiscente*, un *enfoncement étoilé*, une *attrition localisée* de la voûte exigent une intervention immédiate menée comme précédemment, en enlevant les esquilles et, si la dure-mère est déchirée, en détergeant au sérum chaud les zones d'attrition cérébrale.

III. Une *embarrure*, des *esquilles profondes* de la table interne nécessitent dans leur extraction des soins particuliers pour éviter leur bascule : il faut les dégager par *traction horizontale* et pour cela, si c'est nécessaire, forer un ou deux trous à la périphérie de la perte de substance, pour relever les fragments en les soutenant. Les esquilles libres sont enlevées, et les fragments embarrés ne sont conservés que s'ils sont très larges et tenant encore à la voûte par un bord.

B. FRACTURES FERMÉES. — I. Les *indications d'intervenir* sont : la constatation d'un enfoncement net, qu'il soit isolé ou accompagné d'accidents cérébraux localisés, et d'autre part l'existence d'accidents cérébraux localisés, même en dehors de tout signe local d'enfoncement.

II. Il faut intervenir :

— Du côté où on constate un signal local (enfoncement, œdème localisé, pression constamment douloureuse) ;

— Suivant la localisation des accidents périphériques, lorsque l'examen local ne fournit aucun repère ;

— Mais il peut n'y avoir pas de corrélation entre le siège de la fracture et les accidents observés, qui relèvent alors du contre-coup ; il faut d'abord intervenir du côté de la fracture et, si les lésions le demandent, trépaner dans la zone indiquée par la localisation des signes périphériques.

III. L'*intervention* est pratiquée :

— S'il y a un signe local, en découvrant le foyer de fracture par un volet cutané et en traitant les lésions comme pour les fractures ouvertes.

— Si on intervient sur des accidents localisés, en rabattant un volet ostéo-cutané ou par trépanation définitive.

C. LES COMPLICATIONS. — 1. Tout épanchement sanguin intra-cranien doit entraîner la trépanation immédiate, l'évacuation de la collection sanguine, après ouverture de la dure-mère si l'hématome est sous-dure-mérien, et l'hémostase est réalisée par ligature appuyée du vaisseau, tamponnement, clips ou oblitération à la cire.

2. On tentera de traiter la méningo-encéphalite par les ponctions lombaires répétées et des injections locales de sérums.

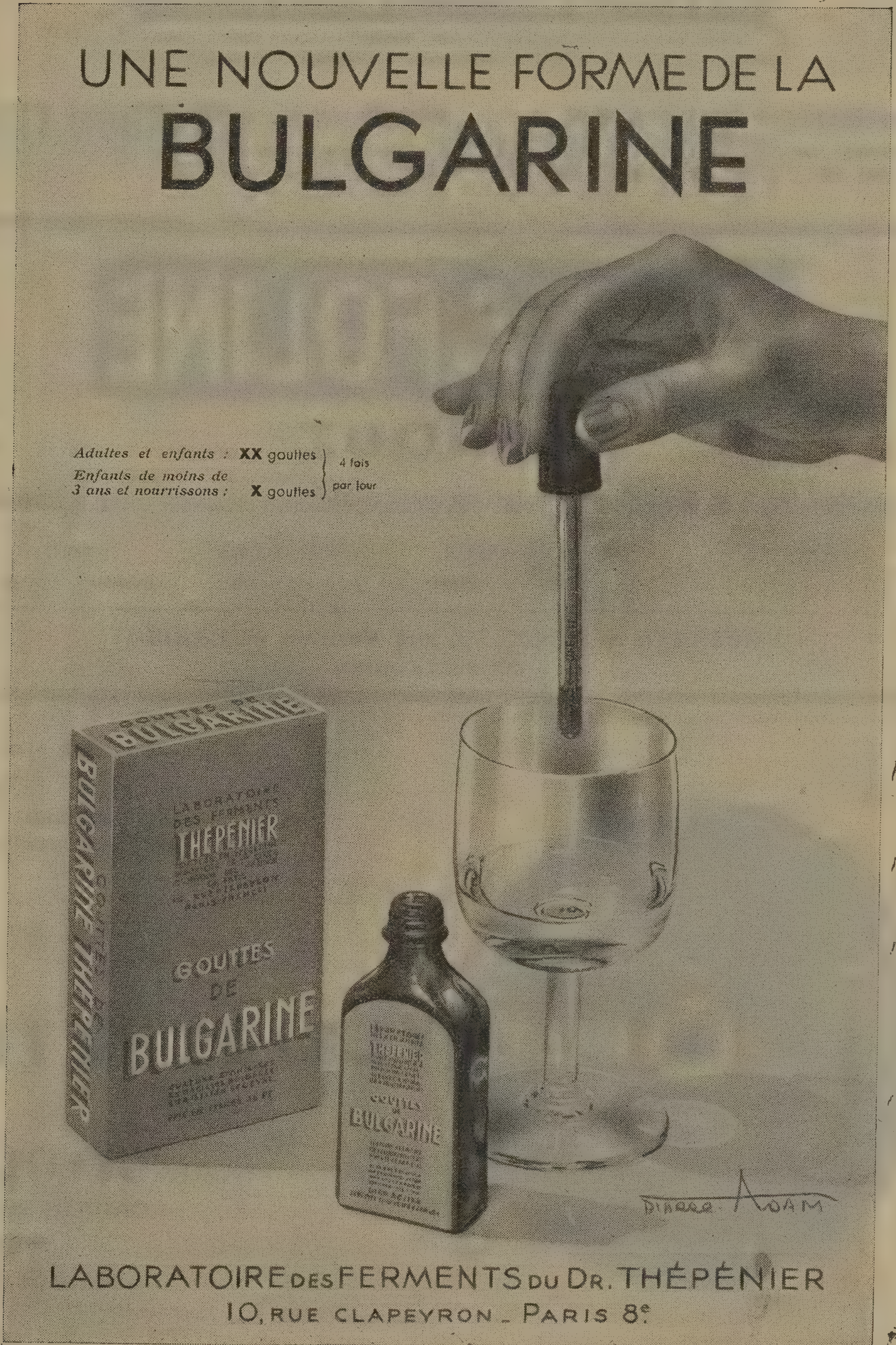
3. Les abcès du cerveau sont drainés par incision du cerveau, après que la ponction au trocart ait vérifié la présence du pus.

4. L'épilepsie traumatique est justiciable d'abord du traitement médical. La trépanation et l'excision des lésions cicatricielles ou des centres moteurs donnent des résultats très aléatoires.

J.-N. COURVOISIER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


UNE NOUVELLE FORME DE LA
BULGARINE
Adultes et enfants : XX gouttes
Enfants de moins de 3 ans et nourrissons : X gouttes
4 fois par jour
GOUTTES DE BULGARINE
THÉPENIER
GOUTTES DE BULGARINE
BULGARINE
Pierre Adam
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DR. THÉPÉNIER
10, RUE CLAPEYRON _ PARIS 8e

N° 87. — SAMEDI 31 OCTOBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à douze places (au maximum) d'*assistant d'électro-radiologie* des hôpitaux de Paris, sera ouvert, le lundi 30 novembre 1936, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria. Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir et qui rempliront les conditions réglementaires seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 heures, du lundi 9 au mardi 17 novembre 1936 inclusivement.

Hospice National des Quinze-Vingts. — Un concours pour onze emplois d'assistant à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, s'ouvrira le lundi 16 novembre 1936, à huit heures et demie du matin, 17, rue Moreau.

Les candidats sont admis à se faire inscrire au secrétariat de l'Hospice National des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 h. à 11 h. et de 16 h. à 18 h., jusqu'au samedi 7 novembre inclus.

Ministère de la Santé publique. — Un concours sur titres est ouvert à Paris au ministère de la Santé publique, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Savoie.

— Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Lyon est déclaré vacant. (*J. off.*, 18 oct. 1936, p. 10917.)

— Les délais d'inscription au concours pour l'emploi de médecin inspecteur départemental d'hygiène du Gers sont prorogés jusqu'au 15 novembre 1936.

Les conditions du concours ont été publiées au *Journal officiel* du 20 octobre 1936.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. (Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres. Professeur : M. Fernand BEZANÇON.)

Un cours complémentaire de chirurgie pleuro-pulmonaire sera fait, du 16 novembre au 28 novembre, par MM. Lardennois, Maurer, Rolland, Triboulet, Azoulay, Dreyfus-le-Foyer, O. Monod, A. Meyer.

Il comprendra 22 leçons, des séances de démonstrations, et l'assistance aux interventions et aux consultations.

Droit d'inscription : 200 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et à la salle Béclard, à la Faculté, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi.

Cours gratuit pour les internes et externes.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE. (Clinique Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal.) — M. le professeur COUVELAIRE reprendra son cours de clinique le vendredi 13 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (Hôpital Broca (111, rue Broca). — M. Pierre MOCQUOT, professeur, commencera son enseignement clinique le samedi 7 novembre 1936, à 11 h. du matin. Les séances opératoires auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30.

Nécrologie. — M. le docteur Henri Le Meignen, médecin honoraire des hôpitaux de Nantes.

— M. le docteur Raymond Mallet, médecin inspecteur des asiles.

— Dr Louis Peltier, 10, rue de Thann, à Paris.

— Dr Lefèvre, de Feignies (Nord).

— Dr Rischard, à Luxembourg.

CHRONIQUE

LA JOURNÉE MÉDICALE DE L'HÔPITAL-HOSPICE DE NIORT

18 octobre 1936

Cette journée, organisée par la Commission administrative de l'hôpital de Niort et le Syndicat médical des Deux-Sèvres, avait trait à *l'hospitalisation*. Elle fut présidée par le Dr Dibos, ancien président de la Confédération des Syndicats Médicaux, qui remplaçait M. le Dr Louis Martin, empêché. Le Ministre de la Santé était représenté par le Dr Dequidt, inspecteur général des services administratifs et par M. Delavente, secrétaire général de la Commission de répartition des fonds. On comptait environ 150 personnes présentes, parmi lesquelles : le Dr Cibrie, secrétaire général de la Confédération, et de nombreux confrères, les sénateurs maires de Périgueux et d'Albi, les maires de Mont-de-Marsan et de Saint-Brieuc et des délégués des Commissions administratives : Rochefort, Angoulême, Châteauroux, Cahors, Périgueux, Saint-Brieuc et de très nombreux médecins des Deux-Sèvres ou étrangers au département.

L'évolution de l'hospitalisation, la description et le fonctionnement de l'hôpital de Niort, faisaient l'objet d'un rapport du Dr G. Renon.

Il rappela d'abord les principes qui sont à la base de l'art médical. La médecine ne connaît que le malade, ignore les classes sociales et les frontières. L'acte médical est essentiellement un acte d'homme à homme qui implique forcément une intimité complète entre les deux protagonistes, puisque le praticien doit tout connaître de son malade, auquel le lie un secret impénétrable. Cet acte, qui peut s'accompagner d'activité matérielle, est avant tout un acte d'ordre intellectuel et moral qui ne vise qu'au soulagement de la souffrance et à la conservation de la vie. Cet acte ne peut être tarifé comme un acte commercial ; il ne peut être reconnu, honoré que par un accord direct entre celui qui donne et celui qui reçoit les soins.

L'art médical devient de plus en plus complexe, sa connaissance totale est impossible ; il faut donc souvent, pour le trouble en apparence le plus minime, faire appel à plusieurs médecins. D'autre part, l'outillage médical devient lui aussi de plus en plus compliqué, donc de plus en plus onéreux. De ces prémisses découle un critérium concret et impératif, qui va permettre de juger la valeur des procédés d'hospitalisation.

L'hospitalisation doit faire en sorte que le malade, quel que soit son rang social, puisse jouir pleinement de la liberté de confiance, laquelle implique l'entente directe. L'établissement de soins doit permettre la collaboration médicale, il doit être en outre admirablement outillé.

Or, l'histoire de l'hospitalisation montre que si elle a suivi l'évolution de l'état social et du progrès technique, elle n'a jamais apporté une solution rationnelle et satisfaisante aux principes énoncés ci-dessus. Ni les nouvelles lois sur les accidents du travail ou les assurances sociales, ni la structure hospitalière n'ont modifié la vieille formule : l'hôpital pour pauvres, à salles communes, réparties entre plusieurs services. Les lois dites sociales, malgré l'inscription dans leur texte du libre choix et de l'entente directe, n'ont pas empêché, dans la pratique hospitalière, les malades d'être traités comme des indigents avec toutes les servitudes qui leur sont imposées.

On a usé et abusé de la générosité du corps médical hospitalier qui avait et a toujours à honneur de soigner gratuitement les pauvres.

Un récent arrêt du Conseil d'Etat et une circulaire ministérielle viennent de tenter de régulariser une situation assez anarchique. La solution est inacceptable. Outre qu'elle ne satisfait pas les principes essentiels de la médecine, il est inadmissible qu'une simple circulaire prise sans l'avis des principaux intéressés, malades et médecins, puisse se substituer à la loi.

C'est la loi de 1851 qu'il faut changer, et le Dr Dequidt représentant à Niort le Ministre, a donné l'assurance que cette modification était au premier plan des préoccupations des Pouvoirs publics.

Trois solutions sont possibles, a dit le rapporteur :

— Tout d'abord, ne rien faire ; c'est simple, mais ne résoud rien.

— Fonctionnariser les médecins. C'est au malade à le dire et à choisir : ou bien il entend être déchargé de tout souci pécuniaire et faire bon marché du libre choix ; alors lui offrir un service de santé civil calqué sur le militaire ; ou bien il veut conserver sa liberté de confiance et il doit, en ce cas, exiger des établissements de soins où s'exerceront le libre choix et l'entente directe.

C'est cette troisième solution qu'a réalisée l'hôpital de Niort. Le règlement modèle des hôpitaux indique qu'à côté de l'ancien type d'hôpital public à salles communes et sans libre choix, il est loisible aux commissions administratives d'édifier des cliniques annexes soustraites à la législation hospitalière. Au lieu de juxtaposer un hôpital pour pauvres et une maison de santé pour riches, la Commission de Niort a supprimé l'hôpital et offert à tous les malades une maison de santé où ils jouissent du libre choix intégral et de son corollaire, l'entente directe.

Du bilan financier exposé en détail, il faut retenir que la reconstruction de l'hôpital de Niort, qui en portera la capacité à près de 1.000 lits, coûtera 27 millions, ce qui fait ressortir le prix moyen du lit à 27.000 francs. Toutes les ressources hospitalières ont été obtenues par l'emprunt et, malgré une charge d'annuité qui s'élève pour 1935 à près de 800.000 francs, le prix de journée a pu être abaissé de 2 fr. et n'est plus qu'à 18 fr. 26 en médecine et 19 fr. en chirurgie.

Dans l'après-midi, après un déjeuner confraternel et une visite de l'hôpital, eut lieu la discussion du rapport de M. Renon.

La conclusion pratique de cette discussion fut donnée par M. Dibos, qui montra une fois de plus la nécessité pour les médecins de se syndiquer.

RENSEIGNEMENTS

Les Acides Aminés contre les accidents auriques

Dans la réunion du 26 mars 1936 de la Société des Médecins d'Hauteville, les Drs Delong et Max Thompson ont fait une intéressante communication sur les résultats obtenus par les injections intraveineuses d'un Acide Aminé, le Glycocolle, en solution à 5 0/0 contre les accidents cutanés et muqueux dus à la Chrysothérapie.

Chez leurs cinq malades, ils ont, disent-ils, obtenu un plein succès, la fréquence et l'intensité du traitement étant proportionnées à la gravité des accidents.

Rappelons que l'Okamine, solution n° 2, du Dr Hervouët est à base de Glycocolle et de Méthyl-glycocolle, ce dernier ayant une activité de beaucoup supérieure au premier.

C'est une raison de plus pour justifier la faveur dont l'Okamine jouit de plus en plus dans le corps médical, nulle autre médication antituberculeuse et revivifiante n'étant à la fois aussi active et aussi inoffensive,

LE XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Montréal, 7-10 septembre 1936 (1)

Le XIVe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord s'est ouvert à Montréal, le 7 septembre, sous le haut patronage de S. Exc. le Très Honorable lors Tweedsmuir, gouverneur général du Canada, et sous la présidence du professeur J.-A. Jarry (Montréal).

L'ouverture officielle fut faite par un de nos confrères, M. J.-H.-A. Paquette, ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et de l'Hygiène dans le cabinet de la province de Québec.

Parmi la très nombreuse assistance ,plus de six cents inscriptions), on remarquait MM. les professeurs R.-E. Valin (Ottawa), Donatien Marion (Montréal), J.-A. Vidal (Montréal), Pierre Smith (Montréal), Etienne Sorrel (Paris), Maurice Chiray (Paris), Mercier (Oran), Vandenbossche (Paris), Leven (Paris), Welti (Paris), Paquet (Québec), Amédée Granger (Nouvelle-Orléans), Vézina (Québec), Chevalier Jackson (Philadelphie), Samson (Montréal), Archibald (Montréal), Coryllos (New-York), Penta (Shenectady), Mousseau (Montréal), Lesage (Montréal), Jutras (Montréal), Mercier-Fauteux (Montréal), Lapointe (Ottawa), Dubé (Notre-Dame-du-Lac).

Les discours d'ouverture furent prononcés par MM. Paquette, Jarry et Sorrel.

*
* *

Exposé des rapports

Tuberculose de la hanche

par J.-Ed. Samson (Montréal)

La fréquence de la coxalgie chez l'enfant, la gravité de son pronostic, les infirmités qu'elle détermine, voilà les raisons qui méritent de fixer notre attention pendant quelques instants.

L'enfant est le principal candidat à la coxalgie. Le remaniement osseux incessant de la hanche à la période de croissance détermine un état congestif favorable au développement du bacille tuberculeux.

Convenablement traitée, la coxalgie prend, chez l'enfant, le caractère cyclique suivant :

Première année : invasion ;
Deuxième année : destruction ;
Troisième année : réparation ;
Quatrième année : guérison.

L'étude de la radiographie confirme les données cliniques et permet de suivre les diverses phases d'évolution de la maladie.

Statistiques personnelles de tuberculose des grandes articulations (1.100 cas)

Colonne vertébrale........	307 cas,	soit 27,90 p. 100
Genou	306 —	— 27,80 —
Hanche	306 —	— 27,80 —
Cou-de-pied	50 —	— 8,63 —
Coude	35 —	— 3,18 —
Epaule	27 —	— 2,45 —
Poignet	24 —	— 2,18 —
Total............	1.100 cas	

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Diagnostic. — La coxalgie, forme ordinaire, peut prêter à confusion avec un certain nombre d'autres maladies que nous ne ferons qu'énumérer : ostéochondrite, arthrite juvénile déformante, arthrite traumatique, coxa-vara des adolescents, ostéite de croissance, ostéite kystique, arthrite syphilitique, arthrite mycosique, arthrite hémophilique, ostéites juxta ou para-articulaires.

La *coxalgie aiguë* doit être différenciée d'avec : l'arthrite rhumatismale, l'arthrite gonococcique, l'arthrite aiguë du nourrisson, le rhumatisme infectieux, l'ostéo-myélite aiguë, l'entorse grave, la psoïte inflammatoire ou infectieuse primitive.

Traitement. — Le traitement médical s'impose dans tous les cas.

Chez l'enfant. Il est le seul à conseiller, avec l'immobilisation locale, pendant toute la période active de la maladie. Cependant, sous le coup d'une menace de fistulisation imminente, impossible à prévenir, nous n'hésitons pas à intervenir immédiatement. L'expérience nous a démontré que, même réalisée dans ces conditions défavorables, l'arthrodèse fournit encore de bons résultats, alors que l'on connaît trop, hélas ! les conséquences fâcheuses d'une coxalgie fistulisée infectée secondairement.

Chez l'adulte, l'arthrodèse se pratique à toutes les périodes de la maladie, lorsque le patient présente les conditions requises. Il est cependant préférable d'immobiliser le membre malade dans un plâtre quelques mois avant l'intervention.

La fistule infectée secondairement est une contre-indication formelle à l'arthrodèse.

Arthrodèses dans la coxalgie en évolution (95 cas)

Féminin		*Masculin*	
De 1 an à 10 ans....	13	De 1 an à 10 ans....	3
De 10 — à 20 —	25	De 10 — à 20 —	23
De 20 — à 30 —	8	De 20 — à 30 —	16
De 30 — à 40 —	4	De 30 — à 30 —	2
	—	De 40 — à 50 —	1
Total........	50	Total........	45

Résultats

Guérison avec ankylose osseuse.....................	74
Guérison avec pseudarthrose	8
Guérison après fistulisation prolongée...............	6
Evolution non modifiée par l'arthrodèse............	2
Décès	5
Total......	95

Variétés d'arthrodèses. — Les divers modes d'arthrodèses peuvent se résumer à trois :

L'arthrodèse extra-articulaire ;
L'arthrodèse intra-articulaire ;
L'arthrodèse mixte.

1° L'*extra-articulaire* comprend elle-même deux méthodes : la para-articulaire et la juxta-articulaire. La *para*-articulaire consiste à relier le grand trochanter à l'os iliaque par un pont osseux résistant, condition essentielle réalisée habituellement par l'hypertrophie physiologique du greffon. Ce dernier peut, il est vrai, se fracturer à sa partie centrale ou ne pas se souder à ses extrémités, complications rares, du reste sans caractère de gravité, puisqu'une simple immobilisation prolongée guérit la fracture, alors qu'une petite retouche consolide la pseudarthrose. Cette méthode offre de grands avantages : solidité de l'ankylose, simplicité, sécurité d'exécution parce qu'à distance du foyer. Aussi est-elle tout indiquée lorsqu'on se propose d'opérer une coxalgie en évolution. La juxta-articulaire oriente différemment le greffon, dont la partie

centrale est couchée à plat sur la face supérieure du col dénudé. L'ouverture de la capsule fait que cette méthode n'est pas strictement extra-articulaire et expose, théoriquement du moins, à la fistulisation. En pratique, elle fournit de beaux résultats.

2° *L'intra-articulaire*, excellente méthode réalisée pour la première fois par Albee en 1908, permet l'exploration complète de l'articulation, l'évaluation des dégâts, l'ablation des tissus tuberculisés : synoviale, séquestres, la taille et la bonne adaptation des surfaces osseuses, le remplissage de la cavité par des greffes osseuses souples.

Le danger de fistulisation et de généralisation tuberculeuse est beaucoup plus fictif que réel si, au cours de l'intervention, l'on a soin de ne pas infecter son malade.

3° L'*arthrodèse mixte* comprend les deux méthodes précédentes. Ses beaux résultats expliquent bien la préférence que lui donnent bon nombre de chirurgiens dans le traitement des séquelles.

Séquelles. — Ankylose, pseudarthrose, hanche ballante, sont les modes de terminaison habituelle de la coxalgie.

L'*ankylose* en bonne attitude est considérée comme un bon résultat. En mauvaise position, elle commande une ostéotomie de redressement.

La *pseudarthrose* peut être extra ou intracotyloïdienne.

L'*extracotyloïdienne*, résultat habituel de la destruction de la tête, du col, du cotyle, donne une déformation et un raccourcissement ordinairement incompatible avec l'usage de ce membre. Deux procédés sont alors à la disposition du chirurgien :

1° Ankylose à l'endroit même de la pseudarthrose ;

2° Ankylose après réduction de la luxation.

Ce dernier mode, qui permet de corriger, en une seule fois, l'attitude vicieuse et le raccourcissement, est une intervention plus mutilante et, de ce fait, ne doit s'appliquer que chez le patient qui présente un très bon état général.

La pseudarthrose intracotyloïdienne donne un mouvement étendu, utilisé souvent avec avantage par le patient, mais qui, en raison même de son étendue, expose aux entorses, aux récidives fréquentes. C'est ici que l'arthrodèse mixte trouve ses plus belles indications.

L'opération de Robertson-Lavallé, tombée dans l'oubli depuis la publication d'échecs retentissants, a peut-être été jugée un peu hâtivement et trop sévèrement. Cette méthode, appliquée au début de la tuberculose osseuse, alors que, cependant, le diagnostic de tuberculose était indiscutable, nous a donné un certain nombre de bons résultats.

La résection de la hanche se pratique de moins en moins depuis qu'une meilleure compréhension du traitement prévient les complications fâcheuses de la coxalgie.

La désarticulation, faite seulement dans les cas de profonde intoxication, exige, en raison du shock qu'elle détermine, une préparation soignée du malade.

La coxalgie double pose toujours un problème difficile à résoudre. Ici, il faut encore chercher à guérir les deux hanches par ankylose, quitte à redonner, plus tard, le mouvement à l'une d'elles par reconstruction de Whitman, ou par arthroplastie.

SÉQUELLES DE COXALGIE

(116 cas)

Arthrodèses

Pseudarthrose extracotyloïdienne	28
Pseudarthrose intracotyloïdienne	14
Hanche ballante	2
Ankylose fibreuse lâche	2
Total	46

Résultats

Ankylose osseuse	43
Pseudarthrose	2
Décès	1
Total	46

Reconstruction de Whitman

Reconstruction pour coxalgie double	4
Reconstruction pour pseudarthrose extracotyloïdienne	6
Reconstruction pour pseudarthrose intracotyloïdienne	3
Total	13

Résultats

Mouvements étendus indolores	11
Mouvements étendus douloureux	1
Réveil de tuberculose	1
Total	13

OSTÉOTOMIE SOUS-TROCHANTÉRIENNE

(pour ankylose osseuse ; 57 cas)

Bons résultats	57

Seules, les séquelles douloureuses ou gênantes méritent un traitement chirurgical.

Tuberculose de la hanche

par M. Etienne SORREL (Paris)

On sait actuellement beaucoup mieux qu'autrefois reconnaître et traiter une coxalgie, et ces acquisitions sont de date relativement récente.

Reconnaître une coxalgie se fait en partie, aujourd'hui, grâce à la radiographie ; or ce n'est que depuis quelques années que l'on connaît bien les différents aspects radiographiques sous lesquels se présente une coxalgie, suivant le moment de son évolution.

Ce n'est donc que depuis un temps relativement assez court qu'on la distingue facilement d'un certain nombre d'affections avec lesquelles on pouvait la confondre jusqu'ici, telles que les luxations congénitales, les coxavara rachitiques et congénitales, et surtout toutes ces déformations si nombreuses pendant l'adolescence (coxa-vara, coxa-plana, arthrite déformante juvénile, etc.), que nous désignons sous le nom vague de *dystrophie de croissance*. Ce sont des diagnostics de grande importance, car le pronostic et le traitement sont tout différents dans ces divers cas, et si les seuls signes cliniques et radiographiques ne permettaient pas de les faire, il faudrait pratiquer une biopsie de l'articulation de la hanche, c'est-à-dire prélever sous anesthésie de petits fragments de l'os pour les examiner, les cultiver et les inoculer à un cobaye.

Grâce à la radiographie, on a pu aussi séparer de la coxalgie toute une série d'*ostéites tuberculeuses para-articulaires* (ostéite du pubis, de l'ischion, du trochanter) ou *juxta-articulaires* (ostéite du col fémoral ou du rebord cotyloïdien) qui menacent l'articulation, mais qu'une intervention faite à bon escient permet de guérir avant que l'articulation ne soit envahie.

De même chez l'adulte, on peut maintenant reconnaître assez aisément les *arthrites sèches*, qui exigent un traitement tout autre que celui des coxalgies.

Au point de vue du diagnostic, les acquisitions récentes sont donc importantes.

Le *Traitement* de la coxalgie aussi a fait des progrès considérables. Tout d'abord, on connaît mieux aujourd'hui la valeur du traitement général et en particulier du *traitement climatique* dans le traitement des tuberculoses osseu-

ses. Placé dans un sanatorium marin, en faisant régulièrement de l'héliothérapie, le coxalgique guérira beaucoup mieux et beaucoup plus sûrement que s'il reste dans un hôpital urbain ; mais surtout on a mis au point un traitement chirurgical des coxalgies qui permet d'obtenir des résultats très supérieurs à ceux obtenus jadis. Certes, ces opérations ne doivent être faites qu'avec discernement et leurs indications doivent être minutieusement posées ; elles seront, par exemple, beaucoup moins souvent utiles chez l'enfant que chez l'adulte. Le procédé opératoire aussi devra être choisi avec soin ; il ne sera pas le même lorsqu'il s'agira de traiter les séquelles qu'une coxalgie depuis longtemps éteinte a laissées derrière elle. Mais ce sont là des questions de pure technique qui ne doivent préoccuper que les chirurgiens spécialistes qui appliqueront ces traitements, et ce que les médecins praticiens doivent retenir, c'est qu'il existe actuellement des méthodes chirurgicales nouvelles parfaitement précises et bien mises au point, dont une assez longue expérience déjà a montré la valeur, et qui permettent, dans bien des cas, d'améliorer considérablement le pronostic si sévère autrefois des coxalgies.

Tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du traitement, la question de la coxalgie s'est donc notablement transformée depuis quelques années, et l'on doit s'en féliciter, car c'est une affection malheureusement fréquente et dont le pronostic est grave, si un traitement judicieux n'est pas rapidement appliqué.

Discussion sur la tuberculose de la hanche

par M.-J. Calixte Favreau (Montréal)

Entre les interventionnistes à outrance et les conservateurs entêtés, M. Favreau donne raison aux interventionnistes mitigés. Il ne faut pas intervenir pendant la période de bacillémie tuberculeuse, ni pratiquer les interventions intrafocales. M. Favreau s'appuie sur l'expérience d'une cinquantaine de cas, en majorité des enfants. En résumé, voici ses conclusions : 1° le traitement local de la coxalgie doit être l'immobilisation en décubitus dorsal pendant environ trois ans ; 2° la chirurgie extrafocale conservatrice est une thérapeutique utile pour l'adulte, mais non pour l'enfant en bas de douze ans ; 3° l'arthrodèse tardive est une intervention qui trouve son indication chez tout malade guéri, mais souffrant de ces séquelles tenaces des hanches mobiles (antalgie, abcès à répétition, attitudes vicieuses, etc.) ; 4° une chirurgie conservatrice intrafocale peut devenir utile dans certains cas, mais elle ne doit jamais être pratiquée avant la fin de la deuxième année ; 5° le traitement général par des moyens climatiques, médicamenteux, alimentaires et disciplinaires ne doit jamais être négligé.

Discussion sur les coxalgies (Tuberculose consécutive aux ostéites cotyloïdiennes)

par M. J.-O. Roger (Québec)

M. Roger fait part de trois observations consécutives aux ostéites du toit cotyloïdien. Il croit que si ces malades étaient vus dès les premiers symptômes, ces observations seraient plus fréquentes. Il insiste sur les points suivants :

1° La longueur et la bénignité apparente de la phase préarticulaire. Il s'ensuit que le médecin non averti se croit en présence de troubles de croissance et qu'il laisse passer la période pendant laquelle une intervention curative est encore possible dans certains cas ;

2° La brutalité et la gravité des symptômes locaux et généraux lorsque l'infection se communique à l'articulation ;

3° La destruction étendue et particulièrement rapide du cotyle et de la tête fémorale. Dans ces cas d'ostéite cotyloïdienne, M. Roger reste partisan du traitement chirurgical chaque fois que la lésion est accessible.

***

Forme anatomo-clinique et diagnostic des abcès pulmonaires

par MM. Emile Sergent, Henri Durant et Raoul Kourilsky (Paris)

Dans ce travail, le professeur Sergent et ses élèves attirent l'attention sur la nécessité d'une collaboration étroite entre médecins et chirurgiens pour le traitement des suppurations broncho-pulmonaires.

L'étude des abcès pulmonaires est inséparable de celle des suppurations bronchiques. Les suppurations broncho-pulmonaires peuvent être réparties en deux grandes catégories : les suppurations diffuses et les suppurations collectées.

Classification générale des abcès pulmonaires. — Il existe deux catégories principales : les abcès simples et les abcès compliqués. Dans les abcès simples, nous retrouvons : *a*) les abcès amibiens ; *b*) les abcès à pyogènes ; et *c*) les abcès putrides d'emblée.

Les abcès compliqués comprennent les abcès simples passés à l'état chronique et les abcès associés à l'existence concomitante d'une autre affection : tels les abcès liés à l'évolution de bronchiectasies, à la présence d'un épanchement pleural, à l'éclosion d'une tuberculose.

L'abcès amibien du poumon est rare et disparaît lorsque traité par l'émétine.

Les abcès à pyogènes peuvent guérir spontanément, mais il faut aussi prévoir le passage de l'abcès à l'état chronique ; cette éventualité est possible dans un cinquième des abcès à pyogènes.

Les abcès putrides d'emblée représentent la forme clinique actuellement la plus fréquente. La guérison spontanée de ces abcès survient dans 30 pour 100 des cas environ.

Une notion capitale est celle du délai de la guérison. Lorsque celle-ci survient spontanément, c'est entre six semaines à deux mois, quel que soit l'agent pathogène qui a déterminé l'abcès. Il est évident que, pour éviter le déroulement progressif d'une évolution chronique, l'intervention chirurgicale doit avoir lieu à cette date et non plus tard, sous peine d'être de plus en plus difficile et aléatoire.

Toute suppuration pulmonaire qui n'a pas guéri spontanément ou par le traitement médical, dans un délai de six semaines à deux mois à dater du début de la maladie, doit être traitée chirurgicalement par l'action portée directement sur le foyer.

La bronchoscopie comme aide dans le diagnostic et le traitement de l'abcès pulmonaire

par MM. Chevalier Jackson et Chevalier L. Jakson (de Philadelphie)

Les rapporteurs déplorent le fait qu'au début on ait publié tant de rapports sur les résultats heureux obtenus par le traitement bronchoscopique de l'abcès du poumon.

Ces observations cliniques étaient justes et apportaient une importante contribution à la littérature médicale, mais ces rapports ont créé l'impression que la bronchoscopie était invoquée comme la panacée universelle de la suppuration pulmonaire. Cet état d'esprit était erroné et il importe de le rectifier.

Le bronchoscope est un spéculum et sa relation vis-à-vis de la maladie pulmonaire est la même que celle du spéculum vaginal vis-à-vis de la suppuration pelvienne. Cela signifie que le gynécologue peut trouver : *a*) des conditions qui ne requièrent rien moins qu'une attention et une direction médicales ; ou *b*) des conditions qui requièrent une aspiration ; ou *c*) une suppuration qui peut être drainée efficacement avec l'aide du spéculum vaginal. Mais il éprouve qu'en toute circonstance l'étude de sa maladie est incom-

plète sans l'examen au spéculum. Le bronchoscope, il est vrai, ne peut pénétrer dans les bronchioles périphériques, mais le gynécologue lui aussi ne peut voir à l'intérieur des annexes. Par ailleurs, le bronchoscope peut, à l'aide du réflexe tussigène comprimant l'éponge pulmonaire, enlever le pus et les sécrétions de la périphérie du poumon. On a affirmé que le lobe supérieur ne pouvait être drainé par un bronchoscope droit et rigide. C'est une erreur. Des tubes aspirateurs vertébrés peuvent être introduits et contourner l'angle jusque dans le lobe supérieur, mais ils ne sont nécessaires que dans les cas d'obstruction des bronches du lobe supérieur. Dans tous les autres cas, la compression tussigène chasse le pus vers le bas, dans les troncs bronchiques, où il est aspiré sans délai.

Mais la bronchoscopie ne constitue pas à elle seule une méthode de traitement, c'est simplement un adjuvant dans le diagnostic et le traitement.

Nous croyons qu'il est universellement admis que la bronchoscopie, considération faite de la condition pour laquelle elle est appliquée, ne comporte aucun risque de mortalité.

Tout patient atteint d'une lésion pulmonaire peut mourir d'hémorragie, qu'il ait subi ou non une bronchoscopie ; si une hémorragie survient après une bronchoscopie, il serait injuste d'attribuer l'issue fatale à cette intervention. En réalité, dans aucun cas de maladie pulmonaire, nous n'avons encore rencontré une telle issue.

La bronchoscopie pour l'aspiration des abcès du poumon peut être répétée deux fois par semaine, si on le juge nécessaire. On rapporte des cas qui illustrent l'utilité du bronchoscope comme aide dans le diagnostic et le traitement des abcès pulmonaires.

Un des services importants rendus par le spéculum bronchoscopique est celui de l'étude de la pathologie chez chaque malade en particulier : c'est la pathologie vivante.

Traitement chirurgical de l'abcès du poumon

par le docteur NORMAN BETHUNE,
Chef de la division de chirurgie thoracique
et de bronchoscopie
à l'hôpital du Sacré-Cœur, Cartieville

et le docteur Georges DESHAIES,
assistant

Cette affection est d'une extrême fréquence, mais elle se rencontre plus couramment de nos jours qu'au siècle dernier. Les causes invoquées en faveur de cette recrudescence sont le nombre progressif des opérations chirurgicales et en particulier de celles qui portent sur les organes bucco-naso-pharyngés et abdominaux, si souvent compliqués de suppuration pulmonaire, et une meilleure connaissance de cette entité morbide grâce à la radiographie.

C'est une maladie très grave : mortalité, 35 à 50 pour 100. On rencontre une issue fatale, d'après René Fontaine, de Strasbourg, dans la proportion de 80 p. 100. C'est pour cette raison que les médecins et les chirurgiens ont travaillé sans relâche au perfectionnement des méthodes de diagnostic et de traitement. La radiographie et la radioscopie sont indispensables au diagnostic exact des suppurations pulmonaires. Différents procédés chirurgicaux sont employés dans les abcès pulmonaires et notamment les moyens de drainage interne et externe.

Certaines méthodes (pneumothorax artificiel et décollement intrapleural) ne donnent pas de bons résultats ; les procédés de choix sont ceux du drainage interne et externe. La bronchoscopie permet d'aspirer le pus des bronches. Quant aux procédés de chirurgie, ce sont des interventions très graves et difficiles ; cependant, depuis quelques années, une amélioration sensible s'est effectuée au point de vue technique opératoire et il semble que le jour est proche où ces interventions pourront être pratiquées sans faire courir de trop grands risques aux malades.

Discussion sur l'abcès du poumon

par M. le professeur ARCHIBALD

Je crois que le moment est venu de faire un effort vers la simplification. Le terme « abcès du poumon » comporte encore, pour le praticien, une idée assez confuse en ce qui concerne la pathologie, l'étiologie et le traitement chirurgical. Pratiquement, on peut laisser à part les abcès tuberculeux, actinomycosiques, amibiens et autres, spécifiques ou très rares. Après tout, la grande majorité des abcès du poumon sont ceux qu'on appelle « non tuberculeux », et ce qui importe pour le praticien, c'est de connaître la pathologie de ces abcès non tuberculeux.

Donc, je propose la classification suivante :

1° Abcès solitaire, par embolie ;

2° Abcès broncho-pneumonique, par aspiration.

Il y a deux causes principales des infections purulentes du poumon :

Embolie pyogène, venant d'un foyer infectieux lointain et aspiration de matières irritantes et infectées par la trachée et par les bronches. Ces matières peuvent être des parcelles provenant de vomissements, où les sécrétions de la bouche ou des sinus infectés, ou un corps étranger, ou des liquides qu'on avale de travers ; et l'aspiration peut survenir pendant l'anesthésie générale ou locale, ou par accident, ou même, comme je crois, pendant cette anesthésie générale légère qu'on appelle le sommeil.

Dans la première classe, l'embolie infectée aboutit à un abcès solitaire situé assez souvent vers la périphérie, lequel s'entoure d'une coque plutôt mince, c'est-à-dire sans réaction inflammatoire excessive. Cette sorte d'abcès ressemble aux abcès chauds dans les parties molles, et, par conséquent, il guérit facilement après simple opération et drainage.

Dans la seconde classe, le processus pathologique est tout à fait différent. Je les appelle « abcès broncho-pneumoniques », parce qu'ils se développent toujours dans le terrain du poumon et à la suite de l'inflammation causée dans cet organe par les matières nocives de l'aspiration. Du côté bactériologique, nous trouvons des cocci-pyogènes, ou bien des fuso-spirochètes, ou des anaérobies de diverses espèces, ou bien un mélange de ces microbes. Mais les lésions pathologiques sont presque toujours à peu près les mêmes, du moins quelques semaines après le début, c'est-à-dire qu'on trouve un abcès plus ou moins gros, anfractueux, circonscrit par une coque fibreuse très étendue et souvent épaisse, avec, dans le voisinage, des bandes fibreuses irrégulières, entre lesquelles il y a souvent d'autres petits abcès secondaires, de sorte que le total de la région envahie ressemble à un marais avec une espèce de lac central constitué par l'abcès principal. En outre, dans cette région, même dans les premières semaines de la maladie, une dilatation considérable des bronches se développe, à cause de l'inflammation aiguë de leurs murs et de la toux chronique. Sergent suggère la comparaison avec une éponge purulente.

On voit qu'ici la tâche chirurgicale est beaucoup plus difficile que dans la première classe. La simple incision de l'abcès principal est toujours suivie par des récidives. Il faut absolument, ou bien détruire avec le cautère toute la région affectée, ou bien la réséquer par une lobectomie partielle ou totale. La première méthode — morcellement ou cautère en plusieurs séances, souvent appelée la méthode de Graham — je l'ai abandonnée récemment, excepté pour le cas où la région est de peu d'étendue et périphérique.

Dernièrement, je suis arrivé à la conclusion qu'une lobectomie franche, partielle ou totale selon l'étendue de la lésion, est la méthode de choix. Nous avons fait, dans notre service, plus de 25 lobectomies pour bronchiectasie puru-

lente avec un succès toujours croissant, et une mortalité, dans les dernières années, d'à peu près 15 p. 100. Plusieurs de ces cas ressemblaient au diagnostic d' « abcès avec bronchiectasie » autant qu'à celui de « bronchiectasie avec abcès ». De sorte que, vu la mortalité de ces abcès chroniques par aspiration, sans opération, ainsi qu'avec l'opération de Graham (dans mes mains), je me propose dès maintenant d'adopter comme règle générale l'opération de lobectomie pour tous les abcès du poumon de l'ordre ici décrit. Les cas des deux dernières années, dans notre service, au Royal Victoria Hospital, au nombre de 11, nous ont donné 5 décès à la suite d'opérations conservatrices (42 p. 100). On peut faire mieux, comme mortalité opératoire, avec une lobectomie totale d'emblée ; et les résultats, en fait de guérison, seront aussi bien meilleurs.

Discussion sur l'abcès du poumon

par M. M. P. N. Coryllos (New-York)

M. Coryllos ne croit pas à l'infection du poumon par voie sanguine, sauf dans un très petit nombre de cas, car elle ne saurait expliquer la production des abcès putrides des idiopathiques, chez lesquels on trouve presque toujours des causes définies : corps étranger, dents infectées, déglutition de matières vomies, etc. La flore microbienne de ces abcès est composée d'anaérobies de la cavité buccale.

On ne peut plus invoquer la théorie embolique, parce que, actuellement et depuis 1929, on peut produire des abcès par voie bronchique si on obstrue la bronche en amont des matières infectées.

Les abcès pulmonaires se développent par des matières qui viennent de la bouche, ces matières peuvent aller jusque dans les petites bronches ; sous l'action des bactéries pyogènes, une inflammation de la muqueuse s'établit, la lumière de la bronche se ferme, les phénomènes d'atélectasie se produisent, l'oxygène disparaît et les anaérobies se développent à leur tour. Peu à peu, une nécrose anaérobie s'établira dans une bronche libre et l'évolution dépendra de la largeur de la communication entre le foyer de nécrose et de la voie bronchique. Avec une communication large, le foyer de nécrose guérira ; si elle est petite, le foyer pourra se transformer en gangrène gazeuse.

Le rapporteur conclut que les abcès putrides sont toujours périphériques ; pour lui, il n'y a pas d'abcès putrides centraux, et les réactions pleurales sont précoces, ainsi que les adhérences. Le traitement idéal des abcès pulmonaires est la pneumonostomie large, pratiquée entre la cinquième et la sixième semaine.

Abcès et tuberculose pulmonaire

par M. le docteur Roland Desmeules

L'auteur, après avoir fait un rapide historique de la question, présente quatre observations recueillies depuis huit ans dans son service de l'hôpital Laval, et il arrive aux conclusions suivantes : l'association de la tuberculose et de l'abcès pulmonaire peut se présenter sous trois formes :

1° La tuberculose peut précéder l'abcès ; il s'agira alors, le plus souvent, de tuberculose fibreuse ou ulcéro-fibreuse avec cavernes. L'abcès prend son origine au niveau des parois d'une caverne ou dans des bronchectasies secondaires à la bacillose. L'évolution est absolument celle de l'abcès gangreneux à évolution torpide ou à caractère grave.

2° La tuberculose et l'abcès peuvent évoluer d'une façon tellement bizarre qu'il est impossible de savoir quel phénomène morbide est apporté le premier. De tels faits sont assez fréquents et, en ces cas, l'évolution simultanée des deux maladies, qui influent défavorablement l'une sur l'autre, rend le pronostic très grave.

3° L'abcès peut manifestement précéder la tuberculose. En ces dernières années, de nombreuses et belles observations sont venues, fort à propos, illustrer la possibilité de complications tuberculeuses dans le cours de l'évolution de l'abcès pulmonaire et indiquer aux cliniciens avertis les lignes de conduite à suivre : rechercher souvent les bacilles de Koch dans les expectorations des malades porteurs d'abcès pulmonaires à évolution subaiguë ou très lente.

Les facteurs qui paraissent jouer le plus grand rôle dans le développement de la tuberculose secondaire à l'abcès sont : la diminution de la résistance du terrain, le milieu favorable de culture pour le bacille de Koch créé par la suppuration anaérobique, et enfin l'ouverture d'anciens foyers tuberculeux par l'extension d'un abcès pulmonaire.

Notes sur deux évolutions d'abcès pulmonaires en milieu sanatorial

par M. le docteur Albert Joannette

A. Un ouvrier dans la quarantaine entre, pour une lobite supérieure droite fébrile, excavée, avec niveau liquide. Une erreur de laboratoire fait croire à la présence de bacilles de Koch. Un pneumothorax électif d'emblée amorce une régression rapide et complète de la lésion identifiée de suite après la première insufflation ; relâchement du pneumothorax après dix mois ; guérison maintenue après trois ans.

B. Un abcès étendu du lobe moyen droit chez un monsieur de trente-deux ans est drainé par costotomie suivie d'une cure de repos de deux mois ; reprise de travail ininterrompu pendant trois ans. Il survient alors une récidive *in situ* et vomique la veille d'une bronchoscopie projetée, avec des suites similaires à celles du premier épisode. Le pronostic est beaucoup plus réservé.

Conclusion. — Le diagnostic de l'abcès pulmonaire reste difficile sans la radiologie et sans la fétidité de l'expectoration. Cette fétidité n'apparaît souvent que tardivement, quand l'abcès s'ouvre dans une bronche, chez des malades ayant déjà une expectoration banale. L'abcès « solitaire » d'Archibald peut être susceptible d'un traitement par pneumothorax ; l'abcès à foyers multiples et récidivant relève de la lobectomie.

***

Diagnostic clinique et topographique des ulcères gastro-pyloro-duodénaux d'après l'horaire de la sécrétion maximale gastrique (épreuve par l'histamine)

par M. M.-J.-Alf. Mousseau (Montréal)

Dans son exposé, M. Mousseau a voulu parler d'une nouvelle méthode dont l'application est évidemment difficile en clientèle de ville, mais facile dans les hôpitaux. Il croit qu'elle est susceptible de rendre de grands services dans l'orientation du diagnostic des affections gastro-entérologiques, qui sont toujours si difficiles à interpréter.

Dans le but de donner à l'interprétation clinique un sens encore plus précis, il a effectué ses recherches en utilisant un *modus operandi* nouveau, dont l'objectif consiste à interpréter plutôt les modalités de la sécrétion gastrique, c'est-à-dire son horaire et ses différentes modalités, qui fournissent trois grands types de courbes :

Type précoce tachy-sécrétoire ;
Type en plateau ;
Type tardif brady-sécrétoire.

Il les applique à différentes catégories de malades, des ulcéreux, des hépatiques, etc., examinés au point de vue du diagnostic différentiel de leurs affections respectives.

D'après l'horaire des courbes, ascendantes et descendantes, qu'affecte la sécrétion gastrique après l'injection à l'histamine, on peut déterminer la nature des affections en cause ; c'est ainsi que, d'après ces courbes, les affections ulcéreuses, gastriques et duodénales, les affections hépatiques et même les affections extradigestives revêtent des allures de courbe qui les font se différencier les unes des autres.

Est-ce à dire que cette méthode d'interroger par le chimisme gastrique fractionné à l'histamine la physiologie normale et pathologique de l'estomac, réponde toujours à l'exacte réalité des troubles fonctionnels ou organiques et que l'orientation thérapeutique doive toujours s'en inspirer ? Nous pouvons dire que des affections de toutes sortes, organiques ou fonctionnelles, gastriques ou non, digestives ou extradigestives, et même des estomacs « normaux » peuvent donner des tracés absolument identiques », mais que lorsqu'il s'agit d'examiner la fonction sécrétoire de l'estomac ou du duodénum dans un but de diagnostic, il ne faudrait plus tenir compte ni de la quantité de suc sécrété, ni du degré de l'acidité, mais considérer plutôt la modalité sécrétoire, c'est-à-dire son horaire.

Cette étude a été illustrée par la projection de films cinématographiques qui en démontrent le bien-fondé.

Ulcères duodénaux, pyloriques et gastriques

par M. le docteur Jean LESAGE
Chef de clinique en gastro-entérologie,
hôpital Saint-Luc

Il s'agit d'une étude critique de 165 cas, traités à l'hôpital Saint-Luc depuis cinq ans.

L'auteur insiste sur les causes multiples susceptibles d'expliquer l'opération d'un ulcère. Les ulcères du duodénum sont beaucoup plus fréquents que les ulcères gastriques (soit 74 ulcères duodénaux pour 20 ulcères gastriques). La proportion des ulcères duodénaux, par rapport aux ulcères gastriques, est donc de 4 pour 1. Les chômeurs sont les malades les plus atteints, sans doute à cause de leur alimentation défectueuse. Le surmenage de toute nature est une deuxième cause. Le printemps et l'automne sont les mauvaises saisons.

L'appendicite chronique et les maladies de la vésicule sont souvent associées à l'ulcère. Les signes principaux de l'ulcère duodénal sont : la douleur qui se présente tardivement et se calme par le repas ou les poudres alcalines. Il ne faut pas croire que l'ulcère guérit parce que la douleur cesse au bout de quatre ou six semaines, car l'ulcère est une maladie cyclique, c'est-à-dire une maladie qui peut se réveiller au bout de six mois et quelquefois au bout de plusieurs années.

Les malades vus par l'auteur sont ceux présentés trop tard, qui souffraient d'un ulcère depuis nombre d'années, et s'étaient malheureusement traités seuls. Les dangers d'un ulcère mal traité peuvent être la perforation ou les adhérences qui se forment en second lieu.

L'ulcère de l'estomac doit être opéré plus souvent que l'ulcère du duodénum, parce qu'il y a danger qu'il se transforme en cancer. Après l'interrogatoire, les rayons X sont le deuxième moyen le plus important à notre disposition pour poser un diagnostic d'ulcère.

L'auteur a énuméré tous les signes importants au moyen de projections.

Traitement. — Il n'y a pas qu'un seul traitement des ulcères : il y a plusieurs traitements médicaux et plusieurs sortes d'opérations. C'est au médecin à choisir le genre de traitement qui conviendra au malade. Il existe des nouveaux traitements de l'ulcère par injection, lesquels donnent des résultats excellents, inattendus, mais il reste des cas anciens ou graves où il faudra choisir une opération, et c'est au chirurgien à choisir la meilleure technique.

Sachons que l'ulcère, à Montréal, est pénétrant et a une tendance à devenir chronique assez rapidement. La mortalité, dans notre statistique, s'est élevée à 9 p. 100, en comptant les ulcérés perforés, et à 4 p. 100 comme mortalité générale.

Ulcères duodénaux méconnus

par MM. Maurice CHIRAY et BERGERET (Paris)

MM. M. Chiray et Bergeret attirent l'attention sur les ulcères duodénaux chirurgicalement méconnus. Ils rapportent diverses observations dans lesquelles, malgré une étude clinique et radiologique soigneuse, affirmant l'existence d'un ulcère, la lésion n'a pas été trouvée à l'opération par le chirurgien. Mais, dans les mois qui suivent, une nouvelle intervention a démontré l'existence de l'ulcère, qui s'était développé entre temps. Dans les cas difficiles, il peut donc être utile de compléter l'exploration chirurgicale par une gastrotomie ou une duodonotomie.

Ulcères chroniques

par MM. CHIRAY, LOMON et LE CANUET (Paris)

MM. Chiray, A. Lomon et R. Le Canuet montrent les deux types radiologiques des ulcères chroniques gastro-duodénaux ; le type de repos dans lequel la lésion apparaît telle qu'elle est sans rien qui la masque ou la déforme, et le type œdémato-congestif dans lequel l'aspect radiologique se transforme complètement et peut, soit masquer les lésions existantes, soit les déformer, soit les exagérer.

Possibilités actuelles du radiodiagnostic des ulcères gastriques, pyloriques et post-pyloriques

Par MM. J.-E. GENDREAU, Albert JUTRAS
et O. DUFRESNE

La mise en évidence et la localisation d'un cratère ulcéreux ne sont pas, contrairement à ce que pense la majorité des médecins, les seuls renseignementc que les rayons X peuvent fournir.

La connaissance des travaux modernes sur l'anatomie et la physiologie normales et pathologiques de l'estomac, du pylore et du duodénum permet au radiologiste de reconstituer les lésions à peu près telles que l'anatomo-pathologiste les observerait sous le microscope.

Ceci suppose des règles techniques rigoureuses et une discipline d'observation. Selon les quatre grands principes de l'exploration des muqueuses digestives énoncés par Cole, l'analyse doit porter sur les contours, les plis observés en image de réplétion, les mouvements péristaltiques et le relief en couche mince avant et après insufflation. Ces quatre fondements exigent pour ainsi dire la radio-cinématographie ; mais, comme celle-ci reste difficilement réalisable, dans la pratique journalière, on se contente des radiographies en série telles que celles préconisées par Cole, c'est-à-dire au moins une dizaine de clichés dans chaque position et sous diverses incidences et obtenus à des intervalles réguliers de trois ou quatre secondes. Les quelque cinquante radiographies ainsi obtenues illustrent chaque stade des phénomènes moteurs gastro-pyloro-duodénaux. Le péristaltisme stomacal étant fonction de la *muscularis mucosæ*, toute interruption des ondes indique un processus qui fixe la muqueuse à la musculeuse propre. En ce qui a trait à l'ulcère, on peut, grâce à cette notion, dire si la lésion est superficielle d'emblée ou si elle est devenue superficielle par la cicatrisation ; dans ce dernier cas, la vague péristaltique ne la ballotte point. On apprécie aussi, par l'interception du péristaltisme, la quantité de tissu cicatriciel, ce qui renseigne sur l'âge et l'évolution de la maladie et montre l'efficacité des traitements médicaux.

Si, connaissant l'épaisseur des diverses couches gastriques, on reconstitue par le dessin la paroi autour de la niche vue de profil, on saura exactement jusqu'à quelle profondeur la perte de substance affecte l'organe.

Le *pli angulaire*, qui se constitue uniquement de deux épaisseurs de muqueuse doublée de la *muscularis mucosæ* et d'une mince languette de sous-muqueuse, mesure rigou-

reusement 5 millimètres. En conséquence, il sera facile d'évaluer la quantité de tissus réactionnels dans cette région.

La convergence radiée des plis muqueux doit s'interpréter comme le résultat d'une rétraction cicatricielle ou spasmodique. C'est un bon signe indirect d'ulcus ; mais, pour être générale, cette règle n'a rien d'absolu, car le cancer produit souvent le même effet.

Au pylore, il faut distinguer entre valvule et canal pylorique. La valvule s'objective radiologiquement par espace clair qui sépare la base du bulbe et le sommet de l'antre en pleine dilatation. Le canal pylorique n'apparaît que sous l'influence de la contraction du *muscle en éventail* de Cole, qui est un renflement périodique de la *musculeuse propre* à la portion terminale de l'estomac. Cette distinction a un gros intérêt pratique. A la valvule, l'ulcère se reconnaît aisément, car, là encore, l'épaisseur de 5 millimètres se retrouve avec les mêmes éléments constituants qu'au pli angulaire. Le tissu inflammatoire aura pour effet d'augmenter l'espace clair radiologique, de soulever la base du bulbe et de décentrer l'orifice valvulaire. Si l'ulcère siège sur le segment proximal du canal pylorique, l'excitation du *muscle en éventail* tout proche provoque la sténose spasmodique, puis, plus tard, la sténose organique. La connaissance du muscle en éventail empêche de confondre le simple spasme, le cancer annulaire si fréquent en cette région et des plissements muqueux plus ou moins transitoires.

Au bulbe duodénal, les difficultés se trouvent réduites du fait que la cavité est toute petite et qu'il n'y a pas de sous-muqueuse. Toujours gros relativement au volume de l'organe, un ulcère de cet organe n'échappera guère aux clichés en série rythmée, qu'il siège sur l'un des bords ou l'une des faces. Dans cette dernière occurence, la couronne transparente autour du cratère témoigne de l'activité de l'affection. Dans les stades cicatriciels, même si l'ulcère était peu profond, le bulbe donne une image déformée à cause du contact immédiat de la muqueuse et de la musculeuse propre.

Ce court résumé montre suffisamment que l'analyse radiologique conduite selon des techniques minutieuses et à la lumière de l'anatomie et de la physiologie, donne des informations beaucoup plus utiles que celles qu'on reçoit par les examens sommaires de pratique courante. Il prouve aussi, s'il en est encore besoin, que le radiodiagnostic n'a pas une moindre valeur pour le tube digestif que pour les os, les poumons, le cœur et les voies urinaires.

Les indications opératoires dans les ulcères gastro-duodénaux

Par M. Mercier-Fauteux

Le rapporteur, au début de son travail, rappelle que les indications opératoires ne se posent que lorsque le traitement médical a échoué. Nous n'avons aucune raison valable, dit-il, nous autorisant à pratiquer une intervention gastrique ou duodénale, même la plus simple et la plus conservatrice, avant que le traitement médical se soit montré nettement insuffisant, car aucune intervention n'est sans présenter certains éléments de danger.

Tout malade demande d'être guéri avec le minimum d'enuis et de risques ; c'est pourquoi l'on doit donner la préséance au traitement médical.

Lorsque ce dernier n'a pas donné les résultats espérés après un temps d'épreuve raisonnable, il y a lieu de discuter les avantages d'une opération chirurgicale. Dans l'ulcère duodénal, l'auteur donne la préférence aux interventions réalisant l'exérèse et le rétablissement du transit gastro-duodénal. Si l'ulcère siège sur la face antérieure du duodénum, il pratique la duodéno-sphinctérectomie de Judd, chaque fois que les conditions locales le permettent ; si les ulcères sont multiples, siégeant à la fois sur la face antérieure et la face postérieure, il fait la duodénectomie partielle. En somme, la gastro-entérostomie, d'après le rapporteur, est une opération à n'utiliser que lorsque les autres ne sont pas possibles ; il l'a abandonnée parce qu'elle laisse l'ulcère en place et expose à des ulcères peptiques de la bouche dans des proportions beaucoup plus élevées que ne semblent le croire certains auteurs.

Dans l'ulcère gastrique, il considère que le traitement médical ne doit pas être continué plus que quelques semaines s'il ne donne pas de résultats, vu la difficulté où nous sommes de différencier au stade de début une ulcération bénigne d'une ulcération maligne. Une fois l'indication opératoire posée, la gastrectomie partielle, chaque fois qu'elle peut être réalisée, lui apparaît comme l'intervention de choix, donnant des résultats immédiats et éloignés beaucoup plus satisfaisants que la simple gastro-entérostomie. A la suite de beaucoup d'autres chirurgiens, il ne croit pas que cette opération soit aussi grave qu'on la présente dans certains milieux, si le chirurgien choisit bien ses cas, les prépare adéquatement et possède une technique irréprochable.

Congrès de 1938. — Le Conseil a décidé que le prochain congrès aurait lieu à Ottawa-Hull, en septembre 1938, sous la présidence de M. J.-H. Lapointe.

Dr Plouffe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(Séance du 27 octobre 1936)

La recherche du bacille de Koch par la culture des selles. — M. F. Bezançon, P. Braun et Mlle Aveline ont cherché à appliquer à la culture des selles les méthodes qui rendent tant de service pour la culture des crachats.

Ces méthodes ne peuvent être utilisées qu'avec un certain nombre de modifications.

Après action de la lessive de soude sur les selles, ils introduisent dans le mélange un antiseptique, le quinosol (sulfate de potasse et d'orthohxyquinoléine) au 500e, puis ajoutent une abondante quantité d'eau pour dissoudre les savons qui se forment par action de la soude sur les graisses des selles.

Après filtrage grossier, on centrifuge, et après correction du degré d'acidité, on ensemence le culot obtenu sur un grand nombre de tubes renfermant le milieu de Pétragnani-Lowenstein.

Le procédé est applicable à la recherche du bacille dans les selles d'enfants.

Les recherches des auteurs ont porté sur 231 selles provenant d'enfants et d'adultes, de tuberculeux, de suspects et d'individus normaux.

Chez 105 adultes normaux et 23 enfants normaux, la culture est restée négative.

Dans 57 cas de tuberculose cliniquement avérée, il a été obtenu des cultures positives.

Parmi ces cas, il y a en a 6 où aucune autre méthode n'avait à aucun moment révélé de bacilles.

Ils font ressortir une fois de plus combien dans certains cas il s'agit de faibles éliminations de bacilles, puisque l'on n'obtient souvent que de rares colonies sur 15 ou 20 tubes ensemencés.

La sécurité et la valeur de la méthode sont démontrées par le fait que l'on ne trouve pas de bacilles chez les individus normaux et que l'on en trouve toujours chez les tuberculeux avérés, cracheurs de bacilles.

Les auteurs n'ont constaté que dans 2 cas des bacilles paratuberculeux ; il s'agissait dans ces cas de colonies chromogènes, non virulentes. Ils estiment d'ailleurs que, en principe, l'identification du bacille par l'inoculation du bacille au cobaye devra toujours être faite, et que tout au moins dans la pratique, toutes les fois qu'il peut y avoir doute ou désaccord entre le laboratoire et la clinique, l'inoculation des colonies au cobaye est indispensable.

Acide ascorbique et sclérose en plaques. — MM. J. Lépine, F. Arloing, A. Morel et Josserand ont cherché à combattre les phénomènes de dénutrition du tissu nerveux qui caractérisent la sclérose en plaques, par l'injection intra-veineuse de solutions de corps dérivés de l'acide ascorbique et contenant dans leur molécule Fe et Mg. L'association de ces corps peut s'interpréter comme excitant les processus fermentaires normaux sans être spéciale à la sclérose en plaques ; elle donne, dans cette maladie, des résultats encourageants.

Quatre épidémies de diphtérie à la Maternité de Lariboisière. — M. L. Devraigne. Du 20 janvier 1935 au 8 mars 1936, l'auteur a observé dans son service quatre épidémies de diphtérie. Sur 54 enfants malades, il y a eu 9 morts, 16,66 p. 100.

Les prématurés résistent moins bien. La contamination se fait par les visites, ou lors d'un séjour de quelques jours en ville si la mère revient dans le service, ou par des infirmières. Presque toujours, il s'agit de diphtérie natale, dans 3 cas de Loeffer fut trouvé sur les plaques ptérygoïdiennes ; deux jumeaux moururent de diphtérie oculaire dans le service.

L'évolution est sournoise : la courbe de poids ne remonte pas, l'enfant est pâle, prostré, un coryza survient, sérieux, muco-purulent, d'abord unilatéral ; l'enfant tête mal, pâlit ou se cyanose et meurt plus par intoxication que par gêne mécanique,

Pas d'angine à fausses membranes, pas d'adénopathie. On pense toujours à la syphilis (souvent gros placenta) et pas assez à la diphtérie. Il faut toujours faire les ensemencements sur sérum de bœuf coagulé ; se méfier des enfants repris avec leur mère à l'isolement après sortie du service, ne pas reprendre en maternité les infirmières contaminées et guéries. Surveiller spécialement la crèche du personnel.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1936)

Production d'agglutinines pour le bacille d'Eberth chez la plante, après injection microbienne dans la tige. — MM. H. Gardère et Le Van-Ngon injectent dans la tige de géranium une émulsion de bacilles d'Eberth. Après trois injections à huit jours d'intervalle, ils constatent que la macération de tige agglutine le bacille d'Eberth au taux de 1/20e. La plante vierge d'injection microbienne ne contient pas d'agglutinines pour l'Eberth. Ces agglutinines sont thermolabiles à 100°. Elles ne sont pas accompagnées de coagglutinines pour les bacilles paratyphiques ; elles disparaissent de la macération par saturation microbienne.

(Travail de l'Institut bactériologique de Lyon.)

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1936)

Variations de l'hydrémie et de la chlorémie globulaires et plasmatiques après injection d'un diurétique mercuriel. — MM. J. Decourt, Ch.-O. Guillaumin et Sapin ont suivi d'heure en heure les variations de l'hydrémie et de la chlorémie après l'injection intramusculaire d'un diurétique mercuriel (440 B Fourneau). Ces variations sont beaucoup plus nettes dans les globules que dans le plasma. Elles sont un peu différentes, selon qu'il s'agit ou non d'un sujet œdémateux, et selon l'importance de la diurèse obtenue.

Chez les sujets non œdémateux, dont la diurèse est à peine influencée par le composé mercuriel, on note une première phase pendant laquelle la chlorémie et l'hydrémie s'élèvent, une seconde où elles s'abaissent.

Chez les sujets œdémateux, qui font une grosse décharge polyurique, on retrouve les deux phases d'élévation, puis d'abaissement de la chlorémie ; mais les variations de l'hydrémie ne sont plus parallèles. Dès la fin de la première heure, les globules sanguins subissent une déshydratation intense, qui n'intéresse pas nécessairement le plasma.

Les variations de l'excitabilité des fibres sympathiques préganglionnaires et postganglionnaires, sous l'effet des agents sympatholytiques. — MM. A., B. et P. Chauchard. — Le propre de l'activité sympatholytique ne réside pas seulement dans un effet périphérique, mais aussi dans une action sur l'excitabilité des nerfs eux-mêmes, action portant de façon plus élective sur les fibres préganglionnaires sympathiques, d'où il résulte, comme dans le cas de la nicotine, un arrêt de la conduction, sans qu'il soit besoin d'envisager, comme on le fait classiquement, un empoisonnement du ganglion.

L'action des ultrapressions sur deux tumeurs du lapin : le papillome de Stroyre et le carcinome de Brown-Pearce. — MM. E. Wollman, M. Macheboeuf, M. Bardach et J. Basset. Les tumeurs de greffe montrent que ces tumeurs résistent à 1.000 atmosphères, mais sont détruites à 1.800. Il y a là un argument nouveau en faveur de la thèse d'après laquelle ces tumeurs ne comportent pas d'autre agent que les cellules néoplasiques elles-mêmes.

Production de polynévrite expérimentale chez le pigeon, par simple adjonction d'urée à sa ration. — M. R. Lecoq. L'urée, introduite à dose suffisamment élevée dans le régime du pigeon, entraîne, de même que les autres produits de la désintégration de la fraction organique des aliments, l'apparition de crises polynévritiques, celles-ci se terminant très vite par coma. L'addition de fortes doses de vitamines B à la ration retarde manifestement l'apparition des crises. L'ingestion d'urée à dose élevée se comporte donc comme un facteur de déséquilibre alimentaire.

Variations leucocytaires observées après ingestion de glucides et de lipides, générateurs de déséquilibre alimentaire. — M. R. Lecoq. Les variations du taux des leucocytes du sang déterminées, chez l'homme sain et à jeun, après ingestion de divers glucides et divers lipides, ne paraissent pas particulièrement influencées par les substances génératrices de déséquilibre alimentaire.

Hyposensibilité à la morphine du centre thermorégulateur chez le lapin accoutumé. — M. R. Cahen. Chez le lapin soumis à des injections répétées de morphine, l'effet

hypothermisant de cet alcaloïde sur l'animal dont la température est normale ou élevée expérimentalement, s'atténue peu à peu. Il s'établit donc, contrairement à l'opinion de Girerdt et Lipschitz, d'une accoutumance du centre thermorégulateur à l'action dépressive que la morphine exerce sur ce centre.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE LA RETRAITE DES PROFESSEURS ET DU CUMUL

La *Fédération des Syndicats médicaux de la Seine* nous communique la motion suivante :

« Le droit à la pratique de la clientèle est indispensable « aux professeurs des Facultés et Ecoles de médecine pour « assurer la maîtrise nécessaire à leur enseignement.

« Qu'ils soient en activité ou à la retraite, ce droit est in- « dispensable pour les malades, à qui ne peut être refusé « le bénéfice d'une science et d'une expérience, alors qu'el- « les sont susceptibles de donner la plénitude de leurs ef- « fets.

« Des mesures de restriction seraient d'autant moins jus- « tifiées que, tant pour le corps enseignant que pour le « corps hospitalier, l'exercice de la profession médicale ne « peut se pratiquer que de façon tardive, avec un retard de « plusieurs années sur la plupart des autres professions.

« Elles auraient des conséquences désastreuses sur l'en- « seignement et les soins hospitaliers, qui se trouveraient « compromis par la diminution de qualité et les difficultés « de recrutement. »

Les protestations se multiplient contre les projets gouvernementaux relatifs à la retraite des professeurs et aux cumuls.

Le Personnel enseignant de l'Ecole Polytechnique, dans une note très documentée, rappelle notamment que l'organisation de l'*enseignement de l'Ecole Polytechnique, comme d'ailleurs celle d'une bonne partie de l'enseignement supérieur, est précisément basée sur les cumuls*, par des personnalités qualifiées et éminentes, de fonctions qui, isolément, seraient pour la plupart d'entre eux insuffisantes à occuper l'activité totale du titulaire, et qui sont trop peu rémunérées pour assurer son existence...

L'Association syndicale de la critique littéraire fait remarquer que si la mesure envisagée avait été appliquée dans le passé, elle eut empêché les Michelet, les Taine, les Sainte-Beuve, les Renan, les Faguet, d'enrichir le patrimoine intellectuel de notre pays.

C'est l'évidence même.

L'Association des anciens médecins et pharmaciens de la marine et des troupes coloniales, a été frappée par la triste situation qui va être faite à ses membres, retraités souvent très tôt, à 25 ans de service, pour raison de santé.

Le président de l'Association, le médecin général inspecteur A. Lecomte, adresse à ce sujet au *Temps* du 29 octobre une lettre très digne, qui devrait faire réfléchir.

Enfin, l'*Alliance nationale pour l'accroissement de la population française* ne pouvait manquer de faire remarquer que les projets annoncés constituent « une prime à la fortune personnelle, d'abord, ce qui est antidémocratique, à l'égoïsme ensuite, ce qui est antifamilial et antinational. »

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DES HYPERTHYROIDIES ET LA DIIODOTYROSINE (1)

Voici trois travaux excessivement importants sur l'emploi de la diiodotyrosine. Comme le fait remarquer Bénech, la diiodotyrosine Roche est admirablement supportée par les malades, même par ceux qui sont intolérants à la solution de Lugol ; il applique le traitement de la façon suivante : dès le premier jour, 3 comprimés, et il continue ainsi pendant un mois ; c'est le traitement d'attaque, qui correspond à 60 gouttes de la solution de Lugol. Lorsque l'amélioration est obtenue, on peut redescendre à 2 comprimés par jour et même à 1 ; quand le métabolisme se rapproche de la normale, il suffit de maintenir des doses inférieures à celles du traitement d'attaque. Cet auteur obtient d'excellents résultats, qui sont confirmés par ceux que publie Lonjon et aussi par l'étude si documentée de Wahl, de Marseille, qui a appliqué surtout la diiodotyrosine dans ses consultations de neuro-psychiatrie infantile : pour celui-ci, le médicament doit être administré en général par périodes de trois semaines, aux doses moyennes de 1 à 3 comprimés par jour ; la diiodotyrosine a montré une action spécifique remarquable sur l'état psycho-pathologique des enfants déficients. De nombreuses observations illustrent ce travail si intéressant, qui passe en revue les différents cas que rencontre le pédiatre, et qui insiste tout particulièrement sur le syndrome d'instabilité thyroïdienne si fréquent dans l'adolescence ; chez ces jeunes malades, la diiodotyrosine reste indiquée et elle ne donne jamais d'incidents, en quoi elle se distingue de l'extrait thyroïdien.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le blé, la farine et le pain, par le docteur A. GOTTSCHALK. In-8° de 62 pages, avec 16 illustrations. Aux éditions de la Tournelle, en dépôt chez Le François, 91, boulevard Saint-Germain. 1935.

Coquillages et fièvres typhoïdes ; un point d'histoire contemporaine, par le docteur V.-M. BELIN, directeur de l'Institut bactériologique de Tours. In-8° de 230 pages. A Paris, 1934, aux Presses universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel. Prix : 15 francs.

Lecciones de terapeutica clinica. Première série, par le docteur Juan Carlos PLA. Grand in-8° de 177 pages. A Montevideo, en 1935, aux Editions scientifiques du Syndicat médical de l'Uruguay.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction du professeur Emile SERGENT et des docteurs L. RIBADEAU-DUMAS et E. BABONNEIX. *Appareil respiratoire.* 2 volumes in-4°, tome I de 484 pages avec 88 figures, et tome II de 575 pages avec 83 figures. A Paris, chez Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Anatomie de la tête et du cou, par le docteur E. OLIVIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris. *Etude du système dentaire*, par le docteur RAISON, stomatologiste des hôpitaux de Paris. Un volume in-8° de 372 pages et un atlas de 235 figures. A Paris, 1936, chez Amédée Legrand, 93, boulevard Saint-Germain. Prix des 2 volumes : 65 fr.

(1) J. Bénech, *Conc. méd.*, 31 mars 1935 ; Lonjon, *Conc. méd.*, 27 oct. 1935 ; Wahl, *Prat. méd. franç.*, févr. 1936.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 88. — MERCREDI 4 NOVEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Tours. — Le *Concours de l'internat* s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes résidants : Mlle Bissery, Mlle Sirand, M. Carrois.

Internes titulaires : MM. Barbier, Boulard, Mlle Petit, M. Bouneau.

Externes en premier : MM. Chevessier et Garnier.

Le *Concours de l'Externat* s'est terminé par les nominations suivantes :

Mlle Brouillet, MM. Picard, Lebas, Sirot, Sergent, Mlle Zaigue, MM. Bonamy, Gaudeau, Giraud, Dubois, Loiseau, Salmon, Mlle Soulet, MM. Caillault, Guinsbourg, Rigolage, Pommeret, Reiss, Trautner, Petou, Bayle.

Ministère de la Santé Publique. — M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique, va déposer un projet de loi apportant des innovations importantes à l'organisation de la lutte antivénérienne. Il crée le *délit* de contamination en matière de maladies vénériennes, instaure un contrôle et une protection très sévères contre les infections syphilitiques et blennorragiques et aboutit pratiquement à l'interdiction des maisons de tolérance.

Sanatoriums publics. — *Médecins adjoints :* Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics pour le premier semestre de l'année 1937.

Le traitement de début est fixé à 22.000 fr. et peut, par avancements successifs, atteindre 36.000 fr. Le logement, l'éclairage, le chauffage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle. Les femmes ont accès à ces emplois.

Les candidats devront être âgés de moins de trente-cinq ans au 1er janvier 1937, être de nationalité française, et s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions fixées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine. La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée légale des services militaires accomplis.

Les médecins de nationalité monégasque ont accès à ces emplois dans les conditions fixées par le décret du 22 novembre 1935.

Les demandes devront être adressées au ministère de la Santé publique, elles seront accompagnées des documents ci-après :

1° Extraits de l'acte de naissance ;

2° Certificat de nationalité française, et, s'il y a lieu, pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

3° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes et en particulier du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat ;

5° Indication de leurs titres de toute nature et des fonctions qu'ils ont remplies et références à l'appui ;

6° Toutes justifications d'une pratique suffisante de laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux ;

7° Un exemplaire de leur thèse et des études qu'ils ont publiées ;

8° Renseignements sur la situation de famille.

Les candidats désignés comme médecins adjoints devront, au moment de leur nomination, subir les visites médicales réglementaires.

Les demandes seront reçues jusqu'au 30 novembre 1936 au ministère de la Santé publique et de l'éducation physique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Prix Nobel 1936. — Le Prix Nobel de médecine et de physiologie est partagé entre Sir Henri Hallet Dale, directeur du Nationale Institute of Medical Research, de Londres, et le professeur Otto Loewy, de Graz (Autriche).

On doit à ces deux savants d'importants travaux de physiologie qui se complètent.

Le montant du prix est cette année de 159.850 couronnes, soit, au cours du change actuel, de 868.000 francs.

COURS ET CONFÉRENCES

Cours de pharmacologie. — Mlle Jeanne Lévy, agrégée, commencera ses leçons le jeudi 5 novembre 1936, à 16 heures (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, pendant les mois de novembre et décembre 1936. Objet du cours : *Eléments de pharmacologie générale. Rapport entre la constitution chimique des médicaments et leur action pharmacodynamique.*

Cours complémentaire d'obstétrique. — M. P. Lantuéjoul, agrégé, commencera le cours le jeudi 5 novembre 1936, à 17 heures (amphithéâtre Cruveilhier), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, au même amphithéâtre, à la même heure. Programme : *Grossesse, accouchement et post-partum normaux. Pathologie de la grossesse.*

Ecole homéopathique de Paris. — Les conférences de l'Ecole homéopathique de Paris, qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique, tout ce qui relève de la science homéopathique, reprendront deux fois par semaine à l'Hôpital Saint-Jacques, 37, rue des Volontaires, à Paris (15e) (Métro Volontaires), à 18 heures, à partir du mardi 10 novembre. A la fin de l'année, un certificat d'assiduité aux cours sera délivré.

Les cours sont faits par les docteurs Bonnerot, Bitterlin, Evrain, Mouézy-Eon et Allendy.

L'enseignement de l'Ecole homéopathique de Paris est entièrement gratuit.

La bibliothèque de l'Hôpital Saint-Jacques met à la disposition du public les livres et revues homéopathiques et est ouverte tous les jours non fériés, de 2 h. 30 à 7 heures.

Séance annuelle de la Société de psychothérapie. — La séance annuelle de la Société de psychothérapie aura lieu le 17 novembre 1936, 49, rue Saint-André-des-Arts, à 16 h. 30, sous la présidence du professeur Cunéo.

Question générale : *La douleur physique et la douleur morale. Psychothérapie préventive et curative.*

A l'issue de la séance, le banquet annuel aura lieu à la Taverne du Nègre, 17, boulevard Saint-Denis. Prix : 28 fr. (service compris). Les dames sont conviées à assister au banquet. Tenue de ville.

Adresser les titres des communications, les adhésions à la réunion et au banquet au docteur Bérillon, Président, 22, rue Vignon (9e). Tél: : Opéra 81-80, et au docteur Marcel Viard, Secrétaire général, 11, rue du Printemps, Paris (17e).

La Société de psychothérapie, dont le but est de contribuer à maintenir les traditions glorieuses de la médecine philosophique, invite cordialement les médecins et les étudiants à assister aux réunions et à la séance annuelle.

Avis important. — Les séances mensuelles de la Société de psychothérapie reprennent le mardi 20 octobre à 17 heures. Elles ont lieu tous les troisièmes mardis.

Raymond MALLET

Il avait à peine dépassé la cinquantaine et, depuis longtemps déjà, cet aliéniste de race jouissait, dans les milieux médicaux et littéraires, d'une légitime notoriété. Cette notoriété, il la devait aux études qu'il avait poursuivies sous la direction de maîtres tels que Deny et G. Ballet, aux postes, tant civils que militaires, où l'avait placé la confiance de ses chefs, aux analyses pénétrantes qu'il avait publiées sur la *Démence neuro-épithéliale* (1911), sur la *Séméiologie mentale* (1926), sur la *Psychiatrie de guerre* (1926), sur les *Obsédés* (1928), sur les *Délirants* (1930), sur les *Démences* (1935). Il la devait plus encore, peut-être, à ses qualités affectives. Infinie était sa tendresse pour les psychopathes. Il savait quel rôle joue l'anxiété dans la plupart de leurs misères. Il n'ignorait pas que les réactions du mélancolique sont d'autant plus profondes qu'elles s'extériorisent moins. Un mot malheureux, prononcé devant cet être en apparence inerte, le blesse et retarde d'autant sa guérison ; une attitude compatissante, des paroles bienveillantes, et voilà cette sensitive qui cesse de se replier sur elle-même ! Pour aborder ses malades, que de précautions ne prenait pas Raymond Mallet ! Il excellait, à force de propos ouatés, à panser les plaies de leur âme. Trop lettré pour ne pas se rappeler que « tous, nous sommes « si bien faits pour sentir et si mal pour comprendre », il mettait toutes les ressources de son esprit subtil et méditatif à tâcher de découvrir, chez chacun, l'origine de sa *douleur morale* et à verser sur elle le divin dictame de la pitié. Aussi avait-il acquis une grande influence sur ces écrivains et sur ces artistes pour qui, trop souvent, la névrose est la rançon du talent, dont il était le directeur de conscience et qui, toute la journée et fort avant dans la nuit, venaient, d'une voix suppliante, lui demander aide et protection. Il n'était pas moins aimé de ses confrères, dont beaucoup perdent en lui un ami délicieux, un conseiller fidèle et sûr. Comment ne pas exprimer à Mme Mallet nos plus respectueuses condoléances ? N'est-il pas nôtre, son chagrin ? Tous ceux qui avaient connu son cher mari n'ont-ils pas été émus jusqu'aux larmes en apprenant que cette intelligence lumineuse s'était éteinte, que ce noble cœur avait cessé de battre ?

L. BABONNEIX.

TROUBLES DU LANGAGE D'ORIGINE VRAISEMBLABLEMENT ORGANIQUE CHEZ LES ENFANTS ANORMAUX

Par le docteur MAURICE WAHL
(de Marseille)

Notre étude se compose de six observations d'enfants anormaux recueillies au dispensaire Fodéré, à l'Œuvre de l'Enfance déficiente des Bouches-du-Rhône, ou dans notre clientèle. Chez cinq d'entre eux les troubles du langage, nombreux et bien prédominants sur les autres manifestations psycho-pathologiques, s'accompagnaient de signes neurologiques de lésions en foyer ; cette coïncidence ne nous a pas paru pouvoir être considérée comme fortuite.

Si on n'a pas étudié plus tôt des cas analogues aux nôtres, c'est peut-être que chez beaucoup d'anormaux les scléroses multiples sont si avancées et si nombreuses que les troubles du langage passent à l'arrière-plan et que l'aspect clinique est inextricable. Seuls peuvent faire l'objet d'une étude approfondie, des enfants chez qui les troubles du langage sont fortement prédominants. Cinq de nos enfants présentaient à la fois de la dysarthrie et des signes neurologiques d'hémiplégie.

Sous la direction de M. le professeur Cotte, et avec la collaboration de Mlle Cotte, nous avons expérimenté par ailleurs une méthode d'enregistrement permettant de suivre l'activité réciproque des deux hémisphères cérébraux chez les enfants (1).

OBSERVATION 1. — Le petit P... J... a été examiné une première fois le 13 novembre 1935, à l'âge de 25 mois. Le père, préparateur en pharmacie, paraît en bonne santé et n'avoue aucune Σ acquise ; le grand-père paternel est mort « d'une gangrène du pied » il y a un an.

Poids à la naissance : 3 kg. 600.

Depuis un an, l'enfant présente des crises épileptoïdes : brusquement il s'arrête de remuer, son regard devient fixe, il présente des plaques rouges sur la face, ses membres se raidissent des deux côtés, mais d'abord à gauche, tandis qu'il devient pâle. Surviennent quelques secousses, puis quelques mouvements de déglutition de la salive et il revient à lui, paraissant hébété et las.

Après une série de crises, « une raideur du côté gauche » a persisté trois mois. Il faut sans doute comprendre qu'il a été frappé à ce moment d'hémiplégie gauche.

Actuellement : hémiparésie gauche en voie de régression.

L'enfant, qui a 3 ans et demi, à notre deuxième examen ne dit que quelques mots : papa, maman, etc., qu'il prononce très mal. Il marche, s'intéresse à ce qui l'entoure, comprend les ordres, tout au moins quand ils sont transmis par son entourage, son aspect n'est pas sensiblement différent d'un enfant normal, il est craintif vis-à-vis des étrangers et s'effraie un peu en voyant le médecin approcher de lui le marteau à réflexes.

A la maison, nous dit la mère, il donne l'impression d'être assez remuant. Son niveau intellectuel est presque normal, de même que l'histoire de son développement morphologique qui correspond sensiblement à son âge.

Bien que la parole soit quasi inexistante et que les quelques mots prononcés soient très dysarthriques, il n'existe pas de paralysie vélo-palatine ou glottique ni de surdité.

(1) Recherches de laboratoire sur les troubles du langage et la gaucherie chez les enfants anormaux. Professeur COTTE, docteur M. WAHL et Mlle COTTE. *Congrès de l'Ass. Franç. pour l'Avancement des Sciences*, Marseille 1936.

Nous pouvons donc diagnostiquer l'association sémiologique suivante :

Hémiplégie gauche (Σ) en voie de régression depuis un an ;

Crises spasmodiques débutant à gauche ;

Retard électif de la parole avec dysarthrie.

Le dernier terme du syndrome paraît difficilement explicable, au point de vue anatomique, en partant des données cliniques.

La présence de l'association des paroxysmes spasmodiques doit-elle amener à échafauder des hypothèses nouvelles sur la physiologie de la circulation cérébrale, ou plus simplement faut-il admettre l'existence de lésions anatomiques situées à gauche et ayant échappé à l'examen ?

OBS. 2. — Suzy, 8 ans, gauchère, présente :

Une dysarthrie et un retard de la parole qui engendrent un quasi-mutisme avec une hémiplégie droite spasmodique bien nette. On retrouve en outre plusieurs signes de Σ certaine.

Nous avons pu recueillir sur cette enfant, également, des renseignements assez précis, car elle a été observée par une personne particulièrement versée dans l'étude des enfants anormaux. Voici les résultats qui me furent fournis :

« Suzy est née prématurément à 7 mois, a donné beaucoup de peine depuis sa naissance (plusieurs broncho-pneumonies), mais surtout elle n'a jamais parlé, elle n'émet que des sons en « en ». Toute petite elle rejetait une partie de ses tétées par le nez, et cela lui arrive encore de temps à autre, lorsqu'elle boit. Il paraît qu'en octobre un oto-rhino-laryngologiste n'aurait pas trouvé de paralysie ni de malformation. Le docteur X... a accouché la maman ; je l'ai vu ces jours-ci : il pense que *malgré ses conseils* on a dû peu soigner l'enfant... La maman de Suzy habitait non loin d'une de mes propriétés : je ne connais que fort peu la fillette, que l'on cache un peu, je dois le dire. Cependant, cet été, j'ai pu voir qu'elle obéissait bien aux ordres de sa mère, qu'elle se faisait comprendre d'elle, qu'elle attelait un petit char à âne et le conduisait. » Nous obtenons de la maman les précisions suivantes sur la croissance : Suzy pesait 2 kg. 290 à la naissance, et la délivrance s'accompagna « de l'émission d'une quantité d'eau formidable ». Le bébé aurait commencé à se faire comprendre de la mère à 2 ans, elle a marché à 18 mois et a fait sa première dent à 11 mois. Elle a été propre la nuit à partir de 5 ans. Toute petite, il fallait plus d'une demi-heure pour lui faire prendre 40 grammes de lait tant elle en rejetait par le nez.

Plusieurs fois elle a eu alors des « crises circulatoires » : elle étouffait, devenait violette, puis ses lèvres pâlissaient « jusqu'à devenir blanches ». Actuellement, l'enfant présente une certaine aptitude à reproduire un dessin. Suzy connaît sa droite, sait nommer les couleurs, sait compter jusqu'à 10, comprend et exécute un ordre simple.

Timide devant les étrangers, à la maison elle attelle les chaises et joue au postillon, dessine, s'amuse avec les animaux qu'elle aime beaucoup.

Mais il existe une dysarthrie énorme : elle déforme d'une façon excessive les quelques mots qu'elle émet. Fait curieux, la mère présente une dysarthrie très légère, à peine perceptible, et une tendance à bégayer légèrement quand elle est émue. Pour des raisons que nous avons longuement exposées ailleurs, nous ne pensons pas que la « gaucherie » de la petite Suzy soit une gaucherie de suppléance due à l'hémiplégie droite : nous croyons qu'il s'agit de gaucherie vraie (congénitale) que l'hémiplégie acquise n'a pu encore qu'accentuer.

L'HΣ n'est peut-être pas très ancienne et doit être considérée comme la cause de l'hémiplégie.

Nous diagnostiquons un niveau intellectuel moyen correspondant à peu près à 5 ans. Mais le retard de la parole est au-dessous de toute mesure, il est associé au phénomène dysarthrique et même dysphagique que nous avons décrit et qui semble en voie de régression spontanée.

L'association assez paradoxale de phénomènes de déficit moteur de la région du voile du palais aux troubles du langage ne nous paraît pas une simple coïncidence. Nous penserions au contraire qu'il s'agit de lésions extrêmement étendues et que cette association en signe la nature organique. L'hypothèse qui expliquerait l'aphasie par l'anarthrie nous paraît également devoir être rejetée comme beaucoup trop simpliste et invraisemblable, étant donné les tentatives d'éducation qui ont été faites.

Obs. 3. — Pierre B..., 14 ans, fils unique.

Le père, capitaine au long cours, serait bien portant.

La mère ne présente pas d'antécédents pathologiques notables. La grossesse aurait été normale. Du côté maternel, seule la grand'mère est vivante et âgée de 74 ans. Son mari est mort à 71 ans « d'asystolie et urémie ». Une sœur de la mère est morte à 28 mois.

Les grands-parents paternels sont vivants l'un et l'autre.

Le petit Pierre nous est amené parce qu'il aurait un retard scolaire de deux ans (près du double en réalité). « Sa personnalité paraît peu formée », nous dit le père. Il lit « Zig et Puce », joue aux billes tout seul ou à la trottinette, a appris à monter en bicyclette.

Il serait assez menteur.

Sommeil : L'enfant présente des manifestations somnambuliques vraies plusieurs fois par an. Jamais d' « absences » dans le cours de la journée.

Appétit : féroce.

L'enfant a pesé 3 kg. 700 à la naissance, allaité au sein pendant un mois, il a marché à 12 mois, il aurait fait sa première dent à 7 mois, mais fut très en retard au point de vue de la parole. Il bégayait, les l et les r ont été prononcés seulement vers 4 ou 5 ans.

Une fois, à l'occasion de broncho-pneumonie, a fait une crise de convulsions généralisées.

Pendant notre examen, le petit Pierre B... ne reste pas une seconde en place, se gratte les mains avec entrain ou se ronge les ongles ; très expressif, très intimidable.

Au point de vue somatique il présente du vitiligo, un peu partout. Il existe d'autre part de nombreux signes d'hyperthyrodie.

L'étude du niveau mental donne un âge un peu inférieur à 10 ans, avec de grosses irrégularités et des fautes d'inattention fréquentes.

Au point de vue scolaire : retard de trois à quatre ans suivant les matières, mais la lecture est hésitante, mécanique, bredouillée. L'orthographe est bien meilleure et correspond à 10 ans au moins.

L'examen neurologique montre une tendance légère à l'hyperspasmodicité droite ; il semble s'agir d'un très léger reliquat hémiparétique.

Cet enfant dont l'hérédité est suspecte paraît bien réellement avoir eu, étant nourrisson, un développement psychosomatique normal, sauf en ce qui concerne la parole qui est à l'heure actuelle encore hésitante, un peu explosive, avec bredouillement, difficulté à trouver ses mots et difficulté énorme de la lecture.

Obs. 4. — Maurice R..., né en janvier 1920, a été visité une fois au dispensaire Fodéré, le 16 janvier.

Enquête familiale : Le père (49 ans) est mécanicien et gardien dans un garage, il est en bonne santé. La mère (48 ans) est névropathe.

Le petit malade a un frère et une sœur âgés respectivement de 21 et 18 ans, qui seraient en bonne santé et normaux.

Naissance et première enfance : Maurice aurait pesé seulement 2 kg. à la naissance (?). A quatre ans il aurait eu une méningite qui semble avoir été une méningite cérébro-spinale, d'après les quelques renseignements fournis. L'enfant aurait été soigné successivement par trois confrères, dont un chirurgien. Neuf ponctions lombaires suivies d'injections de sérum ont été faites pendant la maladie. Alors que l'enfant aurait commencé à parler à 9 mois (et progressé régulièrement depuis lors, aux dires de la mère), à la suite de sa méningite il aurait cessé de parler et serait devenu complètement sourd pendant un an et demi. A l'âge de 6 ans, il aurait été privé de la vue quelque temps, à la suite de phénomènes vaso-moteurs généralisés, sans température et sans perte de connaissance.

Examen psychologique : Actuellement, l'examen et quelques tests rapides nous permettent de diagnostiquer un déficit intellectuel inégal, mais bien peu important par rapport aux troubles du langage.

Ce jeune garçon de 16 ans, très sage à la maison, est capable de faire les courses, d'exécuter les ordres de sa mère, d'effectuer des constructions mécaniques assez parfaites et assez compliquées (« Meccano »), il est remarquablement doué pour le dessin et ne semble pas dépourvu d'imagination. Il aurait même agencé lui-même et réglé un petit appareil de cinéma. Il est très timide.

Maurice ne présente pas de surdité grave, mais paraît cependant beaucoup mieux comprendre les ordres quand il regarde les mouvements des lèvres.

Sa mère lui ordonne : « Va me chercher du beurre. » Il répète le nom et exécute l'ordre.

Quand nous l'interrogeons, *il répète les derniers mots des questions posées* en déformant fortement l'articulation ; prononce par exemple c ou ch chaque fois qu'il faudrait dire b. Il s'agit d'une dysarthrie de cause centrale.

Par ailleurs, Maurice reconnaît les artistes de cinéma et sait expliquer à quel cinéma il les a vus.

Il ne sait pas lire, ne reconnaît pas les lettres, et à plus forte raison ne sait pas les assembler. Mais il sait recopier de mémoire certains mots entiers.

En somme, la mémoire purement visuelle est bonne, la mémoire du nom des objets concrets existe à un certain degré. La mémoire des lettres de l'alphabet n'a pu être développée. En outre, malgré de nombreux essais par la méthode courante, il est resté réfractaire à toute tentative de développement alphabétique.

Mais, répétons-le, les facultés de compréhension générale paraissent beaucoup moins atteintes et le retard intellectuel n'est pas très important. Ainsi quand l'enfant désire un objet dont il ne peut faire comprendre le nom à son entourage, il n'hésite pas à le dessiner.

Il semble donc que la méningite cérébro-spinale ait permis ici la réalisation d'un cas de « surdité verbale » assez analogue à celle dont les anciens neurologistes avaient voulu trop généraliser la fréquence.

Obs. 5. — La petite Betty R..., âgée de 7 ans environ, a été vue occasionnellement, étant envoyée au dispensaire Fodéré par le professeur L..., parce qu'elle présente une grosse dysarthrie et un retard mental considérable, afin que nous déterminions le degré de rééducabilité par les procédés de mnémotechnie phonomimique.

Betty ne peut prononcer plus de deux syllabes et souvent incorrectement et d'une façon gutturale.

Le professeur B... appelé à examiner l'appareil pharyngo-laryngé a indiqué l'absence de manifestation paralytique.

Bien que l'enfant ne connaisse ni sa droite ni sa gauche, elle semble capable de se souvenir d'une personne vue la veille, de retenir l'usage des objets ; on lui a appris à reconnaître la plupart des lettres de l'alphabet.

Cette fillette est d'une maladresse manuelle considérable, mais se servirait plus facilement de sa main gauche.

La marche est un peu anormale ; l'examen des réflexes semble faire apparaître une très légère ébauche de spasmodicité du côté droit.

La maman n'a conservé aucun souvenir d'un épisode quelconque, mais croit avoir remarqué que depuis son jeune âge « Betty avait le côté droit plus faible ».

Chez cette enfant, les troubles intellectuels sont évidemment plus accentués, mais la prédominance des troubles du langage est encore nette. L'expérience de la rééducation phonomimique poursuivie depuis plusieurs mois a été positive très nettement.

Obs. 6. — Madeleine N... nous est adressée de Perpignan par son médecin.

Histoire. — Fille unique, l'enquête familiale ne révèle aucun fait pathologique à retenir, chez les ascendants ou les collatéraux.

« Forte » à la naissance, elle a fait sa première dent à 13 mois, a marché à 15 mois, mais n'a prononcé ses premières paroles : « papa », « maman », que vers 4 ans.

A la maison, elle est légèrement instable, fait de petites colères dès qu'on la contrarie, n'obéit guère et « ronchonne doucement du matin jusqu'au soir » parce qu'elle s'ennuie.

Le sentiment esthétique spontané est développé : « Quelle belle vue on a d'ici ! » — « Comme le ciel est lumineux ! » Betty est assez coquette : « Je veux ce nœud qui est plus joli. » Lors de l'examen, son attitude n'est pas exempte d'une certaine afféterie.

Elle est capable d'exécuter deux ordres simples successivement, mais elle est incapable de compter même sur ses doigts : on n'a pu arriver, même par des procédés de suppléance, qu'à lui faire appeler ses doigts par des noms de nombre : 2, 5, 7, etc...

Nous avons pu nous rendre compte qu'elle est incapable de concevoir que 1 et 1 font 2.

Elle n'est pas spontanément accessible au concept d'usage des objets :

Une chaise ? — « C'est une chaise. »

Qu'est-ce qu'un crayon ? — « Voilà un crayon », sans qu'on puisse jamais obtenir davantage.

Elle est très maladroite et parfois brutale (par incompréhension) avec les animaux.

Le matin au réveil, on doit lui dire de se laver : « Il faut tout lui dire » ; mais elle saura mettre le couvert sans rien oublier.

Etude du langage et de l'écriture : Elle prononce les mots souvent incorrectement, mais retient parfaitement les noms des objets. On aurait pu lui apprendre à distinguer parfaitement, prétend le père, le passé, le présent et le futur. Elle les exprime en tout cas correctement (avec l'aide des parents) dans les petites phrases usuelles.

La mémoire est excellente. On lui a appris à lire très rapidement vers 7 ans en utilisant les méthodes concrètes. Lit bien une page entière devant nous. Apprend par cœur très facilement, même une page entière en prose. Les parents prétendent que la mémoire serait exceptionnelle. Elle aurait appris à lire en trois mois et pourrait retenir une page en prose à la troisième lecture.

On a tout naturellement essayé de l'envoyer en classe, dans une classe ordinaire : elle se lève, fait le tour de la salle, fait des réflexions à haute voix, bref il est impossible de la garder en compagnie des enfants normales.

Cette série de phénomènes pathologiques est au fond, assez homogène et d'un type apraxique particulier. Douée d'une excellente mémoire visuelle, d'une mémoire auditive passable, notre enfant ne peut concevoir qu'un nombre restreint de concepts et d'abstractions (parmi lesquels le concept du beau, en rapport sans doute avec le développement de la sphère visuelle).

Elle peut retenir des séries d'actes successifs, exécutés couramment, ce qui est fréquent : mettre la table par exemple.

La notion d'usage, la notion d'addition lui paraissent complètement inaccessibles.

L'examen neurologique ne nous a pas révélé de signes actuels dignes d'être retenus. L'enfant a cependant présenté dans le passé deux ou trois petites crises convulsives ayant débuté après une leçon un peu longue : violacée au début de la crise, elle a vomi à la fin et fut « abattue » ensuite. L'une de ces crises s'est accompagnée de perte, bien complète, de connaissance.

Nous ne décrirons pas ici les résultats de l'examen endocrinien assez touffus et qui risqueraient de nous entraîner dans des considérations étiologiques complexes.

De l'examen de cette série de tableaux cliniques de petits malades, nous voulons seulement conclure en premier lieu que des troubles de langage bien nets et bien prédominants chez l'enfant, doivent être interprétés d'abord à la lueur des données psychologiques sur l'élaboration du langage, plutôt qu'à celles encore insuffisantes dans l'état actuel des méthodes employées des bases anatomo-cliniques qui furent établies en fonction de l'étude des phénomènes de régression de l'élocution chez l'adulte.

L'association fréquente de manifestations neurologiques de la série organique aisément décelable, l'aspect toujours homogène des troubles du langage eux-mêmes (dès qu'on en peut pousser l'analyse assez loin) font entrevoir la nature anatomique d'un substratum dont nous concevons mal, actuellement, l'explication physio-pathologique.

IIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

(Bologne-Rome, 21 au 25 septembre 1936)

Le IIIe Congrès de la Société internationale d'orthopédie a tenu ses réunions les trois premiers jours à Bologne, siège d'une antique et illustre Université de médecine, vieille ville aux élégants portiques, et aux somptueux palais dans lesquels ont eu lieu des réceptions inoubliables offertes aux congressistes par le prof. Putti et la municipalité. Mais Bologne possède encore plus, la perle de la chirurgie orthopédique, l'Institut Rizzoli, d'illustre mémoire, situé dans le splendide monastère qui, du haut de sa colline boisée, domine la ville. C'est là qu'ont eu lieu les séances de travail et les séances opératoires, ainsi que le banquet de clôture.

Les congressistes ont ensuite été transportés en train particulier à Rome, et le lendemain, une séance de travail a eu lieu dans les magnifiques bâtiments de la nouvelle Université, construite en deux années, et qui représente un centre d'enseignement merveilleux.

A la fin de la journée, une importante délégation de congressistes a été reçue au Palais de Venise, par M. Mussolini, qui, en français, leur a souhaité la bienvenue.

Association de la Presse médicale française.

Puis le Duce a ajouté : « Vous venez de traverser l'Italie, vous avez pu constater que le pays est calme et travaille dans le calme. L'Italie ne demande qu'à vivre en paix et collaborer avec tous les peuples sur le plan économique, politique et social ».

Une réception offerte par le Podestat de Rome au Palais des Conservateurs et dans les Jardins du Campodiglio sur le Capitole, a terminé de manière fastueuse l'accueil que l'Italie a réservé aux congressistes.

Première question

Les dérangements internes du genou

Cette dénomination créée par W. Hey (de Leeds) en 1814 pour désigner les désordres qui suivent ordinairement les traumatismes du genou, a été diversement interprétée par les rapporteurs.

1er *Rapport* : M. Valls (Argentine)

L'auteur limite le sujet aux lésions des ménisques, ligaments croisés et latéraux.

Après un résumé de l'anatomie et physiologie des ménisques, il montre le mécanisme de leurs lésions qui explique la fréquence de beaucoup prédominante des lésions du ménisque interne.

Il ne croit pas à la méniscite de Roux, et pense que l'arthrite déformante préexiste dans certains cas de lésions méniscales.

Dans les cas où le diagnostic est certain, il est partisan résolu de l'intervention précoce. Il conseille la résection partielle, l'extirpation de la partie détachée du ménisque au moyen d'une incision transversale un peu oblique pour éviter le rameau patellaire du nerf saphène interne. On obtient ainsi des résultats excellents dans 80 % des cas. Cette manière de faire est à recommander spécialement dans les accidents du travail.

Le rapporteur expose ensuite l'anatomie et physiologie des ligaments croisés ; il montre que les résultats des expériences cadavériques ne concordent pas avec la clinique.

Le ligament antérieur est atteint dans la grande majorité des cas. On observe une rupture incomplète, complète, ou l'arrachement de l'insertion tibiale — celle de l'insertion fémorale est rare.

Après une période de début où les signes (douleur, tuméfaction, contracture) sont peu précis, apparaissent des signes de gros intérêt : le signe du tiroir que l'auteur étudie en détail, l'entorse à répétition avec hydarthrose, la présence de mouvements de latéralité.

L'immobilisation en semi-flexion peut donner des récupérations absolues. On n'interviendra qu'en cas de persistance d'une instabilité articulaire.

L'auteur a modifié la méthode de Hey Groves, et pratique la réfection du ligament au moyen d'une tresse de fils de soie. Il a opéré ainsi avec succès 9 blessés.

Pour les ligaments latéraux, l'auteur croit à la rareté de leur lésion isolée. C'est le ligament latéral interne qui est d'ordinaire lésé.

Contrairement à l'opinion classique dans les cas moyens et graves, avec diastasis articulaire, il conseille l'opération précoce. Là aussi, il emploie pour la réfection ligamentaire les fils de soie. Trois observations montrent les bons résultats obtenus par cette méthode.

2e *Rapport* : Professeur Paul Mathieu (Paris)

L'auteur envisage les lésions traumatiques des ménisques, des ligaments croisés et de l'épine tibiale, les corps étrangers, et les lésions de la synoviale.

Pour les ménisques, après un résumé de l'anatomie et de la pathogénie, il montre que cliniquement il y a deux catégories de malades : les cas dans lesquels les signes sont nets (phénomènes de blocage, douleur localisée, atrophie musculaire, hydarthrose, saillie méniscale), et les cas frustes. Dans ces derniers, la radiographie, même avec injections intraséreuses, l'arthroscopie, l'auscultation articulaire, ne donnent pas toujours la certitude. Dans les cas classiques, la grosse erreur à éviter est de croire à une tumeur blanche.

L'auteur discute avec soin les indications opératoires. L'incision de choix est l'incision transversale avec section du ligament latéral interne. Elle permet l'exploration et l'ablation du ménisque dans sa totalité. La reconstitution du ligament latéral interne est faite au fil de lin. Les résultats sont excellents dans 80 p. 100 des cas, sur les sujets jeunes, sportifs ; le résultat reste médiocre chez les sujets plus âgés atteints d'arthrite déformante.

Pour les ligaments croisés, le rapporteur montre l'incertitude qui règne encore sur leur rôle, que beaucoup de chirurgiens français croient très relatif, la stabilité du genou résidant surtout dans l'intégrité des ligaments latéraux.

Le traitement est à envisager dans deux circonstances. Dans les entorses graves récentes, on pratiquera l'arthrotomie pour évacuer l'hémarthrose, enlever un ménisque déchiré, les débris des ligaments croisés, la réfection des ligaments latéraux et des ailerons rotuliens. Mais il est admis par la plupart des chirurgiens français qu'à cette période une réparation des ligaments croisés est inutile.

Au contraire, dans le cas de séquelle tardive (instabilité du genou), la réfection des ligaments croisés par la technique de Hey Groves et Smith est indiquée. C'est une indication assez exceptionnelle.

Les corps étrangers articulaires comprennent les corps étrangers multiples de l'ostéochondromatose d'origine synoviale, les corps étrangers traumatiques, et enfin l'ostéochondrite disséquante. Dans cette dernière, les symptômes diffèrent, à la période d'enclavement et à la période de corps étranger libre. La radiographie est indispensable. L'intervention s'impose.

Les lésions post-traumatiques de la synoviale (synovites villeuses, maladie de Hoffa) sont aussi justiciables d'extirpation chirurgicale.

3e *Rapport* : M. Harry Platt (Manchester)

Le terme dérangement interne du genou s'applique : 1° à la blessure du cartilage semi-lunaire ; 2° au corps étranger articulaire.

S'appuyant sur de considérables expériences (plus de 500 opérations de R. Jones, 725 de Bristow, 454 de l'auteur), le rapporteur formule l'opinion des chirurgiens anglais.

Les lésions siégeant sur le ménisque interne sont des fractures d'ordinaire longitudinales, soit dans le tiers antérieur, le tiers postérieur, et dans la moitié des cas avec détachement du bout détaché. Les autres lésions observées, fractures transversales et autres, sont des lésions secondaires. Le ménisque externe peut aussi présenter une fracture longitudinale, mais aussi une mobilité exagérée sans fracture, ou des anomalies congénitales.

Le diagnostic d'une fracture récente du ménisque est à faire avec : 1° les entorses du genou (lésions des ligaments latéraux) par latéralité ou torsion ; 2° les fractures de l'épine tibiale (arrachement de l'insertion tibiale du ligament croisé antérieur).

Dans la plupart des cas de déplacements répétés du ménisque, le diagnostic s'impose. L'examen radiologique élimine les corps étrangers.

Dans les cas douteux, on peut confondre avec une ostéochondrite disséquante, les lésions du bourrelet graisseux sous-rotulien, le début d'une ostéo-arthrite, le relâchement articulaire du genou.

Parmi les signes qui permettent le diagnostic dans les cas douteux, le rapporteur fait grand cas de l'apparition de réaction articulaire ou d'un ressaut brusque à la suite d'exercices gymnastiques.

Le traitement immédiat est conservateur : on n'envisage l'opération qu'après la première récidive et un diagnostic précis.

L'opération comporte une incision transversale sans section du ligament latéral, l'excision complète du ménisque. Si la partie antérieure du ménisque est normale, il faut la détacher pour explorer, en soulevant, la partie postérieure. L'ablation de celle-ci peut nécessiter une deuxième incision complémentaire, mais de manière exceptionnelle.

La marche est reprise au bout de 9 ou 10 jours. Les résultats sont uniformément bons.

4e *Rapport :* M. L. Kalina (Varsovie)

L'auteur insiste surtout sur les incertitudes du diagnostic des lésions post-traumatiques du genou par la clinique seule, et insiste sur l'importance de la pneumographie, beaucoup trop délaissée, car elle est, **quoi qu'on en ait dit,** sans danger.

Il décrit sa technique, très simple, par insufflation d'oxygène et, par exception, avec adjonction de liquide opaque.

Il montre l'image obtenue sur le genou normal, et dans les divers cas pathologiques. Il conclut : dans les ruptures longitudinales du ménisque avec déplacement, les plus fréquentes, la pneumographie fournit des signes de diagnostic certains. Dans les ruptures longitudinales sans déplacement, le diagnostic est possible au moyen de plusieurs clichés.

Dans les cas mixtes, le diagnostic est plus difficile, et dans les lésions transversales, le pneumoradiogramme ne donne plus de renseignements précis.

Le diagnostic des corps étrangers et de la maladie de Hoffa est bien mis en évidence par l'injection d'oxygène.

Les cas de lésions récentes du ménisque sont à traiter par la méthode conservatrice. En cas de blocage ou de rechute, il convient d'opérer. L'auteur emploie une incision longitudinale pararotulienne, que l'on peut couder horizontalement au besoin. Il n'enlève que la partie déchirée du ménisque, sauf dans les lésions postérieures où l'ablation totale est indispensable.

La fracture de l'épine du tibia, les ruptures des ligaments croisés sont justiciables du traitement conservateur. On n'opérera qu'en cas d'échec. Il en est de même des ruptures des ligaments latéraux. Dans ces cas, la reconstitution est faite avec des bandes de fascia lata.

5e *Rapport :* M. Bragard (Allemagne)

L'auteur signale une disposition familiale de ménisques discoïdes qui prédisposerait à des ruptures se présentant toujours sous le même aspect.

D'après l'étude de 509 cas, l'auteur a pu établir que si le « genu valgum » prédispose aux lésions du ligament latéral interne et du ménisque externe, c'est l'inverse pour le « genu varum ».

D'après leur mécanisme, les accidents se divisent en 4 groupes : 1° torsion du genou plié avec abduction de la jambe et contracture musculaire en sens opposé ; 2° varus, 3° hyperextension, 4° hyperflexion. Les symptômes, qu'il s'agisse de cas récents, anciens, ou particuliers, sont décrits en détail. L'auteur insiste surtout sur la méthode qu'il a décrite pour l'exploration manuelle du ménisque en avant et en arrière de l'interligne articulaire.

Si l'on place le genou à 150° de flexion avec rotation interne forcée, le ménisque malade est alors senti à la palpation dans la partie antérieure de l'interligne articulaire — et dans cette position sa palpation est douloureuse. Dès que l'on supprime la rotation interne, le ménisque n'est plus senti au doigt.

La partie postérieure du ménisque est palpable et douloureuse. Dans la partie postérieure de l'interligne articulaire, lorsque le genou étant fléchi à 120°, on augmente peu à peu la flexion en faisant de la rotation externe. En rotation interne, le ménisque disparaît.

Pour le ménisque externe, il y a inversion des symptômes.

Cette exploration, dit le rapporteur, a été positive dans la partie antérieure de l'interligne dans 93 % des ménisques rompus, et 54 % dans la partie postérieure.

L'auteur décrit un nouveau signe révélateur de la lésion des ligaments croisés. Il consiste en ceci : le genou étant fléchi, si on suspend à la jambe près du genou un poids de 5 ou 6 kilogs et qu'on lui imprime des oscillations, si après quelques minutes, des douleurs apparaissent, les ligaments sont lésés.

L'auteur étudie ensuite les aspects radiologiques des lésions osseuses et montre par un exemple qu'il ne faut pas s'en rapporter exclusivement à des épreuves faites avec le rayon normal à l'interligne. Les radiographies contrastées donnent souvent mais pas toujours un diagnostic correct.

Pour les lésions du ménisque, l'auteur pratique la résection partielle modelante, laissant en place la partie encore adhérente.

Pour la réfection des ligaments croisés à la plastique par « fascia lata », il préfère une technique personnelle de plastie avec les tendons du demi-tendineux et demi-membraneux fixés au tibia après tunellisation. Leur tonicité musculaire donne une grande stabilité.

Après les réfections de ligaments, il est utile de faire longtemps porter des gaines moulées avec articulation physiologique, dont les mouvements sont synchrones à ceux de l'articulation.

Discussion. — Ont pris la parole : MM. Deutschlander, Hackenbroch, Mau, Böhler, Delchef, Campbell, Dickson, Wilson, Boppe, Rocher, Sorrel, Tavernier, Bristow, Fairbank, Bargellini, Calandra, de Gaëtano et del Torto, Delitala, Gazzott, Putti, Vachelli, Zanoli, Raszeja, Debrunner, Martin du Pan, Frejka, Zahradnicek.

Il ressort de cette discussion que si d'une part certains chirurgiens, les Anglais en particulier, pratiquent l'extirpation partielle des ménisques par une courte incision du ligament latéral interne, d'autres se montrent au contraire partisans d'une ouverture large du genou par voie transrotulienne par exemple. Les Français restent partisans du juste milieu : exploration par une incision dans l'interligne, et en cas de nécessité pour pratiquer l'exérèse totale du ménisque jugée indispensable, section du ligament latéral interne qui est ensuite reconstitué.

Deuxième question

Les arthrorises dans les séquelles de la paralysie infantile

1er *Rapport.* — Prof. Rocher et Dr Christian Rocher (Bordeaux)

L'arthrorise est une opération qui modifie la forme des surfaces articulaires, de manière à en limiter le jeu.

Dans la paralysie infantile, on l'emploie isolément ou surtout associée à d'autres opérations ostéo-articulaires ou tendineuses.

D'après la technique, on peut distinguer trois groupes d'arthrorises :

1° La création de butées extra-articulaires par implantation sur l'une des extrémités articulaires d'un greffon saillant ;

2° Le blocage intra-articulaire par soulèvement d'une partie de la surface articulaire ;

3° Les arthrorises arthroplastiques qui réalisent la butée par des résections articulaires complexes.

Le rapporteur passe en revue pour chaque articulation les techniques et les indications.

Au cou-de-pied, l'arthrorise antérieure s'exécute, soit par greffon implanté dans la partie antérieure de la poulie astragalienne (Putti, 1re manière), soit par soulèvement d'un volet taillé dans l'astragale (Putti, 2e manière, L. Michel, etc.). Elle présente deux grandes indications : 1° constitution d'un équinisme fixe, qui déclanche et entretient l'hyperextension du genou et de la hanche, indispensable à la marche sans appareil dans les paralysies totales du membre inférieur (méthode de Putti) ; 2° dans le pied talus paralytique.

Dirigée contre l'équinisme, l'arthrorise postérieure est exécutée selon la technique décrite dès 1920 par Toupet : création d'une butée par implantation d'un greffon à travers la portion postérieure de l'astragale ou du calcanéum, ou par soulèvement d'un volet pédiculé sur le calcanéum (Campbell, Nové-Josserand).

L'arthrorise latérale (Calandra, del Torto), est réalisée contre le varus ou le valgus.

— Au genou, l'arthrorise intra-articulaire par relèvement de la partie antérieure du plateau tibial, ou extra-articulaire par greffon implanté, lutte contre un recurvatum exagéré (+ de 250).

— Au coude, la création d'une butée en flexion à angle droit aide à la récupération de la fonction de flexion.

— A la hanche, à l'épaule, elles aident à lutter contre les subluxations paralytiques.

Les résultats à distance sont dans l'ensemble excellents. On a reproché aux butées par greffon la possibilité de fracture, de résorption, de soudure à l'os opposé, accidents exceptionnels. Si les méthodes à lambeau sont peut-être plus sûres, elles ne sont pas toujours applicables et règlent moins exactement l'étendue des mouvements à conserver.

Le rapport contient de nombreuses statistiques dues surtout aux chirurgiens français.

2e *Rapport :* Dr P. Palagi (Florence)

Ce rapport confirme les données du précédent pour l'historique, les techniques diverses, etc., mais, chose curieuse, pour une opération qui, somme toute, est née en Italie, les indications sont beaucoup plus discutées qu'en France. En effet, les chirurgiens italiens pratiquent les ténodèses et transplantations musculaires, peu usitées chez nous, qui en limitent les indications.

Au pied, l'arthrorise antérieure a pour indication principale l'arrêt de flexion dorsale du pied pour permettre la marche sans appareil dans la paralysie totale du membre. Dans la correction du « pes calcaneus sursum flexus », elle s'associe aux transplantations tendineuses. Dans le pied « calcaneus » creux, elle est rarement employée et à titre complémentaire d'autres opérations.

L'arthrorise tibio-tarsienne postérieure est très discutée en Italie. Dans le cas de chute du pied avec conservation du triceps sural, on lui préfère la ténodèse antérieure. Dans le pied ballant, l'arthrodèse tibio-tarsienne est préférée.

L'arthrorise latérale est une intervention complémentaire, utile surtout dans le cas de laxité de la mortaise.

Dans le « genu recurvatum » paralytique marqué la butée antérieure donne des résultats supérieurs aux plasties tendineuses et aponévrotiques. Les méthodes extra-articulaires (Lexer, Boehm), sont les meilleures ; l'olécranisation de la rotule (Tavernier, Léo Mayer), plus complexe, doit être réservée aux cas d'atrophie des extrémités articulaires.

La reconstitution du toit du cotyle dans le cas de luxation ou subluxation paralytiques, ne donne de succès durables que lorsque le facteur squelettique présente une prépondérance nette sur les facteurs dynamiques (paralysies partielles). Le plus souvent, ce sera une opération complémentaire aux opérations musculaires.

Au membre supérieur, l'arthrorise est indiquée au coude (Putti) ; elle doit être préférée à l'arthrodèse. Elle favorise la reprise de la flexion, surtout associée à l'opération de Steindler (transplantation haute des muscles épitrochléens). Au poignet au contraire, l'arthrodèse donne des résultats supérieurs à l'arthrorise.

3e *Rapport :* M. San Ricar (Barcelone)

Le rapporteur s'excuse de ne donner qu'un rapport verbal. Il expose que tout ce qu'il possédait, ses documents scientifiques, sa clinique, tout a été détruit, et que lui n'a pu avoir la vie sauve qu'en s'échappant sur un torpilleur allemand. L'arthrorise a été très employée en Espagne avec les méthodes déjà décrites. Elle est employée comme butée définitive ou chez les tout petits comme butée temporaire avec de bons résultats, dont il donne de nombreux exemples.

Discussion. — MM. Faldini, Hackenbrock, Erlacher, Stracker, Mapfei, Van Haelst, Scherb, Boppe, Michel, Nové-Josserand, Bargellini, Calandra, de Gaëtano et del Torto, Decitala, Galeazz, Maragliano, Lavermicocca, Deutchlander, U. Camera, Yotchich prirent part à cette discussion. La plupart pour exposer leur technique personnelle déjà notée dans les rapports et leurs résultats. Il n'y eut de discussion véritable qu'entre les orthopédistes italiens pour la plupart peu partisans de l'arthrorise postérieure pour le traitement de l'équinisme. Ils lui préfèrent les ténodèses des muscles antérieurs paralysés. Seul M. Ugo Camera a défendu l'arthrorise postérieure qu'il utilise non seulement dans les paralysies flasques, mais aussi et avec succès dans les paralysies spasmodiques

Séances opératoires

A l'Institut Rizzoli, le professeur Putti a donné deux séances opératoires comportant :

1° Réduction sanglante d'une luxation congénitale irréductible chez un enfant de 5 ans ;

2° Résection-arthrodèse par la méthode personnelle du prof. Putti ;

3° Arthroplastie du genou, avec interposition d'un lambeau libre de « fascia lata » par la méthode du professeur Putti ;

4° Pied bot paralytique varus équin. Correction au moyen de l'ostéoplaste du prof. Putti ;

5° Même intervention sur un pied bot congénital.

Questions particulières

Peter Bade. — Ostéite fibreuse localisée au tibia. Accidents consécutifs.

Deutschlander. — Reposition sanglante de la luxation congénitale de la hanche chez l'adulte. Résultats éloignés.

Delchef. — Résultats éloignés du traitement non sanglant des luxations congénitales de la hanche (film).

Dega. — Sur les manœuvres de réduction dans la luxation congénitale postérieure.

Zahradnicek. — I. Le problème de la réduction des luxations congénitales hautes de la hanche. — II. L'importance de la détorsion des positions anormales du col du fémur.

Albee. — Reconstitution de la hanche pour fracture du col du fémur (film).

Trêves. — Une modification à l'opération d'Ogston dans le traitement du pied bot varus équin congénital.

De Gaëtano. — Les résultats du traitement chirurgical dans le torticolis musculaire congénital.

Valls. — L'ostéosynthèse des fractures du col fémoral (film).

Lagomarsino et Valls. — L'ostéosynthèse sous-cutanée des fractures du col du fémur. Procédé personnel.

Ettore. — Traitement des fractures du col du fémur par l'ostéotomie avec abduction. Présentation de malades.

Palagi. — Traitement orthopédique des fractures du col du fémur.

Rocher. — Greffe osseuse du col du fémur pour fracture pathologique.

Gruca. — Le traitement de fractures du col du fémur et coxa vara sans contrôle radiographique.

Mau. — Diagnostic précoce de l'épiphysiolyse de la tête fémorale chez les adolescents.

Wilson. — Traitement de l'épiphysiolyse de la tête fémorale par la fixation interne.

Richard. — L'évolution post-opératoire du mal de Pott de l'enfant.

Mezzari. — Rapport anatomique et histologique d'un cas d'ostéochondrite vertébrale.

Maffei. — Traitement chirurgical des ostéoarthrites tuberculeuses.

Roederer et Glorieux. — Fréquence de la spondylolyse. Son rôle dans l'étiologie de certaines scolioses.

Galeazzi. — Résultats éloignés de mon traitement de la scoliose.

Scherb. — Analyse des contractions musculaires dans le diagnostic de base.

Frejka. — L'ostéosynthèse dans le traitement des lombalgies.

Van Neck. — Raccourcissement opératoire du membre inférieur.

Van Assen. — Le traitement des paralysies spasmodiques (film).

Yotchich. — L'opération de Fœrster dans la maladie de Little.

Marconi. — Paralysies spastiques (film).

Rocher. — Maladie de Recklinghausen.

Sarcevic. — Traitement personnel du pied plat.

Marconi. — Anatomie de la région sacro-iliaque.

Farkas. — Présentation d'appareils.

***

Le quatrième congrès de la Société internationale d'orthopédie se tiendra en 1939 à Berlin, sous la présidence du professeur Goelst, de Berlin ; vice-président : M. Haglund (Suède).

Les questions mises à l'étude, sont :

1° Résultats du traitement sanglant et non sanglant des luxations congénitales de la hanche ;

2° Traitement des fractures du col du fémur.

Cinq rapporteurs seront désignés pour chaque question.

La société décide de s'intituler dorénavant Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie.

M. LANCE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE DÉCRET SUR LES CUMULS (1)

Le bon sens a fini par triompher : le décret qui vient de paraître sur les cumuls et qui, quoi qu'on en ait dit, était à l'origine singulièrement menaçant, ne compromettra ni l'enseignement de la médecine, ni la pratique de son exercice normal, ni les bienfaits que peut en attendre la santé publique.

Mais ce n'est pas le bon sens seul qui a triomphé : nous sommes à une période où la qualité tend de plus en plus à s'effacer devant la quantité ; où on ne demande plus à ceux qui sollicitent : « Qui êtes-vous ? » mais bien : « Combien êtes-vous ? »

Si donc la médecine n'a pas été désorganisée, c'est grâce à l'unanimité de tous, médecins d'aujourd'hui et médecins de demain : Professeurs de nos Facultés, médecins praticiens, étudiants en médecine, tous se sont élevés contre cette désorganisation. Tous ont montré ainsi qu'il était au moins une profession dans laquelle l'état-major, les cadres — médecins syndiqués ou non syndiqués, — les étudiants étaient étroitement liés pour défendre contre les

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, n° 54, p. 962 ; n° 85, p. 1458 ; n° 87, p. 1495.



aventures à la fois leur profession et la santé publique.

Dans cette action ainsi généralisée, il convient de rendre hommage à ceux qui en furent plus particulièrement les artisans.

L'Association Corporative des étudiants en médecine, par son dévoué délégué, M. Mordagne, n'a cessé de montrer le danger imminent et, contre vents et marées, de prêcher la nécessité d'une action généralisée. Nos maîtres n'ont pas hésité à y participer et tous les groupements médicaux jusqu'à la Confédération, s'y sont employés de leur mieux.

Enfin le ministre de l'Education Nationale et celui de la Santé publique ont écouté nos protestations, les ont appuyées et ont contribué à les faire entendre et à faire adopter nos vœux.

Ce résultat montre bien combien il est indispensable que les liens qui nous unissent tous dans notre profession, soient maintenus et encore resserrés, car il montre une fois de plus que véritablement, l'union fait la force.

A. HERPIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 5 novembre. — Jury : MM. Bezançon, président ; Lenormant, Gastinel, Schwartz. — M. LEMOINE. La thrombose de l'artère bronchique. — M. FROMENTIN. Etude du traitement du tétanos.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PSEUDARTHROSE DU COL DU FÉMUR

Les pseudarthroses sont une complication toujours grave et assez fréquente des fractures du col du fémur ; elles ne se voient jamais chez l'enfant ; chez l'adulte, l'âge est d'importance capitale.

ETIOLOGIE

Un certain nombre de facteurs interviennent dans la production de la pseudarthrose :

a) Si avant 50 ans la pseudarthose est possible, elle dépend surtout de facteurs locaux ;

b) Après 50 ans, on risque d'autant plus la pseudarthrose que le trait est plus haut ;

c) *La syphilis* reste un facteur très important de la pseudarthrose ;

d) L'élément le plus important est le siège du trait de fracture : *la pseudarthrose est l'apanage des fractures cervicales vraies*, il semble que ce sont les *fractures sous-capitales* qui sont le plus exposées à cause de la difficulté de la réduction par manœuvres externes ;

e) L'angulation en avant des deux fragments explique la production de la pseudarthrose, de même que dans certains cas une interposition fibreuse ou fibro-musculaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lésions de la tête. — On peut décrire trois types dans la pseudarthrose :

— *La tête en coque* qui traduit une nécrose avancée.

— *La tête morte non résorbable :* cette nécrose dure (tête non décalcifiée, donc non vascularisée) réalise une véritable séquestration de la tête.

— *La tête normale :* la pseudarthrose est expliquée par la non-consolidation des *fragments.*

La vascularisation de la tête isolée intervient dans cette nécrose car la variabilité du système vasculaire ne permet pas d'affirmer la constance de la bonne nutrition ; la diminution de l'irrigation n'est pas toujours fonction de l'âge.

Quant à la *réhabitation de la tête*, il faut dire :

— Que chez le *jeune* la tête en coque n'est pas réhabitable, alors qu'une tête en nécrose dure peut-être, stimulée par le greffon ;

— Chez le *vieillard*, le peu de puissance ostéogénique locale, ainsi que celle du greffon, donne très peu de chance à une réhabitation.

Lésions du fragment externe. — La *résorption progressive* du moignon du col est à peu près *constante*, aboutissant à une coxa adducta quand les deux fragments viennent en contact.

ETUDE CLINIQUE

On ne peut parler de pseudarthrose du col du fémur *qu'un mois* après la fracture.

Certaines pseudarthroses sont compatibles avec une certaine activité.

D'autres sont très douloureuses et encore avant toute intervention faut-il s'assurer que la non-consolidation est en cause.

Le plus souvent *l'impotence fonctionnelle* est marquée : si la *pseudarthrose est lâche*, le diagnostic est facile, le malade plonge en marchant, il lui est impossible de décoller le talon du plan du lit, il faut noter l'absence de douleurs.

Quand *la pseudarthrose est serrée*, le diagnostic est plus délicat : 2 signes : le *signe du tiroir* de Delbet qui se recherche la cuisse fléchie sur le bassin ; le *mouvement de piston* recherché sur le malade couché sur le dos.

L'examen radiographique est de toute importance : dans certains cas, c'est en prenant plusieurs clichés dans des positions du membre différentes que l'on pourra mettre en évidence des changements de rapport entre les bords des fragments interne et externe.

TRAITEMENT

On a proposé les opérations *ankylosant la hanche* qui paraissent assez illogiques parce que schockantes, parce que puissance ostéogénique très limitée, enfin parce que nécessitant une immobilisation plâtrée très longue.

L'enchevillement transtrochantérien sans arthrotomie et par greffon péronier a l'avantage d'être facile quand il est fait sous radio, d'être bénin. Son inconvénient majeur réside dans la *destinée du greffon :*

Qui peut venir se placer au pôle supérieur de la tête ;

Qui peut basculer par ascension du fragment externe ;

Qui *peut se fracturer*, éventualité que l'on peut éviter en plâtrant l'opéré sur la table d'opération et en immobilisant longtemps (position de Witheman).

Enfin l'arthrite post-opératoire peut aggraver le pronostic.

L'arthrotomie avec enchevillement permet de vérifier l'état de la tête et de lever au besoin une interposition interfragmentaire.

Actuellement les *résections arthroplastiques de la hanche* donnent d'excellents résultats, à condition de mobiliser très précocement. Les résultats semblent d'autant meilleurs que le trait de fracture est plus interne.

R.-J. CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 89. — SAMEDI 7 NOVEMBRE 1936. 109e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - **Téléph.** : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de province. — NANCY. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes : MM. Leichtmann, Picard, Lecoannet, Cordier et Heuilly.

Externes en premier : MM. Castelain, Gayet, Ledoux, Demange et Herbenval.

ROUEN. — Le concours pour l'externat des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 17 décembre 1936, à 16 h. 30, à l'Hospice général. S'inscrire au Secrétariat des hospices, 1, rue Germont, à Rouen, avant le 1er décembre 1936, à 18 heures au plus tard.

Le 11 Novembre à la Faculté de Médecine. — LE COMITÉ DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES MÉDECINS DU FRONT rappelle aux camarades appartenant aux différentes Sociétés fédérées, ainsi qu'à tout le corps médical présent à Paris ce jour-là, qu'il déposera une gerbe devant le monument funéraire, érigé à la Faculté de Médecine de Paris, aux médecins tués ou morts de leurs blessures durant la guerre.

La cérémonie aura lieu, suivant la coutume, le 11 novembre à 9 h. 30 du matin, en présence du Doyen de la Faculté de médecine, des délégués de l'Académie de médecine et de l'Académie de Chirurgie, des représentants des Directeurs du Service de santé des ministères de la Guerre, de la Marine et du Gouvernement militaire de Paris, enfin du directeur du Val-de-Grâce, des délégués des associations d'internes, d'externes et d'étudiants en médecine de Paris.

Ecole de médecine de Tours. — M. Moyrand, chef des travaux de médecine opératoire, a été nommé professeur de médecine opératoire et anatomie topographique (chaire créée.)

M. Bigeard a été prorogé pour un an dans les fonctions de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

Guerre. — MM. les médecins commandants Hugonot et Merz, agrégés du Val-de-Grâce, qui ont accompli leur temps normal d'agrégation, sont chargés d'enseignement à l'Ecole du Service de Santé militaire à Lyon.

Distinctions honorifiques. — Officier de l'Instruction publique : M. le Dr Chevallier, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

— S. M. le Roi Carol vient de conférer la croix d'officier de l'Etoile de Roumanie à M. le docteur Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie, à Paris.

Académie des Sciences — PRIX DÉCERNÉS. — *Anatomie et zoologie.* — Prix da Gama Machado (1.200 francs), à M. Pierre Cappe de Baillon, professeur à la Faculté catholique des Sciences de Lille ; fondation Savigny (1.500 fr.), à M. R. Dieuzeide, assistant à la Faculté des Sciences d'Alger ; prix Jean Thore (1.000 francs), à M. Gaston Portevin.

Statistique. — Prix Montyon (1.000 francs), à M. Michel Huber, directeur de la Statistique générale de la France.

Prix généraux. — Prix Lallemand (1.800 francs), à M. Ivan Bertrand, directeur à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, chef de laboratoire à la Salpêtrière ; prix Thorlet (1.600 francs), à M. Paul Dorveaux, docteur en médecine, bibliothécaire en chef honoraire de la Faculté de pharmacie.

Fondations spéciales. — Fondation Lannelongue (2.000 francs), les arrérages de la Fondation à Mme Gabriel Cusco.

Prix Chauvin (O. R. L.). — Le jury présidé par M. G. Laurens et composé de MM. Chatellier (Paris), Hautant (Paris), Lafite-Dupont (Bordeaux), F. Lemaître (Paris), Rebattu (Lyon), Terracol (Montpellier), après discussion des cinq mémoires présentés pour le sujet : « Les indications opératoires dans les mastoïdites aiguës », a voté les attributions suivantes :

MM. Aboulker et Coussieu (3.000 fr.) ; M. Roger (2.000 francs) ; M. Piaget (1.000 francs).

Nécrologie. — Nous apprenons avec une très vive peine la mort de notre confrère Michel Regnard, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté, médecin de l'Institution nationale des Invalides et de la Fédération nationale des plus grands invalides de guerre, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, décédé à Paris, le 2 novembre 1936.

Il était le fils du regretté physiologiste P.-M. Léon Regnard, qui fut membre de l'Académie de médecine, vice-président de la Société de biologie et de l'Institut océanographique, et membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

On annonce encore la mort de M. Georges Bertaut, pharmacien, ancien interne des hôpitaux de Paris, et du Dr Durand, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

COURS ET CONFÉRENCES

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE (Fondation de la Ville de Paris). Hôpital Broussais-la Charité (96, rue Didot). Professeur M. Emile Sergent. — *Programme général des conférences.* — 1° Le mercredi, à 11 heures : Conférence clinique faite par M. Sergent, qui étudiera alternativement la tuberculose pulmonaire, les maladies de l'appareil respiratoire et les cas intéressant la clinique générale.

2° Le vendredi, à 11 heures : Conférence clinique par les chefs et anciens chefs de clinique ou par une personnalité étrangère au service.

3° Le lundi, le mardi et le jeudi, à 9 heures : Conférences élémentaires de technique et de séméiologie.

4° Le mardi et le jeudi, à 9 h. 30 : Séances de pneumothorax artificiel, par MM. René Mignot et P. Longjumeau, anciens chefs de clinique.

5° Le mercredi, à 9 h. 30 : Consultation sur les maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par M. Aubin.

Les conférences élémentaires du lundi, du mardi et du jeudi, spécialement réservées aux élèves stagiaires, seront faites par le professeur, les chefs et anciens chefs de clinique : MM. Pignot, Bordet, Mignot, de Massary, Longjumeau, Vibert, Imbert, Launay, Poumeau-Delille, Thiébaut, Mamou, Racine, Moricart, Patte, Gallot, Regaud et Fourestier, et les chefs de laboratoire : MM. Henri Durand, Couvreux et Kourilsky. Leur programme détaillé sera affiché dans le service de la clinique.

— CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. Professeur : M. Brindeau. — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. les docteurs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'Hôpital Bichat ; Paul Chevallier, agrégé, médecin de l'Hôpital Cochin ; Vaudescal, agrégé ; Lantuéjoul, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Suzor, accoucheur des hôpitaux ; Desoubry, de Peretti, Bompart, Bidoire, A. M. Weill, anciens chefs de clinique ; Merger, chef de clinique ; de Manet, ancien chef de clinique adjoint ; Vauclin, interne en médecine.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il a commencé le lundi 19 octobre 1936.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. Professeur : M. F. TERRIEN. — Enseignement des stagiaires, mardis, jeudis et samedis, à 10 heures (amphithéâtre Dupuytren) : leçons pratiques avec projections, suivies d'exercices techniques et d'examens de malades.

Lundis et mercredis : consultation expliquée.

Vendredis, à 10 h. 30 : leçon clinique.

Un examen obligatoire et portant sur les matières enseignées aura lieu à la fin du stage.

COURS DE PHARMACOLOGIE. — M. le professeur TIFFENEAU a commencé son cours le mercredi 4 novembre, à 16 heures, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian. Sujet du cours : Médicaments du système nerveux central et périphérique.

CHAIRE D'HYDROLOGIE. — M. le professeur Maurice VILLARET a commencé son cours le mercredi 4 novembre 1936, à 16 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le professeur GRÉGOIRE a commencé ses leçons cliniques le jeudi 5 novembre 1936, à 11 heures.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Conférences d'anatomie descriptive.* — M. le professeur OLIVIER a commencé ses conférences le jeudi 5 novembre 1936, à 18 heures, grand amphithéâtre, et les continuera les samedis, mardis et jeudis, à la même heure. (*Anatomie de la tête, du cou et du thorax.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE (Hospice de la Salpêtrière). — M. le professeur A. GOSSET commencera son cours de clinique chirurgicale le jeudi 12 novembre 1936, à 11 h. 15, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

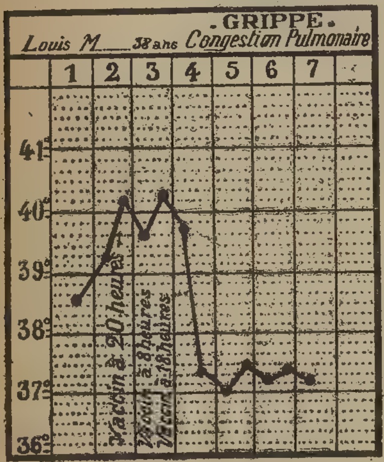
COURS DE MÉDECINE LÉGALE. — M. le professeur BALTHAZARD commencera son cours le vendredi 13 novembre 1936, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; le cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis suivants, en novembre et en décembre. Sujet du cours : Attentats à la pudeur ; Viol et perversions sexuelles ; Hermaphrodisme ; Avortement criminel et infanticide ; Coups et blessures ; Le problème de l'identité ; Anthropométrie et dactyloscopie ; Examen des taches, poils, etc...

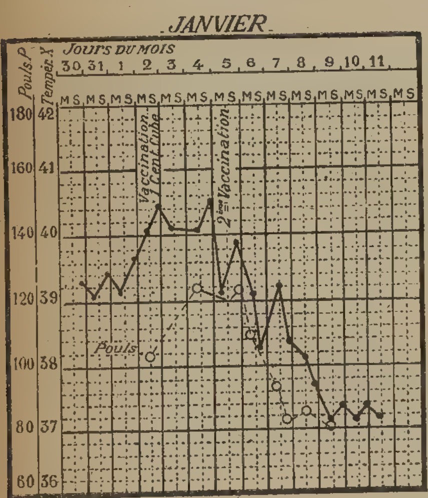
AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE DES HÔPITAUX. — Un cours, hors série, d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence), en onze leçons, sera fait par le docteur Pierre ABOULKER, prosecteur, à partir du lundi 16 novembre 1936, à 14 heures. Le cours continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

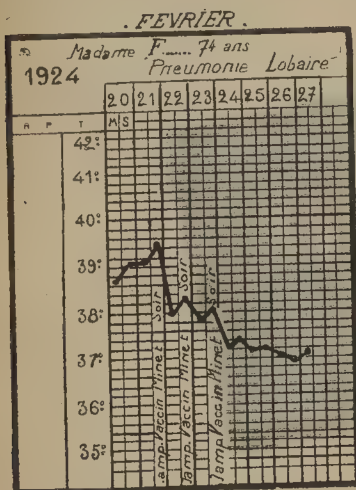
Traitement des affections pulmonaires aigües et chroniques de l'appareil respiratoire

par les VACCINS du Professeur MINET

La grippe, affection microbienne dont l'agent causal n'est pas encore parfaitement déterminé, ne présente de réelle gravité que dans ses complications.







En effet, le rôle des « infections secondaires », « des microbes de sortie » est aujourd'hui bien précisé. On sait que, sur le terrain préparé par le virus grippal inconnu, les hôtes banals des voies respiratoires se développent avec une facilité et une rapidité souvent surprenantes ; en réalité c'est eux qui, dans la majorité des cas, font la gravité de la maladie. Cette notion n'a pas échappé aux auteurs qui ont utilisé des sérums antistreptococciques, antipneumoniques, ni à ceux qui, à titre prophylactique ou à titre curatif, se sont servis de vaccins microbiens.

Depuis plusieurs années, le professeur MINET utilise systématiquement un vaccin polyvalent dans le traitement de la grippe.

L'action de ce vaccin anti-grippal se manifeste de façon différente selon les cas.

Tout sujet qui, au cours d'une épidémie de grippe, **présente une élévation soudaine de température,** est justiciable d'une injection de vaccin antigrippal. C'est le meilleur moyen pour arrêter net l'évolution de la maladie.

Chez les sujets déjà en pleine évolution de la grippe sévère, sans complications pulmonaires importantes, tantôt l'évolution de l'affection est singulièrement raccourcie, la température tombant en quelques heures ou en un jour ou deux après l'injection vaccinale et la guérison survenant en même temps ; tantôt la durée de la maladie ne paraît pas influencée, mais l'état général s'améliore, le faciès est moins terreux, la langue se nettoie et le patient fait les frais d'une infection à laquelle il paraissait ne pas devoir résister.

Chez les grippés avec complications pulmonaires, on observe tantôt une réaction générale avec expectoration suivie, avec une extraordinaire rapidité de la guérison complète ; tantôt l'action est tout aussi rapide, mais on n'observe aucune expectoration et les voies respiratoires sont, en quelque sorte, brusquement asséchées.

Dans d'autres cas, enfin, on n'observe pas d'action immédiate évidente, mais l'état général des patients n'en a pas moins bénéficié de la thérapeutique vaccinale, et celle-ci leur permet de conduire jusqu'au bout, avec une sorte d'euphorie vraiment remarquable, des pneumonies ou des broncho-pneumonies grippales en apparence extrêmement graves.

Chez les grippés avec complications telles que : otite, mastoïdite, sinusite, pleurésie, etc., le vaccin anti-grippal donne les mêmes résultats, et agit même quand de la purulence s'est manifestée. Nous insistons tout particulièrement sur le traitement des otites inflammatoires ou purulentes dont l'injection sous-cutanée du vaccin arrête l'évolution en empêchant la production de leurs complications habituelles.

MODE D'EMPLOI

En présence d'une grippe sérieuse, avec ou sans localisation pulmonaire, mais sans complication cardiaque ni rénale, injecter 1 centimètre cube de vaccin antigrippal (le point d'élection est la région dorsale, au-dessus de l'épine de l'omoplate, dans l'espace inter-scapulo-thoracique, ou vers la base du thorax). Répéter l'injection tous les deux jours ou tous les jours, selon la gravité du cas, jusqu'à guérison.

Il y a lieu de réduire la première dose à 1/4 de centimètre cube avant 3 ans, et à 1/2 centimètre cube de 3 à 10 ans. Augmenter jusqu'à 1 centimètre cube, quel que soit l'âge, si la tolérance est bonne.

RESULTATS

Au cours des grippes simples, la vaccinothérapie agit à titre *préventif*, *évitant* presqu'à coup sûr, *les infections secondaires* qui font, le plus souvent, toute la gravité de la maladie. Au cours de la grippe sérieuse, compliquée ou non d'accidents pulmonaires, ou d'otite, ou d'autre manifestation, elle agit soit en provoquant la résolution rapide des signes locaux, soit en donnant à l'organisme une résistance à l'infection que les thérapeutiques anciennes ne nous ont pas accoutumés à observer. La vaccinothérapie, capable non seulement d'agir sur les infections et complications secondaires, mais encore d'en prévenir la venue et d'abréger par là même l'évolution de la grippe, constitue une arme d'un maniement remarquablement facile et d'une incomparable puissance. Le vaccin anti-grippal ne peut amener aucun accident. Sa conservation est d'une durée illimitée.

Le vaccin anti-grippal donne des résultats heureux dans toutes les formes de la grippe, qu'elle soit grave ou bénigne ; le pourcentage des guérisons dépasse 90 %. Le vaccin anti-grippal Minet est employé à « titre préventif » de la grippe : une injection répétée pendant deux ou trois jours consécutifs évite la contagion.

Le *vaccin antipneumonique* donne dans tous les cas de pneumonie, aussi bien dans la broncho-pneumonie infantile que dans la pneumonie franche de l'adulte et dans la broncho-pneumonie des vieillards, la guérison dans la presque totalité des cas.

Le *vaccin antiasthmatique*, préparé selon les mêmes méthodes, amène d'après le professeur Minet, la guérison dans le tiers des cas traités et une très grande amélioration dans un autre tiers. Son emploi est donc des plus intéressants.

Tous ces résultats ont été consignés dans une série de communications faites par le professeur Minet à la Société médicale des hôpitaux de Paris et ont été vérifiés en France et à l'étranger depuis plus de 10 ans, par un bon nombre de cliniciens.

Ces vaccins présentent *le grand avantage de ne jamais amener d'accidents.* Leur conservation est indéfinie. Ils sont mis en vente par les Laboratoires Sténé, 2, place des Vosges, Paris (4e).

REVUE GENERALE

MALADIE DE CUSHING

Par Pierre AUZÉPY,
Interne des hôpitaux de Paris.

En 1932, Cushing précise qu'un syndrome clinique polyglandulaire spécial qu'il individualise est sous la dépendance d'un adénome basophile de l'hypophyse. Depuis, ce syndrome est connu sous le nom de maladie de Cushing.

Depuis que Cushing a enrichi de cette entité morbide la pathologie hypophysaire, un certain nombre de cas ont été décrits en divers pays. La plupart des auteurs à un tableau clinique plus ou moins complet ajoutent l'appoint d'un examen histologique concordant : comme Cushing, ils retrouvent dans le lobe antérieur de l'hypophyse un adénome basophile. Cependant d'autres auteurs, en dépit de recherches patientes, n'ont pas retrouvé l'adénome basophile qu'ils attendaient. Cushing d'ailleurs dès son premier mémoire n'a pas observé de façon constante cette modification anatomique.

En sorte que si l'accord est complet sur la réalité clinique du syndrome de Cushing, quelques auteurs font dissidence sur le terrain du substratum anatomique. En outre, le champ est toujours ouvert aux discussions pathogéniques et même en constatant les modifications hypophysaires, il est loisible de se demander si cette basophilie pituitaire est primitive ou secondaire.

Historique. — Parmi les syndromes glandulaires complexes qui ont été décrits dans ces quarante dernières années, il semble qu'un certain nombre ressortissent à la maladie de Cushing.

Askanasy dès avant 1900 signalait l'existence d'une obésité associée à une ostéoporose avec fractures spontanées, pour laquelle il proposait le terme d'« adipositas endocrinica osteoporotica ». Sur ce tableau clinique, il revient en 1929 et certains de ses élèves, tel Rutishauer, pensent que Askanasy décrivit ainsi le premier cas de syndrome de Cushing.

Nombre d'autres publications antérieures à l'article de Cushing concernent des virilismes pilaires, des syndromes génito-surrénaux, des « diabètes chez des femmes à barbe » où il est aisé de retrouver plusieurs éléments de la maladie de Cushing.

Apert en 1910 décrit un syndrome clinique — dont les traits essentiels font partie du tableau de la maladie de Cushing — où l'hirsutisme est sous la dépendance d'une altération néoplasique de la corticosurrénale.

Cushing en 1912 observe un cas qui lui servira ultérieurement à établir les traits de la maladie. En 1921, Achard et Thiers décrivent sous le nom de « Diabète des femmes à barbe » un syndrome clinique que certains voudraient assimiler à la maladie de Cushing.

D'autres auteurs, Rutishauer, Mooser, Aschner rapportent aussi des cas analogues. Mais ces faits restent isolés.

Le mérite revient tout entier à Cushing d'avoir véritablement individualisé ce syndrome clinique et d'avoir découvert sa base anatomique. C'est à juste titre que ce syndrome porte le nom de maladie de Cushing.

Depuis les communications de Cushing (1932 et 1933) la maladie est observée et étudiée dans les divers pays. Parmi les auteurs de langue allemande, il faut citer Hildebrand, Rutishauer, Kraus, Jamin, Raab ; de langue anglaise : Irving, H. Pardee, Close, Kennedy, Davis, Parkes, Weber. En Italie, de Candia, Gamma se sont intéressés à la question. Dans les pays de langue française, il faut citer les observations de Roch, de Giraud, Margarot et Rimbaud, de Philibert, de Bastenié, de Garnier, Chabrun et Fasquelle et celles toutes récentes et purement cliniques de Langeron, de Weissmann-Netter et Charousset. Plusieurs revues générales enfin ont été écrites dans tous les pays mettant au point la question à ses divers stades. Actuellement, les publications d'ailleurs inégales, les unes purement cliniques, les autres nanties d'un compte rendu histologique, sont toujours fréquentes. Les discussions portent surtout sur l'existence ou l'absence d'un anénome hypophysaire basophile et sur le mécanisme pathogénique.

Etiologie. — La maladie de Cushing est peut-être moins rare qu'on pourrait le croire. Depuis qu'elle a été individualisée, de nombreux cas en ont été rapportés dans tous les pays. Kratislav Jonas dans un article du Journal des Médecins tchèques arrive à un total de 76 observations en comptant dans ce total les cas antérieurement décrits sous des titres divers. Cependant il faut être sévère pour accepter le diagnostic de maladie de Cushing reposant sur la seule clinique ; d'autres syndromes endocriniens peuvent en effet donner un tableau analogue.

Le nombre des cas comportant une autopsie est beaucoup moins grand ; plus restreint encore le nombre de ceux présentant un adénome hypophysaire antérieur basophile.

Cette affection frappe la femme dans les 3/4 des cas et survient chez l'adulte jeune aux environs de 20 ans ; en moyenne de 15 à 25 ans. Mais on peut voir la maladie survenir chez des enfants (6 ans Oppenheim et Fischberg, 11 ans Clifford-Wrigth) ou au contraire à un âge relativement avancé (53 ans Hildebrand, 56 ans Greppi).

On ne sait rien des conditions étiologiques qui président à son apparition. Signalons que dans l'observation purement clinique de Huber et Lièvre le début de l'obésité remonte à une atteinte d'oreillons avec orchite.

Symptomatologie. — Le *mode de début* est d'ailleurs extrêmement variable ; le plus souvent il est progressif : les symptômes s'ajoutent les uns aux autres pour réaliser un tableau complet. Le plus communément, l'obésité est le premier symptôme ; parfois des ménorragies très abondantes marquent le début ; plus souvent au contraire, l'aménorrhée est un signe précoce. Parfois encore des douleurs lombaires ou abdominales constituent le signe initial.

Le diagnostic n'est pas fait à cette période ; il n'est porté que plus tard et souvent des années après, lors-

que tous les signes sont réunis en un syndrome bien particulier.

1° L'*Obésité*, signe précoce, reste un des plus caractéristiques. Progressive et rebelle à tout traitement, elle s'installe en quelques années, parfois en quelques semaines, voire même en quelques jours (Raab). Cette obésité est spéciale par sa distribution : elle n'est pas généralisée et intéresse surtout le tronc, le cou, le visage. L'abdomen est particulièrement atteint, retombant en tablier sur les cuisses. Les seins sont volumineux. Le cou est élargi, le tour de cou peut augmenter de 5, 6 cm. et plus. La nuque est infiltrée avec parfois des amas lipomateux (obs. Garnier, Chabrun et Fasquelle ; Weismann-Netter). La face prend un aspect particulier : visage arrondi, en pleine lune, rendant parfois la malade méconnaissable. Une teinte rouge violacée, en rapport avec l'érythrémie, confère en outre à cet ensemble un caractère très spécial.

Les membres et surtout les extrémités restent intacts et peuvent même paraître plutôt grêles.

Cette obésité est d'ailleurs d'importance variable ; en certains cas elle reste discrète ; en d'autres, elle est énorme. (Jeune fille de 18 ans pesant 149 kgs, Pardee.)

Après avoir atteint son maximum, cette obésité reste stationnaire ; parfois même, on peut constater une nette diminution de poids vers la fin de la maladie.

Cushing avait insisté sur le caractère douloureux de cette obésité. La plupart des observations ultérieures ne notent cependant pas de douleurs spontanées ou à la pression.

Cette obésité est à peu près constante.

2° *Les troubles des fonctions sexuelles* sont capitaux.

L'aménorrhée est habituelle. Parfois cette aménorrhée est précédée d'une phase d'oligoménorrhée ; elle peut être précédée de métrorragies (obs. Roch). Enfin, elle peut avoir un début brusque qui, joint à une adiposité abdominale rapidement progressive, peut faire croire à la malade qu'elle est enceinte (obs. Garnier). Une fois installée, cette aménorrhée est absolue et les différentes thérapeutiques glandulaires sont sans action.

En outre, la frigidité est habituelle ; il n'existe pas habituellement d'inversion de l'activité sexuelle; c'est de façon tout à fait exceptionnelle que l'on pourrait constater des modifications des organes génitaux externes (hypertrophie clitoridienne).

Chez l'homme, l'impuissance est de règle.

3° En d'autres cas, des *douleurs* peuvent être importantes.

Elles peuvent être abdominales ; le malade d'Huber et Lièvre avait subi une appendicectomie. En général, elles siègent dans la région vertébrale. Elles peuvent être discrètes, ou au contraire intenses comme dans le cas de la malade de Abrami, Lichtwitz et Stefianos. Elles gênent alors les mouvements, et la marche peut devenir impossible.

Ces douleurs peuvent être spontanées (région dorsolombaire) ou n'apparaître qu'à la pression. Elles sont en rapport avec une ostéoporose souvent fort accentuée que met en évidence l'examen radiographique. Cette ostéoporose peut être génératrice de fractures soit évidentes, soit méconnues, en particulier au niveau des côtes (obs. Roche). Surtout des fractures trabéculaires peuvent se produire, entraînant un tassement des vertèbres qui se traduit par une cyphose cervico-dorsale et un rapetissement de la taille. Plus apparent parfois que ce rapetissement de la taille est un véritable enfoncement de la tête dans les épaules qui donne à ces sujets une apparence trapue bien particulière.

Tels sont les signes les plus évidents : obésité faciotronculaire, troubles génitaux, douleurs avec ostéoporose et tassement vertébral.

Mais l'examen de tels malades révèle bien d'autres troubles qui peuvent être d'ailleurs les premiers en date.

4° *Les phanères* sont souvent touchées.

L'hypertrichose est surtout nette chez la femme. L'hirsutisme peut atteindre tous les téguments. Il est surtout important à la face où se développent barbe et moustaches, au thorax. Chez le jeune garçon se produit aussi une pousse anormalement rapide de la barbe et de la moustache. Chez l'homme, par contre, cette pilosité est forcément moins apparente ; elle semble aussi moins intense ; souvent elle fait totalement défaut. Les cheveux se raréfient.

La peau, sèche et rude, est le siège de vergetures caractéristiques. Elles peuvent siéger sur tout le corps, notamment sur les seins, les épaules ; mais elles occupent habituellement les flancs, la partie inférieure de l'abdomen, les hanches, les cuisses. Dirigées obliquement, d'une taille souvent anormale (20 cm. de long, 2 travers de doigt de large, obs. Garnier-Chabrun) elles sont surtout remarquables par leur coloration rouge violacée, véritablement purpurine.

D'ailleurs, il n'est pas rare de constater des troubles pigmentaires des membres avec aspect rougeâtre des extrémités, des ecchymoses, du purpura ; l'acrocyanose s'observe aussi.

5° Parmi les signes essentiels, il faut ranger encore l'*hypertension artérielle*. Elle peut manquer (observations de Greppi et Revaelli). Elle est cependant très fréquente, 24 fois sur 26 cas, rapporte Raab. Elle apparaît progressivement et reste à peu près fixe chez un même malade ; Rutishauer cependant la trouve instable, de même Philibert. C'est une hypertension aux environs de 18, 22 pour la maxima et de 10 à 13 pour la minima. Ces chiffres ne sont pas en eux-mêmes considérables, mais le jeune âge des malades donne à cette hypertension toute sa valeur. Elle ne s'accompagne pas habituellement de troubles fonctionnels, parfois cependant palpitations, tachycardie; elle représente un élément important de pronostic car c'est quelquefois de son fait que survient la mort. S'il est assez rare de constater même après des mois ou des années d'évolution des signes cliniques d'insuffisance rénale, il n'est pas inhabituel de voir survenir des manifestations d'insuffisance cardiaque, le plus souvent à type ventriculaire gauche. Les vaisseaux sont fréquemment scléreux et des ruptures vasculaires peuvent se voir au niveau de la rétine, et plus rarement de l'encéphale.

A côté de ces signes les plus importants de la maladie de Cushing, révélés par un examen clinique de quelques minutes, existent en outre un grand nombre

de signes accessoires et un groupe de déséquilibres humoraux prouvés par les examens de laboratoire. Parmi les *signes accessoires*, il faut citer une faiblesse, une asthénie extrêmes, qui augmentent avec les progrès de la maladie.

L'*état psychique* est souvent très modifié. A l'apathie s'associe une irritabilité extrême ; la diminution de la mémoire est très fréquemment notée. Un état confusionnel peut même se voir comme dans l'observation de Langeron avec refus d'alimentation et même hallucinations visuelles et auditives.

Les *troubles oculaires* sont fréquents ; ils peuvent être précoces : vue trouble, diminution de l'acuité visuelle parfois unilatérale. Raab avait déjà signalé chez une femme de 45 ans, syphilitique ancienne, une atrophie optique coexistant avec un élargissement radiographique de la selle turcique. Weissmann-Netter signale une atrophie optique bilatérale par compression des deux nerfs optiques. On sait par ailleurs la fréquence des hémorragies rétiniennes.

Les *troubles neurologiques* semblent rares. Cependant Giraud, Margarot et Rimbaud signalent une paraplégie spasmodique avec énorme hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien (4 gr. 05) et arrêt de la bille lipiodolée. La malade de Langeron présente une quadriplégie avec atrophie type Aran-Duchenne, sans Babinski. Dans le premier cas, il est difficile de ne pas rapprocher cette paraplégie par compression du tassement vertébral secondaire à l'ostéoporose. Cependant le squelette rachidien se révèle radiologiquement normal dans ce cas. Les autres signes sont précisés par les *examens de laboratoire*.

La *polyglobulie* est moins fréquente qu'il n'avait semblé tout d'abord ; elle est rarement importante ; elle oscille entre 5 et 6 millions. Souvent elle fait défaut et on peut même constater un certain degré d'anémie. C'est elle qu'on a rendue responsable de ce teint particulier des malades, rubicond ou pivoine, dans lequel semble intervenir en outre une véritable pléthore vasculaire.

Cette polyglobulie est à rapprocher de celle constatée par Guillain, Léchelle et Garcin (1931) au cours de certains syndromes hypophysaires et hypophyso-tubériens, diabète insipide, acromégalie et syndrome adiposo-génital.

La leucocytose aux environs de 10.000 n'est pas constante, sans modification du pourcentage ; on peut cependant rencontrer une certaine mononucléose ou une certaine réaction myélogène (Medvir et Wermer).

Le signe du lacet est fréquemment positif ; par contre, il n'existe pas de modification du temps de saignement ou du nombre des plaquettes.

Les *troubles glycorégulateurs* sont très fréquents. Rarement existe un diabète vrai ; parfois les malades sont glycosuriques, mais la glycosurie reste toujours modérée, 10-15 grammes, sans signes d'acidose. La glycémie est constamment élevée, 1 gr. 50 en moyenne. Il existe de la glycosurie alimentaire avec augmentation de la flèche hyperglycémique et retour au chiffre normal retardé.

Inversement l'injection d'insuline abaisse brutalement la réserve glycémique (Hildebrand de 1 gr. 11 à 0 gr. 62 pour 15 unités)

La cholestérinémie est supérieure à la normale (1 gr. 90, 3 gr. 08, 3 gr. 44 Cushing, 7 gr. Gamma). Cette hypercholestérinémie a peut-être son rôle dans la sclérose vasculaire.

Le métabolisme de base est extrêmement variable, parfois très augmenté (Cushing +28 %, +37 %), parfois très abaissé — 28 %, — 40 %. Le plus souvent, il est normal.

La calcémie est normale ou légèrement majorée, 120 millig. environ. Les bilans calciques sont souvent négatifs, mais les causes d'erreurs sont multiples et il faut une grande prudence dans l'interprétation des résultats.

La *Radiographie* doit comporter des clichés des os longs, du rachis, du thorax, du crâne. Elle met en évidence l'ostéoporose, surtout nette au niveau des vertèbres des régions dorso-lombaire et cervico-dorsale. Celles-ci sont décalcifiées, claires, souvent bordées d'un trait sombre. Leur hauteur est diminuée. La radiographie objective le tassement trabéculaire et explique la diminution de la taille. Des cals de fractures de côtes parfois multiples sont souvent révélés par le cliché thoracique, qui avaient échappé à l'examen clinique. Le crâne ne montre en général aucune modification, aucun signe d'hypertension intracranienne. Toutefois Raab dans 5 cas signale l'usure du plancher de la selle turcique et ces cas sont à rapprocher de l'observation de Weismann-Netter.

Recherche des troubles endocriniens. — Il est extrêmement difficile dans un syndrome endocrinien si complexe d'isoler la part de chaque glande.

Nous avons vu l'absence habituelle des signes directs de participation hypophysaire : pas de signes radiologiques, pas de signes hypophysaires.

Les signes ovariens sont plus manifestes : l'aménorrhée est constante. La recherche des hormones génitales dans l'urine montre le plus souvent l'absence de folliculine, ce qui est normal, étant donnée l'habituelle atrésie ovarienne. Par contre, les hormones gonadotropes font souvent défaut aussi et cette discordance dans un syndrome d'hyperfonctionnement hypophysaire est un des arguments de la discussion pathogénique.

Au corps thyroïde, on a voulu rattacher la tachycardie, l'exophtalmie que l'on rencontre parfois. C'est une participation d'autant plus discrète que l'exophtalmie est vraisemblablement en rapport avec une sécrétion exagérée d'hormone antéhypophysaire (Labbé et Justin-Besançon). En tout cas, il n'y a jamais ni myxœdème, ni maladie de Basedow vraie associés.

Aux parathyroïdes, ont été attribuées l'ostéoporose, les fractures spontanées, l'hypercalcémie.

Evolution. — Durant des années, la maladie évolue, souvent par poussées, et se complète. Si certains malades peuvent mener une vie relativement peu modifiée, beaucoup d'autres sont mis à l'écart d'une vie active. Progressivement l'obésité s'accentue, des palpitations, de la dyspnée apparaissent et la mort survient en 4 à 7 ans.

Une hémorragie cérébrale, un œdème aigu du poumon, une insuffisance cardiaque peuvent représenter les accidents terminaux ; c'est relativement rare. Presque tous les malades meurent d'une infection intercurrente : érysipèle, abcès, furonculose, phlegmon,

pneumonie, péritonite, méningite. L'extraordinaire fragilité de ces malades à l'égard des infections est vraiment très spéciale. Alors qu'ils étaient en équilibre à peu près correct, une infection les frappe et les tue de façon presque subite.

Formes cliniques. — Les formes cliniques de la maladie de Cushing ne semblent pas très nombreuses.

Chez l'homme, l'hirsutisme fait défaut le plus souvent, l'impuissance est de règle.

Chez l'enfant, apparaît une puberté précoce. Les organes génitaux prennent un développement prématuré.

Swing, Pardee ont décrit des formes mixtes, en particulier association d'un syndrome de Cushing à l'acromégalie, à la maladie de Recklinghausen (Pero).

On peut enfin individualiser des formes évolutives ; certaines rapides évoluant en quelques mois, d'autres traînantes, 15 ans et plus.

Diagnostic. — Le diagnostic de maladie de Cushing au début n'est pas fait ; l'aménorrhée s'installe, brusque et on peut penser à un début de grossesse ou bien on invoque des troubles ovariens ; ailleurs on institue un régime pour combattre une obésité progressive ; parfois encore on lutte contre une asystolie chez une femme jeune dont l'étiologie n'apparaît pas évidente.

Bientôt le tableau se complète et le diagnostic devient aisé en présence d'une malade présentant une adiposité facio-tronculaire, hypertendue souvent hypertrichosique, marquée de vergetures purpuriques. Maintenant que le tableau clinique en est bien tracé, le diagnostic de maladie de Cushing n'est pas difficile, pour qui est averti de son existence.

Certains syndromes glandulaires cependant doivent être discutés : le myxœdème que peut évoquer le facies en pleine lune est vite éliminé ; les autres syndromes hypophysaires ne rappellent en rien la maladie de Cushing. Certains syndromes infundibulo-tubériens d'origine infectieuse, ourlienne par exemple, peuvent réaliser des tableaux voisins (Flandin, Poumeau-Delille, Puech), mais les signes cardinaux de la maladie de Cushing ne se retrouvent pas intégralement.

Certains cancers du thymus (Leyton), certains adénomes ovariens (adénoblastomes) peuvent revêtir un aspect voisin.

En fait, le diagnostic vraiment épineux est celui du néoplasme cortico-surrénal ; celui-ci donne un tableau identique. Sans doute quelques nuances pourraient faire pencher la balance en faveur du cancer surrénal : c'est un hirsutisme plus manifeste, une obésité moins marquée, un virilisme net ; c'est d'autre part la rareté des manifestations osseuses et des vergetures purpuriques. Ce sont là des nuances très difficiles à apprécier et il semble bien qu'un même tableau clinique puisse ressortir à une base anatomique différente, adénome hypophysaire ou néoplasme cortico-surrénal.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie, on trouve des lésions glandulaires multiples.

Dans presque tous les cas, existe une hyperplasie de la corticale surrénale ; très fréquemment, on trouve un ou plusieurs adénomes corticosurrénaux.

Parfois cependant les surrénales sont absolument indemnes.

Les ovaires sont presque toujours atrésiés, sans corps jaune.

Le corps thyroïde est diminué de volume ; les parathyroïdes sont souvent altérées : plus fréquemment scléreuses ou lipomateuses, elles peuvent inversement être le siège d'adénomes.

La lésion dont Cushing fait l'altération primitive est un adénome basophile du lobe antérieur de l'hypophyse. Cet adénome échappe habituellement à l'examen macroscopique ; gros comme une lentille, il ne modifie pas la forme de l'hypophyse. Cependant des adénomes plus volumineux ont été signalés (Wick Petersen, Schmorl, Raab).

L'examen microscopique montre que cet adénome est entouré d'un tissu fibreux qui le sépare de la glande saine. Il est constitué de cellules polyédriques, volumineuses, à protoplasma basophile avec des granulations également basophiles. Le noyau est excentrique. C'est à Cushing que l'on doit la découverte de cet adénome basophile et la réalité de cette altération a reçu une éclatante démonstration dans certains cas tels ceux de Bauer (de Vienne) et de Roch (de Genève). L'autopsie n'avait pas fourni du tableau clinique une explication suffisante ; en particulier n'avait pas montré la tumeur surrénale que l'on attendait. Avertis par les travaux de Cushing, Bauer puis Roch, des années après la mort de leur malade, purent dans l'hypophyse heureusement conservée constater l'existence d'un adénome basophile et rétrospectivement porter le diagnostic de maladie de Cushing.

D'ailleurs il n'y a pas toujours un adénome à proprement parler ; il peut y avoir augmentation diffuse des cellules basophiles hypertrophiant la glande en masse ou de multiples champs purement microscopiques de cellules basophiles.

C'est dire combien la recherche microscopique doit être longue et patiente, elle nécessite toujours des coupes sériées. Avertis de ce point, les auteurs ont poursuivi cet adénome basophile ; la plupart le retrouvent ; d'autres, Kraus, Rutishauer, Gamma ne l'ont pas retrouvé constamment et Cushing le premeir a signalé son absence dans un certain nombre de cas.

Pathogénie. — 1° Avant Cushing, la pathogénie de ces syndromes : obésité, hirsutisme, ostéoporose, n'avait qu'une ressource : l'hyperfonctionnement de la cortico-surrénale. Comme l'avait montré Apert dans un certain nombre d'observations, une néoplasie cortico-surrénale était le substratum anatomique de cet état clinique. Mais souvent la tumeur recherchée n'était pas trouvée ou bien on ne trouvait qu'un état d'hyperplasie surrénale et nombre de cas restaient incertains dans leur base anatomique, dans leur mécanisme physiopathologique.

2° Cushing dans ses cas ne trouve pas de tumeur surrénale ; par contre, un examen méthodique lui fait retrouver de façon presque constante un adénome basophile du lobe antérieur de l'hypophyse. Il pense que cet adénome hypophysaire est l'élément premier de la maladie. L'hypophyse initialement atteinte altère

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENSÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GENATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

à son tour le jeu fonctionnel des autres endocrines qu'elle tient sous sa dépendance. L'adénome basophile imprégnant directement la région tubérienne détermine l'obésité ; les cellules basophiles — qui infiltrent aussi les lobes intermédiaire et postérieur — sécrètent en abondance une hormone vasopressive et déterminent ainsi l'hypertension ; par son action seconde sur le corps thyroïde, les parathyroïdes, la cortico-surrénale et l'ovaire, l'hypophyse déterminerait les signes thyroïdiens, l'ostéoporose, l'hirsutisme, l'aménorrhée. Ainsi la maladie de Cushing, directement opposée à la cachexie hypophysaire de Simmonds, serait un syndrome d'hyperfonctionnement hypophysaire, d'hyperpituitarisme. Secondairement s'échafauderait un hyperfonctionnement des autres endocrines, en particulier des surrénales, des parathyroïdes.

Outre les arguments cliniques et anatomiques, la théorie de Cushing mobilise des arguments expérimentaux. L'injection à l'animal d'hormone hypophysaire détermine une hyperplasie corticosurrénale, une hyperactivité parathyroïdienne d'où ostéoporose. Inversement, on sait que l'ablation du lobe antérieur de l'hypophyse est suivie d'atrophie surrénale et de dégénérescence des parathyroïdes. L'expérimentation délivre encore la théorie de Cushing d'une objection immédiate : d'où vient que manque le syndrome d'hyperfonctionnement ovarien que l'on devrait avoir ? On sait que l'on constate de l'aménorrhée ainsi que l'absence de folliculine et d'hormone gonadotrope dans les urines. Cette apparente contradiction est réglée par les constatations expérimentales suivantes : lorsque chez l'animal, l'hormone gonadotrope est injectée en grande quantité, on constate une maturation avec lutéinisation des follicules ovariens. Secondairement l'ovaire se sclérose et s'atrophie (Zondek). Ainsi semble-t-il se passer dans le syndrome de Cushing.

3° Contre cette conception simple et séduisante militent quelques arguments dont certains sont réellement de poids. Le plus important est sans conteste le défaut de constance de l'adénome basophile hypophysaire. Malgré des examens minutieux, Cushing lui-même, Kraus, Rutishauer, Gamma ne le retrouvent pas régulièrement. Cette basophilie hypophysaire est réellement la pierre angulaire du système proposé par Cushing; son absence dans un certain nombre de cas porte donc à la théorie un coup majeur. En d'autres cas, l'adénome existe bien, mais minuscule, découverte microscopique à tel point que le tableau clinique si fourni paraît disproportionné d'avec une base anatomique si chétive (Kraus, Zondek).

Inversement ces mêmes auteurs rappellent les examens histologiques où est signalée l'existence d'un adénome hypophysaire basophile en dehors de tout signe clinique de maladie de Cushing. Parfois aucun signe clinique ne l'avait traduit. Costello examinant systématiquement 1.000 hypophyses relève 4 % d'adénomes basophiles sans traduction clinique. Parfois les manifestations cliniques étaient l'hypertension artérielle (Kylin), une cirrhose du foie (Goldzicher et Barrelet), l'éclampsie (Bertlinger).

4° Enfin la constatation d'un adénome hypophysaire ne démontre pas sa nature primitive. Le fait de découvrir des cellules basophiles dans le lobe antérieur de l'hypophyse, au cours d'affections diverses, autorise à poser l'hypothèse d'une lésion glandulaire, unique ou multiple, déterminant à titre secondaire une basophilie hypophysaire (Kraus).

Traitement. — Le nombre est encore bien restreint des cas de maladie de Cushing pour avoir une opinion définitive sur le traitement.

Les sels de calcium, les rayons ultra-violets ne modifient pas l'ostéoporose.

Des essais opothérapiques, multiples et variés, ont été tentés, tous infructueux. Cependant, récemment, Laqueur et Deelen auraient eu un résultat intéressant (réapparition des règles, chute de la polyglobulie et de l'hyperglycémie) par un traitement intensif par le benzoate d'œstradiol.

L'intervention chirurgicale n'est pas indiquée en raison de l'absence habituelle de signes d'hypertension intracranienne et de la taille microscopique de l'adénome. Cependant des formes tout à fait exceptionnelles entraînant des signes de compression et menaçant la vue (telle l'observation de Weismann-Netter) justifieraient sans doute une tentative chirurgicale après échec de la radiothérapie.

La Radiothérapie de l'hypophyse représente le traitement de choix. Dans un nombre important d'observations, elle a amené une amélioration plus ou moins nette : disparition de la céphalée, des bouffées de chaleur, diminution de l'obésité, de l'hirsutisme, de l'hypertension, de l'hyperglycémie, réapparition des règles. (Cushing, Jamin, Pende.)

Encore faut-il s'assurer avant d'entreprendre tout traitement qu'il n'existe pas une tumeur surrénale qui indiquerait de toutes autres directives thérapeutiques : interventions chirurgicales, surrénalectomie.

BIBLIOGRAPHIE

Voir l'article de Lichtwitz qui fournit une bibliographie très complète. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 novembre 1935). Ajouter :

E. LAQUEM et DEELEN (Th.). — L'action thérapeutique du menformon dans la maladie de Cushing (Nederlandsch Tijdschrift voor Gances Kunde, t. 80, n° 8, 22 février 1936, p. 743-748.

VRATISLAV JONAS. — L'année médicale pratique, 1936, page 362.

WEISMANN NETTER (R.) et CHAROUSSET (M.). — Maladie de Cushing avec compression progressive des nerfs optiques. *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 9 mars 1936, n° 8, p. 364.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La goutte larvée, pneumopathie goutteuse primitive, par le docteur H. BOULOMMIER. Grand in-8° de 52 pages. A Paris, 1935, chez Doin, 8, place de l'Odéon.

Traitement chirurgical des cavernes de la base. Thèse par le docteur DAMBRIN. Grand in-8° de 231 pages, avec 68 figures. 1936. Chez J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris (6e).

L'année thérapeutique, année 1935, par A. RAVINA. In-8° de 195 pages, chez Masson et Cie.

JOURNÉES ORTHOPÉDIQUES DE TURIN

18, 19 et 20 septembre

En choisissant Turin pour siège des journées orthopédiques de 1936, la Société française d'orthopédie a été bien inspirée. L'accueil qu'elle a reçu dans cette belle ville par les autorités municipales et par le prof. Ugo Camera a été chaleureux, magnifique, l'organisation si parfaite qu'en trois journées, les visiteurs ont pu voir et apprendre un nombre considérable de choses. Nous ne pouvons que résumer ici le programme si intéressant.

Après la séance d'ouverture à l'hôpital orthopédique Régina Margharita, les séances de travail ont eu lieu dans le magnifique service du prof. Annovazi. C'est devant un amphithéâtre rempli non seulement par les membres de la Société, mais par de multiples orthopédistes italiens et étrangers, que le Dr Camera a exposé les méthodes thérapeutiques employées par lui, exposé illustré de projections, multiples présentations de malades, et enfin séance opératoire. Voici les principaux points abordés :

Dans la luxation congénitale, M. Camera reste partisan de la méthode orthopédique, la réduction sanglante pratiquée dans quatre cas ne lui ayant donné qu'un résultat bon. Il utilise pour aider à la dérotation fémorale des ligaments artificiels de soie. Dans la luxation invétérée haute, il utilise l'ostéotomie sous-trochantérienne faite selon sa technique personnelle : section en verrou, bascule du fragment supérieur au moyen d'un fil passé au-dessus du trochanter, et fixation de l'angulation par des fils allant des fessiers au vaste externe. Dans les luxations antérieures appuyées, douloureuses, il pratique la résection de la tête associée ou non à l'ostéotomie. Dans les subluxations ou arthrodèses de la hanche à l'arthroplastie ou à la butée, il préfère, si le cotyle est bon, la résection de la tête, et si le cotyle est insuffisant, l'arthrodèse extra-articulaire.

L'égalisation des membres inférieurs par raccourcissement du membre sain est entrée dans sa pratique courante. Il l'a effectuée 80 fois. Dans la luxation unilatérale, elle constitue le complément de l'ostéotomie, rétablissant l'équilibre du bassin. Elle rend les plus grands services dans les coxalgies et poliomyélites à grand raccourcissement. On ne peut en douter quand on a vu défiler les quelque 20 opérés présentés. On n'a pu qu'admirer chez eux l'absence presque complète de boiterie et l'aisance de la marche.

M. Camera montre l'existence du décollement épiphysaire de la tête fémorale d'origine obstétricale. Il en a observé 4 cas. Dans la paralysie infantile, M. Camera vise à supprimer tout appareillage. Précocement, il pratique une prothèse interne par ligaments de soie, à la hanche, au genou, au cou-de-pied. Il utilise aussi les arthrorises, et plus tard, les arthrodèses tenodées et transplantations.

Il montre comment, pour les différents types de paralysie, il convient de combiner ces opérations.

Au membre supérieur, il insiste sur la possibilité en face d'un membre ballant de le rendre utile par arthrodèses à la fois de l'épaule, du coude et du poignet.

Au membre inférieur, il convient de corriger les attitudes vicieuses. On lutte contre la rotation externe de la hanche par un tendon de soie allant du pubis au trochanter.

Au genou, la transplantation tendineuse donne des résultats magnifiques. Un nombre impressionnant de très beaux résultats présentés vient prouver la véracité de cette affirmation.

Au pied, il faut être très ménager de l'allongement du tendon d'Achille. M. Camera insiste sur les excellents résultats obtenus par l'association de la double arthrodèse avec une arthrodrise antérieure ou postérieure et les transplantations tendineuses. Un défilé de paralytiques opérés a permis de constater combien chez les paralysés récents, l'absence d'appareillage et la correction des déviations par les ligaments de soie, ont favorisé la récupération fonctionnelle du membre.

Dans les pieds bots congénitaux, M. Camera emploie, pour lutter contre l'adduction de l'avant-pied, la transplantation des tendons extenseurs du 4e et du 5e orteil dans le 4e métatarsien. Il en montre les bons résultats.

La séance opératoire, fort réussie, comportait : 1° une ostéotomie sous-trochantérienne ; 2° une transplantation du couturier et demi-membraneux sur la rotule pour genou paralytique; 3° une arthrodrise postérieure pour pied équin; 4° chez le même paralysé, pose d'un fil de soie entre le trochanter et le pubis, pour lutter contre la rotation externe du membre ; 5° raccourcissement de 5 centimètres du membre sain pour une vieille coxalgie ; 6° transplantation de l'extenseur du gros orteil dans le 1er métatarsien, et des 4e et 5e dans le 4e métatarsien pour pied creux essentiel ; 7° dans un pied creux équin, section des muscles plantaires par incision externe, résection cunéiforme dorsale et transplantations comme dans le cas précédent ; 8° Pied talus paralytique, transplantation du jambier postérieur et court péronier dans l'incision du tendon d'Achille; 9° pied bot congénital, section des fléchisseurs plantaires, libération de la base du 1er métatarsien et transplantation des 4e et 5e extenseurs sur le 4e métatarsien.

En terminant, il faut remercier chaleureusement le professeur Ugo Camera et son entourage, de l'amabilité exquise avec laquelle il a su recevoir tous ceux qui venaient s'instruire près de lui. Ils en conservent tous un souvenir reconnaissant et ému.

Il faut aussi noter l'impression profonde produite par la visite de la colonie du 3 janvier, pour les enfants malingres de Turin, œuvre dont la réalisation magnifique montre l'effort considérable du gouvernement fasciste pour les œuvres sociales.

M. LANCE.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME

Le 10 octobre dernier, la Journée du Rhumatisme s'est tenue le matin à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Boppe, le soir à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Laignel-Lavastine.

Rapports

1° *Rhumatismes chroniques et traumatismes.* — Ce rapport a été exposé par MM. Weissenbach et F. Françon.

Les traumatismes jouent un rôle important en pathologie articulaire chronique ; mais pour bien apprécier ce rôle, il est indispensable de faire une discrimination stricte entre les différentes modalités de traumatismes d'une part, les différents syndromes ostéoarticulaires, d'autre part.

I. — Le traumatisme est capable de provoquer des lésions évolutives chroniques spéciales, auxquelles il faut réserver une place à part dans le groupe des rhumatismes chroniques. Il s'agit de formes étiologiques bien individualisées, qui seules méritent le nom de rhumatismes chroniques traumatiques.

Les unes succèdent à un traumatisme unique et violent : arthrite ostéoporotique du type Leriche, avec, comme type régional, la spondylite traumatique, type Kummel-Verneuil ; ostéoarthrite hypertrophique dégénérative secondaire à une arthrite traumatique par entorse, luxation, fracture, etc...

Les autres sont produites par des traumatismes répétés : arthrite par pulvérisation articulaire, arthrite des machines-outils, à air comprimé, etc...

II. — Les grands traumatismes uniques parfois, mais surtout les traumatismes répétés se comportent comme des facteurs de localisation ou d'aggravation dans les différents

rhumatismes, dont la véritable cause, la cause efficiente, est autre, quelle qu'en soit la nature : on ne doit les regarder que comme des causes adjuvantes, mais souvent importantes, lorsque leur répétition atteint une fréquence élevée.

III. — Quant aux traumatismes baptisés « micro-traumatismes » par certains auteurs qui n'en ont malheureusement pas donné une définition précise et valable, c'est à tort qu'on a voulu leur assigner un rôle déterminant et parfois exclusif dans la genèse de maints rhumatismes chroniques. Leur influence ne dépasse pas celle d'un facteur aggravant d'une lésion ayant commencé son évolution ou déjà constituée. Il ne paraît pas habituel qu'ils interviennent, même seulement à titre de facteur de localisation. Encore faut-il, dans chaque cas, préciser leur participation réelle à l'étiologie, à titre de facteur aggravant : à une analyse fine, elle se révélera le plus souvent beaucoup moindre qu'on ne l'aurait pensé tout d'abord.

IV. — Ces conclusions offrent un haut intérêt au regard de la prophylaxie et de la thérapeutique, de la médecine légale et de la médecine sociale : tantôt le traumatisme prend la prépondérance d'une dominante étiopathogénique qui réclame toute l'attention du médecin ; tantôt il n'est qu'un élément contingent parmi d'autres facteurs, dont l'importance le dépasse en nocivité.

2° *Les lésions du tissu cellulaire, des muscles, os et articulations dues aux traumatismes répétés d'ordre professionnel.* — MM. M. DUVOIR et H. DESOILLE.

Certaines professions, par leurs traumatismes répétés, créent indiscutablement des altérations pathologiques de l'appareil locomoteur ; mais dans la plupart des cas, il est nécessaire qu'un facteur individuel se surajoute au traumatisme.

Les déformations ostéo-articulaires sont particulièrement atteintes chez les sujets, dont la croissance n'est pas terminée.

Des examens systématiques, périodiques, permettraient de dépister les altérations dès leur début et d'en enrayer l'évolution.

3° *Rhumatisme et traumatisme de la colonne vertébrale.* — M. le professeur MARTIN et M. JAPIOT.

Les déformations dites rhumatismales de la colonne vertébrale sont assez fréquentes ; elles évoluent, même dans le monde des travailleurs, sans donner lieu à des symptômes permettant d'en faire le diagnostic, sans diminuer la capacité au travail.

Le traumatisme où les efforts anormaux sont les facteurs déterminant des états douloureux persistants de la gêne des mouvements du tronc.

Sous l'influence du traumatisme, les néoformations qui entourent les vertèbres peuvent être fracturées partiellement ou fissurées. Ces lésions minimes sont l'origine de poussées périostiques et d'arthrites chroniques traumatiques qui expliquent la persistance des états douloureux.

Nous croyons avoir démontré par des observations nécropsiques de grands traumatisés, l'existence de ces fractures, de ces fissures, et la difficulté d'en préciser l'existence par la radiographie.

Nous expliquerons ainsi les invalidités résultant des traumatismes vertébraux.

L'état rhumatismal qui complique le traumatisme doit être incorporé en entier dans les conséquences du risque professionnel chez les blessés du travail relevant de la loi du 9 avril 1898.

En matière de responsabilité civile (accidents d'automobile), les caractères d'aggravation des blessures par le fait de la diathèse rhumatismale, doivent être discutés.

L'état antérieur de la victime doit être considéré comme un facteur à dissocier totalement ou en partie des conséquences dommageables d'un accident.

Les blessures aggravées dans la diathèse rhumatismale ne devraient être consolidées que lorsque le traitement médical des complications rhumatismales a été méthodiquement institué et a donné tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre.

En entreprenant de très bonne heure, dès que le diagnostic est certain, le traitement du rhumatisme post-traumatique, il est possible d'éviter des troubles fonctionnels permanents aggravant les infirmités.

D'où la nécessité de répandre cette idée dans le monde des assureurs et surtout des médecins que l'on doit faire profiter les blessés, aussi bien les blessés du travail que ceux qui dépendent du droit commun, de tous les procédés thérapeutiques utiles, aussi bien des installations mécanothérapiques que des cures thermales.

4° *Les ostéoarthropathies consécutives aux gros traumatismes articulaires (luxations et fractures).* — M. BOPPE.

Parmi les multiples variétés anatomiques et cliniques des ostéoarthropathies posttraumatiques, les ostéoarthroses chroniques dégénératives sont les plus intéressantes à étudier pour le rhumatologue.

Cette complication tardive des gros traumatismes ostéo-articulaires existe indiscutablement, mais elle est rare, 1/10e des cas environ.

Cette ostéoarthrose secondaire purement locale apparaît dans ses manifestations anatomopathologiques identique à l'ostéoarthrose chronique dégénérative des médecins ; elle paraît assez indépendante de l'âge, mais par contre, elle est plus fréquente sur les articulations du membre inférieur soumises à de fortes pressions et sur les articulations qui, à la suite du traumatisme, ont récupéré une bonne mobilité.

Par contre, au point de vue clinique, elle paraît essentiellement différente de l'ostéoarthrite chronique primitive. Elle est bénigne, peu douloureuse, ne s'aggravant pas progressivement, épine irritative locale, paraît incapable de créer une maladie générale étendue aux autres articulations. Dans les cas qui ne sont pas exceptionnels où l'arthrose se montre étendue à d'autres articulations, il existait déjà au moment de l'accident des signes parfois discrets, mais nets d'ostéoarthrite préexistante.

Il semble donc que pour le rhumatologue, le gros traumatisme n'ait qu'une importance assez médiocre dans l'apparition d'une arthrose dégénérative et qu'il faille encore maintenir la distinction entre l'arthrite dégénérative secondaire, maladie locale bénigne peu progressive, et l'ostéoarthrite primaire, maladie générale redoutable par sa marche progressive et son extension fréquente aux différentes articulations.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 9 novembre. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Robert Debré, Cathala, Portes. — M. DE MONTIGNY. Le taux de la morbidité et de la mortalité peut-il être abaissé dans les infections puerpérales ? — Mme CASALIS. De l'hypertrophie cardiaque pure chez le nourrisson.

Mardi 10 novembre. — Jury : MM. Mocquot, président ; Nobécourt, Tanon, Mauclaire. — M. ZARGHAMI. Myome malin du col restant après l'hystérectomie subtotale. — M. MAUCLAIRE. Les dépressions térébriformes endocraniennes de la voûte du crâne.

Jeudi 12 novembre. — Jury : MM. Claude, président ; Gougerot, Gastinel, Sezary. — M. TCHEHRAZI. Pathologie et physiologie de l'image de soi.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 90.— MERCREDI 11 NOVEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Université de Paris. — La séance solennelle de rentrée de l'Université a eu lieu la semaine dernière sous la présidence de M. le recteur Charléty et en présence de M. le Président de la République.

Au cours de la séance, le diplôme et les insignes de docteur « honoris causa » ont été remis au professeur Israël Holmgren, directeur de l'hôpital des Séraphins à Stockholm.

M. le doyen Roussy, dans un discours très applaudi, fit l'éloge du nouveau docteur et rappela ses recherches sur l'hyperthyroïdie, l'ossification et la croissance, la physiologie et le chimisme de l'estomac. Il mentionna en outre les travaux nueurologiques et les études de M. Holmgren sur la tuberculose.

Académie de médecine.— CONCOURS VULFRANC-GERDY. — Tous les deux ans, l'Académie de médecine organise un concours, auquel sont seuls admis les internes des hôpitaux. Le candidat reçu est chargé, pendant quatre années consécutives, d'une mission dans une ville d'eaux.

Une indemnité annuelle de 3.000 francs lui est attribuée, à laquelle s'ajoute, s'il y a lieu, une somme de 500 fr., destinée à récompenser le rapport qu'il doit fournir tous les ans sur les eaux de la station qu'il a visitée. Tout candidat ayant accompli au moins trois années de stage est lauréat de l'Académie.

Le concours aura lieu, cette année, le mercredi 2 décembre prochain. Les candidats sont priés d'adresser, avant le 30 novembre, leur demande au Secrétariat de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte.

Académie des Sciences. — Prix décernés. — Deuxième liste. (Voir *Gaz. des Hôp.*, N° 89). — *Médecine et chirurgie.* — Prix Montyon : un prix de 2.500 francs à M. Léon Delhoume ; un prix de 2.500 francs à M. Marius Piéry ; un prix de 2.500 fr. à M. Pierre Rigaud ; trois mentions honorables de 1.500 francs sont attribuées : à MM. Jacques Courtois et Raoul Lecocq, à M. André Feil, à M. Maurice Sourdille. Sont cités : MM. Emile Gilbrin et Georges Fabiani. Prix Barbier (2.000 francs), à M. Bernard Gouzon. Prix Bréant, à M. Jean Laigret. Prix Godard (1.000 francs), à M. Pierre Feyel. Prix Mège (1.000 francs), à M. Joseph Magrou. Prix Bellion (1.400 francs), à M. Marcel Belin. Prix du baron Larrey (1.000 francs), à M. Pierre Oudard. Fonds Charles-Bouchard, à M. Mario Lebel. Prix Jean-Dagnan-Bouveret (15.000 francs), à M. Claudius Regaud.

Cancer et tuberculose. — Fondation Roy-Vaucouloux (6.000 francs), à M. Léon Velluz. Prix Louise-Darracq, à MM. Charles Oberling et Maurice Guérin. Prix Eugène-et-Amélie-Dupuis (4.000 francs), à M. Ernest Coulaud.

Académie des sciences morales et politiques. — L'Académie, en comité secret, a accordé une récompense de 600 francs sur le prix Thorel au docteur Henri Fisher, pour son travail sur l'organisation d'assistance aux enfants infirmes.

Ministère de la Santé publique. — *Un concours* est ouvert pour un poste au moins de *médecin adjoint* résidant au *Sanatorium national Vancauwenberghe* de Zuydcoote (hôpital maritime).

Les demandes doivent être adressées au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e), avant le 6 décembre 1936. Elles seront accompagnées des pièces suivantes : 1° extrait de l'acte de naissance : 2° pièce établissant la nationalité française ; 3° extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois ;

4° copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ; 5° exposé des titres ; 6° dépôt de la thèse, travaux et publications ; 7° pièces militaires ; 8° renseignements sur la situation de famille ; 9° justification de la pratique du laboratoire. (*J. off.*, 5 nov. 1936, p. 11545.)

— Le *Journal officiel* du 6 novembre a publié un arrêté modifiant le tarif national pharmaceutique pour l'assistance médicale gratuite.

— *Un poste de médecin directeur* est à pourvoir, par suite de la création d'un asile public d'aliénés à Lannemezan (Hautes-Pyrénées).

— Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Grasse est vacant.

(Voir *J. O.*, 7 novembre 1936, p. 11.642.)

Etudes sur la Malaria. — La « Societa per gli Studi della Malaria » ouvre un concours destiné à faire connaître les recherches originales faites sur la Malaria en Afrique occidentale italienne. Sont admis tous les travaux relatifs au paludisme inédits ou publiés à partir du 1er janvier 1937.

Pour tous renseignements, s'adresser à la « Societa per gli Studi della Malaria ». Policlinico Umberto Ier à Rome.

Un professeur viennois à Oxford. — On annonce que le professeur Neumann, le réputé oto-rhino-laryngoliste de Vienne, qui donna, dit-on, des soins au roi Edouard VIII, serait pourvu d'une chaire de sa spécialité à l'Université d'Oxford.

COURS ET CONFÉRENCES

Conservatoire national des Arts-et-Métiers. — Un cours de physiologie du travail, d'hygiène industrielle et d'orientation professionnelle a lieu les mercredis et samedis à 21 h. 15. M. Laugier, professeur. Le cours s'est ouvert le mercredi 4 novembre 1936.

Des travaux pratiques, sous la direction de M. Laugier, professeur, et M. Bonnardel, chef des travaux pratiques, ont commencé le dimanche 8 novembre, à 9 heures.

Préfecture de police. — Infirmerie spéciale des aliénés. — Tous les vendredis à 15 heures, depuis le 6 novembre 1936, conférences cliniques par les Drs Logre, Heuyer, Brousseau. S'inscrire, 3, quai de l'Horloge.

Institut de Puériculture (Hospice des Enfants-Assistés), 74, rue Denfert-Rochereau, Paris (14e). — Professeur Lereboullet. — Le cours de puériculture destiné aux dames et jeunes filles commencera le jeudi 12 novembre 1936, à 10 heures (salle des cours du pavillon Pasteur), et sera continué, chaque jeudi, à la même heure.

Des démonstrations pratiques auront lieu le même jour, de 9 heures à 10 heures, avec la collaboration du personnel de l'Institut.

Cet enseignement est gratuit, mais le nombre des élèves étant limité, il est nécessaire de s'inscrire au laboratoire (Hospice des Enfants-Assistés), tous les jours, sauf le dimanche, de 9 à 11 heures, à partir du 16 octobre.

Clinique thérapeutique médicale (Hôpital de la Pitié). — M. le professeur Rathery commencera son cours le 12 novembre 1936, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre des cours de la Pitié.

Chaire d'histologie. — M. le professeur Mulon commencera son cours le vendredi 13 novembre 1935, à 17 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Sujet du cours : *La Cellule et les Tissus.*

Lucien GALLIARD

Médecin honoraire des hôpitaux de Paris
(1852-1936)

Cinquante années durant, il aura donné aux pauvres le meilleur de lui-même, se penchant sur leur détresse, leur apportant ce réconfort moral qui, dans la guérison, intervient autant que les meilleurs remèdes. Il excellait aussi à enseigner les jeunes générations leur montrant avec patience et bonté comment on percute, comment on ausculte, comment on formule, ne manquant jamais de rendre justice à ses vieux maîtres, et en particulier, au professeur Hayem, auquel il gardait une secrète tendresse, en dépit des coups de boutoir que, parfois, il avait reçus de lui... De temps à autre, il publiait un article frappé au coin du sens clinique le plus avisé et il est tel sujet, comme le *Pneumothorax*, auquel son nom restera indissolublement attaché. Il avait aussi écrit sur le *Choléra*, dans la *Collection Charcot-Debove*, une monographie fondée, disait-il, sur l'étude qu'il avait pu faire de cette affection, au cours de l'épidémie de 1892. Ce qu'il se gardait bien d'ajouter, c'est que son courage professionnel lui avait alors valu le ruban rouge... L'heure de la retraite n'avait pas mis un terme à son activité. Il continuait à fréquenter les Sociétés savantes, à suivre les visites hospitalières, à se tenir au courant du mouvement scientifique. A l'heure où il disparaît sans bruit, comme il avait vécu, nous tenons à exprimer nos plus respectueuses condoléances à ses enfants : M. et Mme Jacques Brissaud, M. le prof. et Mme Brumpt, M. le Dr H. Galliard, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Hanoï, et Mme H. Galliard, M. et Mme E. Galliard, M. et Mme Vidil. Nous garderons pieusement la mémoire de ce collègue courtois et bienveillant, de ce modeste qui, en toutes conjonctures, a incarné l'honneur professionnel et qui, doucement, s'est endormi dans l'espérance. Heureux ceux qui, comme lui, meurent au Seigneur, car ils se reposent de leurs travaux et leurs œuvres les suivent (1) ! Heureux celui dont la fin sereine rappelle celle de cet autre patriarche : « Ainsi, ayant perdu ses forces, il mourut, âgé et rassasié de jours, et ses fils l'ensevelirent » (2) !

L. Babonneix.

(1) *Apocalypse*, XIV, 13.
(2) *La Sainte Bible*, Genèse, XXXV, 29.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris

Sous-direction des hôpitaux et hospices
Service de l'exploitation

Le vendredi 4 décembre 1936, à 15 heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication en un seul lot et sur soumissions cachetées, de la fourniture des bandages, pessaires, bas élastiques, etc., nécessaires au service de cette Administration pendant l'année 1937. L'importance du marché est évaluée avant adjudication à 100.000 francs pour l'année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au jeudi 19 novembre 1936.

INFARCTUS DU MÉSENTÈRE

Par M. George PASCALIS.

J'ai eu l'occasion, en quatre ans, d'observer cinq cas d'infarctus du mésentère.

Deux observations ont trait à des malades qui se sont présentés avec un syndrome d'occlusion intestinale.

Une femme, en septembre 1932, était, lorsque je l'ai vue, atteinte depuis 4 jours et elle avait fait une crise identique deux semaines auparavant, aussi espérait-elle que celle-ci passerait comme avait fait l'autre.

En octobre 1934 un homme, vieux colitique, ayant pendant 50 ans malmené son intestin à coups de purges, fut pris d'occlusion 48 heures après un violent mouvement pour éviter un taxi. L'opération a montré une dépéritonisation totale, avec déchirures blanches, d'un mésentère pelvien rétracté par de vieilles lésions avec de multiples foyers infarcis. Il est possible, même probable, que ces lésions de dépéritonisation ont été le fait du mouvement forcé ; il est plus difficile d'affirmer que ce même mouvement est responsable de l'infarcissement. Il n'est pas défendu d'incriminer plutôt la colite fort ancienne dont il souffrait et qu'il traitait avec tant de fantaisie.

Dans un autre cas, le début s'est fait avec l'appareil d'une perforation intestinale brutale, sans prodromes. Et de fait la perforation existait bien, comme l'opération a permis de la voir, mais sur une anse infarcie.

Enfin chez deux autres sujets, le syndrome était celui d'une péritonite généralisée à la période d'état, sans que rien pût permettre de penser à l'infarctus. Pas d'entérorragie, hyperleucocytose sans valeur en l'espèce. Un examen clinique attentif m'a permis, chez l'un de ces malades, de rattacher la péritonite à une appendicite tant les symptômes douloureux et réflexes étaient plus nets dans la zone de Mac Burney. Chez l'autre, s'ils se présentaient aussi précis dans la même région, il existait un deuxième foyer vésiculaire à l'étage supérieur ; il était impossible de dire où le feu avait pris en premier, autrement qu'en invoquant un argument de fréquence.

Je n'insisterai point ici, après ce qui précède, sur la symptomatologie de l'infarctus, tout en nuances.

J'ai eu affaire à des formes larvées et j'ai, cela va de soi, cherché le secours de la radio chaque fois que cela m'a été possible, soit dans trois cas. Dans un quatrième, l'état général ne permettait pas, sans gros risque, un examen supplémentaire : aussi bien la péritonite crevait-elle les yeux et son origine paraissait certaine. L'appendicite était-elle pour quelque chose dans l'apparition de l'infarctus ? C'est probable, mais il est bien difficile de l'affirmer. Dans le dernier cas enfin, le syndrome de perforation était si net, je l'ai déjà dit, qu'il ne pouvait venir à l'esprit d'envoyer de la baryte dans le péritoine pour contrôler un diagnostic par ailleurs certain.

Dans les trois cas dont je parle ci-dessus, l'examen a été pratiqué à vide d'abord, puis après lavement baryté. Cet examen a montré dans un cas l'intégrité absolue des côlons, sans plus, alors qu'ils étaient tous malades.

Chez une femme à syndrome péritonitique, l'examen a permis de voir du liquide libre dans l'abdomen (ce que la percussion avait déjà révélé).

Chez un dernier sujet, enfin, en montrant un cadre colique qui isolait une masse grêle pâteuse, mal limitée, il a permis d'écarter le diagnostic d'occlusion porté, mais qui n'était pas complètement satisfaisant pour l'esprit et a éveillé l'idée d'un infarctus.

En bref, si le diagnostic clinique reste très difficile et se fait plutôt par élimination de syndromes incomplets, la radio n'apporte pas, lorsqu'elle est utilisable, un secours décisif, tout au plus un argument à ajouter à d'autres.

C'est en réalité la laparotomie qui est l'ultima ratio. Elle est d'abord exploratrice. Chez trois de ces malades elle m'a permis de corriger un diagnostic erroné, bien difficile à éviter. Chez deux autres malades venus plus tardivement, l'expérience acquise et la radio m'ont permis de voir juste chez l'un, chez l'autre le syndrome perforation était au premier plan et commandait l'action immédiate.

La femme qui était entrée dans la maladie par une occlusion en deux temps fut opérée par laparotomie sous-ombilicale après narcose au protoxyde d'azote et injection de salicylate d'ésérine (résistante). Au milieu de sang noir flottait l'intestin totalement infarci et très dilaté. Il n'y avait qu'à fermer. En terminant j'ai fistulisé le caecum à la paroi. La mort ne s'est pas fait attendre.

Chez l'autre occlus, la laparotomie a montré un mésocôlon pelvien totalement dépéritonisé, légèrement fissuré, partiellement infarci. D'autres anses disséminées le long du mésentère présentaient des lésions d'infarcissement au début le long de la ligne d'insertion intestinale. Après un sérieux stoppage j'ai fait une iléosigmoïdestomie rapide dans le vain espoir de mettre l'intestin au repos.

Chez deux malades je suis intervenu par la voie de Mac Burney ; celui chez qui le mal s'était révélé sous le masque péritonitique à prédominance appendiculaire et celui qui présentait un syndrome perforant iliaque droit. Dans l'un et l'autre cas, l'appendice était fort atteint, mais ni sphacélé, ni perforé. Ces lésions, pour graves qu'elles fussent, n'expliquaient pas la présence dans le ventre d'un liquide sanglant et malodorant chez l'un, de matières liquides chez l'autre. Après avoir enlevé rapidement l'appendice j'ai fermé et pris la voie médiane chez le premier. Le grêle était totalement infarci ; il n'y avait qu'à mettre un drain et à suturer la paroi. Chez l'autre une perforation sur le côlon pelvien en position fœtale était située au milieu d'une zone infarcie à point de départ mésentérique. J'ai extériorisé entre 2 mèches.

Les résultats ne sont pas brillants. Une guérison difficile — je vais y revenir — et 4 morts. Trois opérés ont donné jusqu'au 5e jour l'illusion d'une guérison sans histoire. L'un d'eux était si bien qu'il mit en défaut le sens clinique d'un éminent chirurgien, cependant informé, qui le vit à plusieurs reprises. Juger objectivement le conduisit à un optimisme que

les faits ne tardèrent point à démentir. Trois sont morts de façon identique en quelques heures avec une terrible brutalité : accélération et altération très rapides du pouls, apparition de placards violets sur la peau, dyspnée sine materia. Bref un syndrome d'intoxication aussi violent que soudain.

Mes observations, trop peu nombreuses, ne permettent aucune conclusion. La cadence à laquelle elles ont été prises permet la comparaison et lorsqu'on les rapproche d'autres publiées récemment on *ne peut s'empêcher de constater que, sous une même dénomination, nous étudions des lésions étiologiquement dissemblables et à des stades évolutifs différents.* Il n'est pas illogique d'admettre que les malades de Grégoire et de Cunéo, guéris par une injection d'adrénaline, avaient *un spasme des vaisseaux mésentériques* tout à fait comparable aux spasmes vasculaires bien connus du système cérébral ou des membres (qui, si souvent, précèdent la gangrène). A côté il faut placer les infarctus *localisés à point de départ intestinal* et qui sont chirurgicalement curables. C'est à cette catégorie qu'appartient le malade que j'ai guéri. Enfin restent les *grands infarctus* par lésions mésentériques artérielles, veineuses ou mixtes, et qui sont au-dessus des possibilités opératoires actuelles.

LES AORTITES CHRONIQUES

Par M. Saillant,
Interne des hôpitaux de Versailles.

A côté de l'état de mal angineux hyperalgique si bien décrit par Weissenbach et Kaplan, des algies angoissantes d'effort, des algies de décubitus, il existe toute une série d'oppressions douloureuses chez les cardiaques, les aortiques, les urémiques, dont on a pu dire que la thérapeutique était bien souvent décevante.

Quelques cas récents d'aortite chronique, sanctionnés par des résultats thérapeutiques favorables, nous incitent à revenir sur cette question.

Ces malades, tous d'un âge variant entre 45 et 60 ans, se présentaient, soit avec des phénomènes douloureux, soit avec des troubles respiratoires.

La douleur, dans ces cas, peut affecter plusieurs types : palpitations douloureuses, douleurs rétrosternales semblables à celles de l'angine de poitrine, avec sensation de mort imminente et irradiation vers le membre supérieur gauche ; d'autres fois, irradiation épigastrique, constriction laryngée, etc.

Les douleurs surviennent par accès, et s'accompagnent de crises oppressives. Chez quelques-uns de ces malades, en appuyant sur le 2e espace intercostal droit, il est possible de provoquer une douleur au niveau de l'aorte.

Les troubles respiratoires se présentent le plus souvent sous forme d'accès de toux ou de dyspnée : tantôt dyspnée d'effort relevant pour une part de lésions vasculaires concomitantes, tantôt dyspnée survenant sous forme d'accès simulant ceux des asthmatiques (pseudo-asthme aortique). L'horaire en est nocturne, le début brutal, l'accès ne s'accompagne pas de signes stéthoscopiques, et la dyspnée ne semble pas de type respiratoire. La crise se termine au bout d'un quart d'heure sans rejet de mucosités, à l'inverse de l'asthme vrai.

Parfois cependant, nous nous sommes trouvés en présence d'accès dyspnéiques beaucoup plus longs, avec l'expectoration et les signes auscultatoires de l'œdème aigu du poumon.

Plus accessoirement, et de façon moins régulière, nous avons pu noter des troubles digestifs, des vomissements, des étourdissements et des vertiges, liés probablement à l'insuffisance aortique ou à des troubles vaso-moteurs des artères encéphaliques (facies pâle de l'aortique).

Du point de vue des signes physiques, la richesse de la symptomatologie a été des plus variables, allant des cas où, dès l'inspection, on peut noter les battements exagérés des artères du cou, palper l'aorte derrière la fourchette sternale, percuter une matité élargie, jusqu'aux cas où existent seuls les signes auscultatoires (dédoublement du premier bruit, éclat anormal du 2e bruit au foyer aortique, remplacé par un souffle diastolique en cas d'insuffisance aortique).

La radio nous montre des cœurs hypertrophiés avec une ombre aortique uniformément élargie.

En dehors de quelques cas où l'étiologie spécifique n'était pas douteuse, et où un traitement de la syphilis causale nous a donné une amélioration satisfaisante, nous avons appliqué le traitement classique des cardiopathies chroniques : iodures à faible dose, auxquels nous préférons souvent le rhodanate de potassium, régime lacté mitigé. Une hygiène stricte, pas d'alcool, peu de surmenage physique et cérébral, est à la base de l'amélioration désirée. Mais chez ces malades qui souffrent, qui craignent leur crise angineuse ou dyspnéique, qui se savent à la merci d'un effort, d'une émotion, il existe un psychisme spécial, reflet de leurs troubles douloureux, dont il faut avant tout tenir compte.

Nous nous sommes adressés pour cela aux thérapeutiques classiques : nitrite d'amyle, trinitrine, morphine.

La poussée hypertensive, réflexe qui accompagne le nitrite d'amyle (1) nous a paru dangereuse pour cette catégorie de malades. La trinitrine s'accompagne assez vite d'une accoutumance qui oblige à forcer parfois exagérément les doses.

La morphine est quelquefois seule à soulager vraiment de tels malades, mais elle a toujours suscité en nous dans ces affections chroniques douloureuses, des craintes de toxicomanie ou d'accoutumance.

Quelques notes thérapeutiques de Pruvost (2), Fournier (3), Gamard (4), Kisch (5), l'intérêt que lui porte P. Soulié dans sa très belle étude sur la circulation

(1) P. Maréchal, *Arch. Internat. Pharm. et Thér.* XLIX, 272-299, 1935.

(2) Pruvost, Les syndromes douloureux cardiopathiques (*La Médecine*, mars 1936).

(3) Fournier, La psychologie des cardiaques (*Journal des Praticiens*, 11 mars 1936).

(4) Gamard, Un nouveau médicament cardio-rénal, (*Le Courrier Médical*, n° 6, 9 fév. 1936, p. 95). — Un nouveau cardio-rénal : l'aminophylline (*Gazette Médicale de France*, n° 4, 15 févr. 1936, p. 190).

(5) Kisch, Le traitement de l'infarctus du myocarde (*La Vie Médicale*, n° 1, 10 janvier 1936, p. 25).

coronarienne (1), avaient attiré notre attention sur l'aminophylline, corps synthétique que par ailleurs les cardiologues américains, anglais et allemands apprécient depuis longtemps, et dont Soulié souhaite qu'elle soit largement utilisée en France.

Nos expérimentations cliniques personnelles corroborent entièrement cette opinion.

Ce médicament joint à ses propriétés antalgiques des effets tonicardiaques secondaires. René Hazard (2) souligne l'intérêt de cette double action, dont le processus est le suivant : vaso-dilatation élective des artères coronaires supprimant le spasme douloureux, améliorant l'irrigation du myocarde et la contraction du ventricule ; il en résulte une augmentation du débit systolique, qui peut doubler en dehors de toute accélération du rythme (Smith, Miller et Graber) (3). Cette action retentit favorablement sur l'hydraulique générale.

On comprend ainsi que cette sensation de poids, de barre thoracique, si pénible aux cardiaques et surtout aux aortiques, s'efface sous l'influence de l'aminophylline, qui leur procure une détente salutaire.

Dans les aortites, les insuffisances aortiques, au cours desquelles on doit toujours redouter les grands accidents qui menacent le cardio-rénal, dans tous ces cas où, au gros cœur gauche, s'associe une aorte dilatée, opaque ou déroulée, l'aminophylline doit permettre, en dilatant les coronaires et en tonifiant le myocarde, d'éviter la crise paroxystique douloureuse.

Il arrive que l'on trouve, surtout chez les cardio-aortiques, des malades qui restent anhélants, même après un traitement tonicardiaque, digitale ou ouabaïne, suffisamment précoce et intensif. L'expérience nous a montré que l'aminophylline a supprimé cette oppression résiduelle : elle semble donner du souffle aux cardiaques, elle fait souvent disparaître l'oppression de decubitus qui gêne leur sommeil.

Nous avons prescrit l'aminophylline à la dose moyenne de 0 gr. 40 à 0 gr. 80 par jour, mais il nous a semblé qu'il y avait toujours intérêt chez ces malades appelés à poursuivre longtemps cette médication, à chercher la dose minima agissante, ce qu'on a appelé la dose levier. Nous n'avons par ailleurs constaté aucun incident de cure, et l'accoutumance a été à peu près nulle dans la majorité des cas. Il semble cependant que chez quelques malades, au bout de deux ou trois semaines, apparaît une diminution de l'efficacité. Il suffit d'arrêter la médication 4 ou 5 jours, en reprenant le médicament ayant le mieux réussi antérieurement. Cette accoutumance disparaît au bout de quelques jours, on peut alors reprendre l'aminophylline.

Enfin, on peut administrer l'aminophylline en gouttes ou en lavements, grâce à sa très grande solubilité ; cette propriété lui assure par ailleurs une absorption rapide par l'épithélium digestif et explique la rapidité de son action, moins prompte peut-être que celle de la trinitrine, mais incomparablement plus durable.

Ainsi l'aminophylline nous a permis de réaliser la prophylaxie des crises angineuses ou oppressives des aortiques, ramenant ces malades au calme et à la sérénité, les rendant à leurs occupations et à une vie presque normale.

Au cours des crises douloureuses elles-mêmes, nous avons souvent obtenu un résultat rapide et prolongé ; dans les cas qui s'accompagnaient de pseudo-asthme aortique, d'une insuffisance ventriculaire gauche, nous l'avons systématiquement associée avec profit à l'ouabaïne.

Enfin, après la crise tonicardiaque, l'aminophylline nous a souvent permis de compléter les effets parfois insuffisants de la digitale et de l'ouabaïne, et elle a toujours prolongé notablement leur action. On comprend bien que Kisch ait placé l'aminophylline au premier rang des médicaments « qui permettent de diminuer la résistance périphérique rencontrée par le courant sanguin, afin de réduire les exigences imposées au myocarde et pour en améliorer l'irrigation ».

(1) P. Soulié. La conception actuelle de la circulation coronarienne (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 8, 15 avril 1936, p. 226-237).

(2) R. Hazard. Les médicaments cardio-vasculaires (*Editions du Centre de Documentation Universitaire*, fasc. IV, p. 222, 1934).

(3) Smith, Miller et Graber (*Journ. Clin. Investig.*, vol. 2, p. 157, déc. 1925).

LE XXXVIe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

5-10 octobre 1936

La séance d'ouverture du Congrès a eu lieu le 5 octobre, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du docteur O. Pasteau. A ses côtés avaient pris place le professeur Roussy, doyen de la Faculté, et le général-inspecteur Rouvillois, président du Congrès de chirurgie ; de nombreux professeurs français et étrangers, de hautes personnalités de la médecine militaire honoraient cette séance de leur présence.

M. Pasteau, en une charmante allocution, évoqua le souvenir de ses maîtres et retraça l'histoire de l'Association française d'urologie ; sœur de l'Association française de chirurgie, elle s'épanouit rapidement sous la haute impulsion du professeur Guyon. Le docteur Pasteau donne ensuite la parole au docteur Louis Michon, secrétaire général, qui, dans son rapport annuel, fait l'éloge de trois collègues disparus : Phélip (de Lyon), Coffey (de Portland) et Rejsek (de Prague).

Rapport

Les anomalies pyélo-urétérales et leurs conséquences chirurgicales, par M. R. Darget (Bordeaux). — Dans ce domaine si étendu, le rapporteur a choisi plusieurs sujets qu'il a spécialement étudiés ; ce sont : les hydronéphroses congénitales, les ectasies urétérales, les duplicités urétérales, les anomalies d'abouchement, les diverticules de l'uretère, les dilatations kystiques de l'extrémité inférieure. Ce sont surtout les conséquences chirurgicales et leur traitement qui ont été en vue. Après une mise au point de l'anatomie de l'uretère et plus spécialement de son extrémité inférieure, ainsi qu'une étude de la physiologie de ce conduit, chaque chapitre est étudié successivement. Les hydronéphroses congénitales sont analysées dans leurs causes génératrices, et le rôle des vaisseaux anormaux est plus spécialement discuté. Le traitement conservateur est surtout intéressant, car, après une période d'abandon excessif, il connaît de nouveau une faveur marquée, grâce au diagnostic précoce et au contrôle éloigné de la fonction rénale que permettent les moyens actuels d'investigation (urographie veineuse, pyélographie, chromoscopie...).

L'énervation du rein préconisée par Papin, si elle est

Association de la Presse médicale française.

exécutée comme il convient (l'énervation du pédicule n'est pas la sympathectomie de l'artère rénale), s'adresse aux hydronéphroses douloureuses avec spasme de la musculature pyélique ; elle comporte une néphropexie complémentaire et un drainage temporaire par néphrostomie s'il y a infection marquée des cavités rénales.

La *section des vaisseaux anormaux* avec reposition haute du rein (Marion) pour redresser toute coudure de l'origine de l'uretère est adoptée par l'immense majorité des chirurgiens qui n'a eu qu'à s'en louer. La section d'une artère anormale, même importante, en l'absence d'une infection rénale prononcée, n'a donné lieu à aucun accident. Elle est préférable à la section de l'uretère et à sa réimplantation en un autre point du bassinet pour éviter la coudure sur le vaisseau.

La *résection du bassinet* sous le couvert d'un drainage transparenchymateux du rein est un complément opératoire rendu souvent nécessaire par le volume excessif du bassinet, surtout quand il est épaissi et peu contractile.

Les *opérations plastiques* sur le collet urétéral (de Fenger, de Kelly) gardent peu de partisans ; elles s'adressent pourtant à quelques cas exceptionnels et ont fourni quelques succès (Wildbolz, Papin, Phélip).

Les *opérations de dérivation* : pyélo-uretérostomie latérale ou terminale ont leurs indications, quand l'uretère libéré décrit une boucle excessive avec bas-fond pyélique très développé.

L'*anastomose latérale* du bassinet et de l'uretère sera l'opération de choix ; on la préférera à l'anastomose terminale, car elle ménage au maximum la contractilité du conduit et n'expose pas au rétrécissement de la bouche anastomotique.

L'analyse des diverses observations où ces différentes opérations conservatrices ont été mises en œuvre montre la disparition habituelle de tous les troubles fonctionnels, mais la persistance fréquente d'un certain degré de dilatation des cavités rénales, ce qui doit engager le chirurgien à intervenir précocement avant que les lésions pyélo-urétérales soient très prononcées.

Dans l'étude des *ectasies de l'uretère*, où s'opposent, tant au point de vue symptomatologie qu'au point de vue traitement, les dilatations totales du conduit et celles qui ménagent l'orifice urétéral, l'influence possible d'un *spina bifida occulta* a été mise en évidence. Certaines ectasies totales ont, en effet, pu être justiciables d'une laminectomie, comme Mertz l'a montré dans une étude portant sur 79 cas.

Dans les dilatations de l'uretère qui ménagent l'orifice urétéral, le débridement de cet orifice a été pratiqué par voie cystoscopique ou transvésicale. La dilatation forcée de la partie terminale de l'uretère a été appliquée à certains cas par Gayet, et Michon a réalisé l'anastomose de l'uretère à la vessie dans une dilatation de l'uretère au-dessus d'un rétrécissement du méat.

Les *dédoublements urétéraux* (duplicité et bifidité urétérales) ont fourni l'occasion de la discussion des lois de Weigert et de Meyer et de l'étude de cette opération conservatrice qu'est l'*héminéphrectomie*, facile à réaliser quand le pédicule artériel est étalé en plusieurs troncs.

Quand le pédicule rénal est constitué par un tronc unique, elle reste toutefois possible. Si une opération conservatrice est indispensable en raison de l'état du rein opposé, l'héminéphrectomie sera donc réalisable, quelle que soit la disposition anatomique des vaisseaux.

Les *abouchements anormaux de l'uretère* sont particulièrement intéressants chez la femme, où ils s'accompagnent le plus souvent d'incontinence d'urine traitée parfois longuement et par erreur pour incontinence essentielle. Chez l'homme, au contraire, où l'anomalie d'abouchement la plus fréquente est l'abouchement d'un uretère dédoublé dans l'urètre postérieur, l'incontinence est exceptionnelle ; c'est par des complications d'infection avec pyonéphrose que se manifeste l'anomalie.

Le traitement des abouchements anormaux conduit donc, soit à remédier à une hydronéphrose douloureuse ou à une pyonéphrose, soit à tarir une incontinence d'urine. Les opérations les plus diverses ont été appliquées à la cure de cette incontinence :

Opérations radicales (néphrectomie) ;

Opérations partiellement conservatrices : ligature de l'uretère anormal (qui ne convient qu'aux cas où le rein correspondant est non infecté et en hypofonction considérable) et héminéphrectomie ;

Opérations absolument conservatrices : parmi celles-ci, l'urétéro-cystonéostomie a fait l'objet d'une étude spéciale avec expérimentation sur le chien d'une technique personnelle consistant dans la création d'un trajet intravésical de l'uretère rappelant la disposition anatomique normale. Ces opérations contrôlées chez l'animal par urographie veineuse, par dissection de pièces quelques mois après l'opération, ont fourni des résultats excellents avec fonction rénale parfaite, absence de stase pyélique et de reflux vésico-urétéral.

L'urétéro-cystonéostomie, réservée aux cas où l'uretère n'est pas exagérément dilaté et où il reste contractile, est susceptible d'être appliquée à certaines anomalies de la partie terminale de ce conduit et, en particulier, à certains cas d'abouchement anormal.

Le chapitre des *diverticules de l'uretère* a donné lieu à l'analyse des diverses malformations, que l'on peut ranger en trois catégories : *uretères longs supérieurs, uretères longs inférieurs, uretères aveuglés.* La symptomatologie de ces derniers est particulièrement intéressante en raison de l'infection et de la rétention dont ils sont plus particulièrement le siège ; mais leur diagnostic est presque chose impossible, ce sont d'ordinaire des découvertes opératoires.

Les *dilatations kystiques* de l'extrémité inférieure de l'uretère ne posent guère, par contre, de problèmes nouveaux. D'un diagnostic cystoscopique facile, elles sont bien connues dans leur symptomatologie et dans leurs accidents d'étranglement à travers le méat urétral. Leur traitement consiste dans la grande majorité des cas dans le débridement de la dilatation kystique à l'électro-coagulation cystoscopique. La résection par voie transvésicale de cette dilatation kystique, autrefois en honneur, n'est plus appliquée qu'aux seuls cas d'étranglement de la poche à travers l'urètre chez des malades en bonne condition physique ; chez les malades épuisés, on aura recours de préférence à la résection de la poche au ras de l'urètre et à sa réduction dans la vessie.

Les contrôles précis que donnent la pyélographie, l'urographie veineuse, montrent que les diverses opérations conservatrices étudiées au cours de ce rapport sont susceptibles de fournir d'excellents résultats fonctionnels durables. Les efforts du chirurgien doivent donc tendre vers la conservation rénale : c'est dans un esprit conservateur que les opérations rénales devront être abordées.

Faire un diagnostic précoce des lésions, comme le permettent les moyens dont l'urologie dispose, aidera beaucoup à réaliser ces opérations. Devant leur impossibilité évidente, il reste toujours la ressource de terminer par ce sacrifice qu'est la néphrectomie.

Discussion du rapport

Comment éviter, dans la tuberculose urinaire, les erreurs de diagnostic favorisées par la duplicité et la bifidité urétérales ? — M. E. Jeanbrau (Montpellier) apporte des cas de ce genre, où des examens répétés permirent d'éviter l'erreur qui aurait entraîné l'abstention opératoire.

Les éventualités se présentent ainsi lorsque l'anomalie est unilatérale.

En cas de tuberculose rénale peu avancée d'un rein porteur d'un uretère double, le cathétérisme du conduit provenant des calices sains donnera de l'urine limpide et amicrobienne du côté malade.

En cas de tuberculose rénale d'un rein porteur d'un uretère bifide, si la sonde pénètre dans la branche urétérale correspondant aux calices sains, il en sera de même.

On sera donc tenté dans les deux cas de conclure à l'intégrité des reins. Chez la femme, on pensera à une tuberculose vésicale primitive, chez l'homme à une cystite tuberculeuse secondaire à une localisation prostatique.

Il est facile, aujourd'hui, d'éviter ces erreurs de diagnostic, grâce à l'urétéro-pyélographie rétrograde de Chevassu.

M. R. Dossot (Paris). — 1° Il ne faut pas étendre outre mesure le rôle de la congénitalité dans l'étiologie des hydronéphroses dont la cause n'est pas évidente.

2° Dans la dilatation totale des voies excrétrices, la forme en gueule de four du méat urétéral est un signe fréquent, mais non constant ; l'orifice peut être simplement un peu élargi, ou même présenter un aspect normal et cependant le reflux se produira comme dans le cas de méat dilaté.

3° Le traitement de choix des abouchements extra-vésicaux de l'uretère est l'héminéphrectomie si l'uretère anormal est surnuméraire, cas habituel, ou la néphrectomie, s'il s'agit d'un uretère simple. En effet : *a*) l'uretère a abouchement ectopique et le rein qu'il draine sont presque toujours dilatés et infectés ; *b*) la portion de rein drainée par un uretère surnuméraire est minime par rapport au parenchyme rénal restant.

M. Lepoutre (Lille). — Nous faisons le diagnostic des anomalies urétéro-pyéliques quand, pour une raison quelconque, nous sommes amenés à faire une pyélographie. Il y aurait avantage à les découvrir à la période aseptique, où nous pourrions tenter une thérapeutique conservatrice. L'existence d'une anomalie peut troubler gravement les suites opératoires de la prostatectomie, et l'auteur en cite un exemple frappant. La pyélographie intraveineuse, utilisée *de façon systématique* dans tous les cas de diagnostic incertain, permet de *dépister les anomalies :* s'il est nécessaire, on fera ensuite une pyélographie rétrograde pour compléter et préciser le diagnostic.

M. Duvergey (Bordeaux). — Les hydronéphroses congénitales sont le plus souvent dues à des vaisseaux polaires inférieurs, elles sont parfois bilatérales et révélées par la radiologie. Dans 40 p. 100 des cas, les lésions anciennes, infectées, ne peuvent être traitées que la néphrectomie ; 16 fois, la section des vaisseaux anormaux fut suivie de succès, complétée deux fois par le capitonnage du bassinet dilaté. Il y a intérêt, quand les lésions sont bilatérales, à intervenir du côté opposé pour prévenir les complications dues à la marche de la maladie.

La dilatation congénitale des uretères peut être confondue avec les dilatations pyélo-urétérales d'origine dynamique. Les lavages du bassinet donnent, dans ces cas, des guérisons remarquables.

M. Van den Branden (Bruxelles) présente un cas de dilatation congénitale de l'extrémité inférieure de l'uretère analogue à celui observé par Gayet.

Un autre cas de rétrécissement inférieur avec angulation très marquée, provoquée probablement par une artère vésiculaire anormale.

M. Charles Perrier (Genève). — Il me paraît, comme au rapporteur, que l'on doit considérer comme congénitales les hydronéphroses dues à la ptose, ou plus justement, coexistant avec de la ptose.

En effet, j'ai trouvé sur 25 cas, en même temps que de l'hydronéphrose et de la ptose rénale, d'autres lésions manifestement congénitales, soit un vaisseau surnuméraire (12 fois), soit une lobulation congénitale du parenchyme 1 fois), soit une anomalie congénitale urétéro-pyélique de l'autre côté (1 fois), soit d'autres ptoses viscérales (presque toujours) ou même une anomalie anatomique cæco-appendiculaire (1 fois).

Je pense que l'action du vaisseau surnuméraire comme cause de l'hydronéphrose est souvent très difficile à prouver ; le succès de sa section, puisque toujours associé à la pexie haute, est peu démonstratif ; parfois, du reste, cette section est inopérante.

L'influence de la ptose elle-même peut parfois être mise en doute, puisque les cas ne sont pas très rares où ce n'est pas le côté le plus ptosé qui est le plus hydronéphrotique.

En ce qui concerne l'urétéro-pyélo-anastomose, nous pensons, comme le rapporteur, que c'est une intervention qui rentrera de plus en plus dans la pratique courante (diagnostic plus précoce, technique plus sûre).

J'ai observé et opéré 4 cas de dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère ; l'un d'eux coïncidait avec un double bassinet et double uretère et siégeait au bout de l'un de ces uretères, dilaté, ainsi que le bassinet correspondant.

Dans les 4 cas, il y avait un (2 cas) ou plusieurs calculs (2 cas). Deux furent opérés à vessie ouverte, deux par voie endoscopique.

Le professeur Gayet (de Lyon) approuve entièrement les indications conservatrices posées par le rapporteur pour le traitement des hyponéphroses congénitales. Celles-ci sont souvent bilatérales ; elles peuvent être traitées avec avantage par la triple opération : 1° libération et réduction du bassinet par section de vaisseaux, résection ou plicature de la poche ; 2° néphropexie haute ; 3° néphrostomie temporaire. Les deux derniers temps suffisent parfois à amener des améliorations et la suppression des crises douloureuses.

L'auteur rapporte ensuite une observation rare d'abouchement anormal d'un uretère dans l'urètre prostatique. Le malade avait deux uretères de chaque côté ; un des uretères de droite s'abouchait dans l'urètre postérieur au niveau de la fossette sus-montanale. Cet uretère avait subi une dilatation considérable, le rein correspondant était hydronéphrotique. Malgré tous les examens pratiqués, y compris l'urétroradiographie dont le rapporteur n'avait pas trouvé d'exemple, le diagnostic précis n'a pu être établi qu'à l'autopsie. La poche volumineuse juxta-vésicale décelée par la radio avait fait penser plutôt à un diverticule vésical ou à une communication fistuleuse avec le cæcum. L'état d'infection où se trouvait le malade au moment des examens les gêna considérablement et rendit impossible l'opération utile qui aurait dû être la néphrectomie avec urétérectomie totale.

M. Maurice Chevassu (Paris) étudie les diverses anomalies de l'uretère en projetant une série de clichés d'urétéro-pyélographies rétrogrades, seule méthode qui permette d'étudier radiographiquement la totalité de l'uretère. Il insiste, en outre, sur ce fait que les descriptions anatomiques de l'uretère encore classiques ont été basées sur l'étude d'uretères cadavériques dont beaucoup présentaient des déformations pathologiques. Il montre quelles sont les caractéristiques qu'on doit exiger d'une image radiographique de l'uretère pour pouvoir affirmer que cette image répond à un uretère anatomiquement normal.

M. Louis Michon (Paris) laisse de côté la question des hydronéphroses par artères anormales ; ce chapitre a été parfaitement mis au point par le rapporteur et n'entre pas tout à fait dans le cadre des anomalies pyéliques. Il s'agit d'anomalies artérielles ayant pour conséquence une hydronéphrose ; il peut cependant y avoir coïncidence d'anomalies artérielle et pyélique.

Dans le chapitre de la bifidité et de la duplicité urété-

rales, l'auteur insiste sur le rôle essentiel de l'urographie intraveineuse, qui permet de les dépister avec la plus grande facilité. Cette urographie, faite systématiquement avant le cathétérisme, permet d'éviter les erreurs dans ces cas de diagnostic difficile où l'affection n'atteint que l'un des deux bassinets du même rein.

Dans le chapitre des abouchements anormaux, l'auteur apporte une nouvelle observation d'abouchement sous-urétral avec le syndrome classique facile à différencier de l'incontinence.

L. M.

Remise d'une médaille au docteur Pasteau

Le mercredi 7 octobre, en l'amphithéâtre de la clinique urologique à l'hôpital Necker, l'*Association française d'urologie a remis au docteur O. Pasteau*, son secrétaire de trente années, *sa médaille* gravée par le maître Dammann, grand prix de Rome. Le professeur Legueu, le professeur Jules Verhoogen et le docteur Noguès prirent successivement la parole en termes magnifiques et émouvants ; le docteur O. Pasteau répondit en reportant les éloges sur ses parents et sur ses maîtres et en montrant la vraie grandeur de la vie médicale. Tous ceux qui ont assisté à cette belle cérémonie en gardent un souvenir ému, heureux d'avoir entendu glorifier et applaudir tout ce qui fait la beauté de notre profession.

Prochains Congrès

Le vendredi 9 octobre, l'Association réunie en assemblée générale a désigné le docteur Lepoutre (de Lille) comme président pour 1937 ; le docteur Lavenant (de Paris) sera vice-président. Question à l'ordre du jour pour 1937 : Traitement chirurgical des néphropathies médicales (rapporteurs : docteurs Chabanier, Gaume, Lobo-Onell).

Question à l'ordre du jour pour 1938 : Indications et résultats de la résection endoscopique de la prostate (rapporteurs : professeur Gayet et docteur Gibert).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1936)

M. Hartmann préside. M. Achard, secrétaire général, revenu de son long voyage d'inspection sanitaire en A. O. F., assiste à la séance.

Notices nécrologiques. — M. Souques donne lecture d'une émouvante notice rédigée par M. Henri Meige sur Jean Charcot. M. Guérin rappelle le souvenir de M. Hendryckx (de Bruxelles), correspondant étranger, récemment décédé.

Trois nouveaux composés protéido-métalliques : les globinates de fer, de cuivre et de manganèse. La thérapeutique équilibrée et totale de l'anémie secondaire. Valeur comparée du foie de veau cru. — MM. G. Fontès et L. Thivolle. Pour que l'élaboration de la molécule d'hémoglobine puisse s'effectuer, chez l'anémique secondaire à réserves hématopoiétiques épuisées, de manière coordonnée, il est indispensable que le sujet trouve dans son alimentation tous les matériaux de cette molécule. Les recherches précédentes des auteurs ont démontré qu'il existe quatre facteurs essentiels de l'hématopoièse : fer, cuivre, tryptophane et histidine. Mais jusqu'à maintenant, la reconstruction de la molécule de globine avait été laissée au hasard du ravitaillement azoté alimentaire.

Le meilleur précurseur de la globine ne pouvant être que cette histone elle-même, les auteurs l'ont ajoutée à la ration de base de chiens anémiés par hémorragies successives jusqu'au point de ne plus présenter de régénération sanguine spontanée. A cette globine, ils ajoutent ses combinaisons métalliques : globinates de fer, de cuivre et de manganèse et aussi du tryptophane et de l'histidine, le tout en proportions équilibrées par le calcul. C'est la thérapeutique dite équilibrée et totale.

En cinq semaines de traitement, les chiens passent de 12 kg. 200, 5.335.000 hématies et 58 gr. 35 d'Hb totale à 15 kg. 200, 11.475.000 hématies et 168 gr. 45 d'Hb totale.

Les animaux sont ensuite anémiés une seconde fois et traités par 600 gr. de foie de veau cru par jour, pendant cinq semaines. Ils passent alors de 13 kg. 700, 5.425.000 hématies et 62 gr. 10 d'Hb à 12 kg. 700, 7.460.000 hématies et 152 gr. 7 d'Hb.

Anémiés une troisième fois, ils sont traités à nouveau par les globinates et passent, toujours en cinq semaines, de 11 kg. 985, 4.220.000 hématies et 50 gr. 05 d'Hb à 15 kg. 400, 9.955.000 hématies et 177 gr. 95 d'Hb.

Il est donc hors de conteste que le foie n'a pas la même valeur antianémique que la thérapeutique aux globinates.

Dans des cas divers d'anémie humaine, des résultats très rapides et très démonstratifs ont été obtenus.

— MM. Paulian et Bistriceano étudient les variations du pH sanguin chez l'homme, sous l'action des irradiations à ondes courtes.

Enfin, M. Prudente apporte cinq observations relatives à la désarticulation inter-scapulo-thoracique dans des cas de récidive de cancer du sein avec métastases axillaires inopérables par accès direct.

PRATIQUE MÉDICALE

COMMENT ÉVITER LES ACCIDENTS DU BROMISME (1)

d'après le Dr H. Favier

On connaît les multiples accidents du bromisme : l'auteur, après une étude minutieuse, arrive à la conclusion que l'on ne peut vraiment se mettre à l'abri de ces accidents qu'en renonçant à l'usage du bromure de potassium et en utilisant uniquement un bromure de sodium chimiquement pur (sédobrol).

Ce médicament, sous cette forme, qui se réduit à une simple prescription diététique, est toujours pris facilement par les malades, car son goût est excellent, agréable, grâce à l'extrait de bouillon végétal concentré qui lui sert de base. Et l'auteur ajoute : nous avons dans le sédobrol un médicament excellent, parce que minutieusement préparé et rigoureusement contrôlé (ce qui est un point essentiel). Cette préparation originale, qui donne même la possibilité de dissimuler le produit actif utilisé, est toujours admirablement tolérée même par les dyspeptiques et par les enfants ; grâce au sédobrol, nous évitons presque à coup sûr les accidents du bromisme, et nous pouvons administrer le bromure même à hautes doses dans tous les cas d'éréthisme nerveux, aussi bien que dans tous les états d'hyperexcitabilité neuro-psychique.

Si, par impossible, la médication s'avère insuffisante, nous avons toujours la ressource de recourir à cet hypnogène — sédatif doux et progressif qui est constitué par le sédormid — ou même, le cas échéant, au plus maniable des hypnotiques, au somnifène, dont la forme liquide permet de donner à chacun sa dose, de l'augmenter ou de la diminuer à volonté.

(2) *Courrier médical*, Paris, n° 36, septembre 1935.


Anusol
ANUSOL

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

CANCER DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

Le cancer est de beaucoup la plus fréquente des tumeurs des lèvres. Il siège presque exclusivement à la lèvre inférieure.

ETIOLOGIE

Prédominance indiscutable chez l'homme. (Environ 8 cancers de l'homme pour 1 de la femme.)

— C'est un cancer des gens âgés : il est exceptionnel en effet avant 40 ans. Il est fréquent au contraire de 60 à 70 ans.

— Certains ont invoqué quelques *causes favorisantes :*

— *Le tabac :* mais son rôle est bien discutable.

— *Les traumatismes :* brûlures des fumeurs. — Blessures par l'arête d'une dent cariée.

Un fait *incontesté :* la survenue fréquente du cancer chez des individus atteints de leucoplasie buccale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est un *épithélioma spino-cellulaire.*

Il est donc caractérisé par la présence :

— De globes cornés.

— De ponts intercellulaires.

Mais dans le cancer de la lèvre inférieure, les ponts intercellulaires sont d'une particulière netteté.

SYMPTOMES

Type de description : *Epithélioma de la zone cutanéo-muqueuse.*

I. Début. — Très variable et il *faut* savoir reconnaître très précocement la néoplasie, car c'est sur une lésion jeune, peu étendue, peu infectée que le traitement a les plus grandes chances de réussite.

C'est le plus fréquemment *entre la ligne médiane et la commissure,* qu'apparaît :

— Soit une hypertrophie papillaire plus ou moins étendue et plus ou moins longtemps stationnaire.

— Soit une petite fissure qui a pu être prise pour une gerçure banale, — mais qui ne guérit pas et dont les caractères se modifient :

Peu à peu en effet, les bords s'élèvent, s'indurent, tandis que le fond se recouvre d'une croûte constamment arrachée, constamment reproduite et sous laquelle se trouve une ulcération saignotante.

— Soit enfin, une petite masse d'aspect verruqueux, indurée, squameuse.

— S'écorchant très facilement, s'indurant, et devenant saignante.

Tels sont les débuts variables du cancer de la lèvre inférieure. Les symptômes physiques ne s'accompagnent d'aucun signe fonctionnel bien particulier : parfois un peu de gêne à l'élocution, à la mastication.

Dès cette période, on doit rechercher *les propagations lymphatiques :*

On examine : en faisant fléchir la tête ; en accrochant du bout des doigts le rebord inférieur du maxillaire.

Les régions sous-mentale, sous-maxillaire, où l'on peut déjà percevoir parfois *un ou quelques* ganglions néoplasiques typiques.

Mais il faut bien savoir que la prise *clinique* des ganglions est tardive, qu'il est fréquent de n'en pas trouver à la phase précoce que nous venons de décrire.

— Rappelons enfin qu'en cas de doute, une biopsie au niveau de la lésion peut être pratiquée, qui affirmera le diagnostic.

II. Etat. — C'est bien souvent à une période plus avancée qu'est observée la néoplasie, période qu'assez improprement, on peut dire d'état.

S. F. — Ils sont souvent plus marqués, liés à la gêne mécanique qu'entraîne le volume de la tumeur.

Quant à la douleur, elle peut être inexistante, elle est toujours peu vive.

S. ph. — Ils imposent le diagnostic :

Et les temps essentiels de l'examen deviendront alors :

— La recherche des extensions de la tumeur ;

— La recherche des extensions des lymphatiques.

C'est maintenant une véritable *tumeur :*

— Dure,

— Indolente,

— Mal limitée,

— Irrégulière,

— Envoyant des prolongements qui font corps avec le reste de la lèvre,

— *Ses bords* sont renflés en bourrelets plus ou moins kératosiques.

— *Sa surface* est largement *ulcérée :*

Ulcération irrégulière, crevassée, à fond grisâtre, bourgeonnant, saignant spontanément et au moindre contact.

Sur ce fond, se détachent des grains jaunâtres et même, la pression peut faire sourdre des vermiothes.

Tel est l'aspect caractéristique de l'ulcération.

Il est important de préciser, afin de poser des indications thérapeutiques et de baser un pronostic :

1° *L'étendue de la lésion.* Palper la lèvre dans toute son étendue, examiner le plancher buccal, etc...

2° *L'adénopathie.* Nous avons dit son apparition clinique tardive.

Elle siège : au niveau de la chaîne sous-mentale ; au niveau de la chaîne sous-maxillaire ; au niveau du groupe sous-hyoïdien, médian, en particulier, lorsque la lésion a atteint la ligne médiane.

Elle présente :

— Soit les caractères typiqpes de l'adénopathie néoplasique : ganglions durs, petits, indolents, roulant sous le doigt, sans périadénite.

— Soit, plus souvent, le type de l'*adénopathie* cancéro-inflammatoire, liée à l'infection secondaire de l'ulcération.

III. Plus tardivement :

1. Les *lymphatiques* sont pris de façon massive, rendant bien plus aléatoire la thérapeutique.

Surtout, *ils adhèrent,* et ceci assez rapidement au maxillaire.

2. La *tumeur.*

A diffusé :

— A toute la lèvre,

— A la joue,

— Au menton.

Elle peut même envahir le plancher de la bouche, la langue.

L'évolution se fait alors assez rapidement vers la mort au milieu d'un tableau de cachexie néoplasique et d'intoxication liée à la déglutition constante de la majeure partie des sécrétions du foyer infecté.

L'évolution générale en dehors d'un traitement se ferait en deux ans et demi à trois environ, vers la mort.

(*A suivre.*) LUCIEN DAVID.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 91. — SAMEDI 14 NOVEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE STOMATOLOGIE. — Jury : MM. les docteurs Lemerle, Béliard, Fargin-Fayolle, Izard, Ruppe, Grenet (médecin), Bergeret (chirurgien).

Hôpitaux de Pontoise. — Un concours pour deux places d'internes en médecine est ouvert. S'inscrire à l'hôpital de Pontoise (S.-et-O.), avant le 15 novembre 1936.

Faculté de Médecine de Paris. — M. Michel Dechaume, stomatologiste des hôpitaux, vient d'être nommé chef de laboratoire de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris.

Ministère de la Santé publique. — Sont nommés pour une durée de trois ans membres du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières soignantes et du service social : MM. les docteurs Dequidt, Giraud (Guerre), Candiotti (Marine), J. Renault, Louis Martin, Cavaillon, Hazemann, X. Leclainche, Rochaix, Roussy, J. Léjaine, Weill-Hallé, Parisot et Rocaz.

— L'emploi de directeur de la santé de la 3e circonscription maritime à Saint-Nazaire est déclaré vacant. (*J. O.*, 8 nov. 1936.)

Groupement de Défense des Chirurgiens de France. — Le groupement de défense des Chirurgiens de France a été définitivement constitué à la suite de son assemblée générale du 6 octobre 1936. Il comporte déjà plus de deux cents membres cotisants. Son bureau est ainsi composé : président : J. Lanos, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris ; vice-présidents : professeur Favreul, de Nantes ; professeur ag. Ph. Rochet, chirurgien des hôpitaux de Lyon ; secrétaire général : Raymond Bernard, chirurgien des hôpitaux de Paris ; secrétaires généraux adjoints : Georges Audain, ancien interne des hôpitaux de Paris ; Luc Van der Elst, ancien interne des hôpitaux de Paris ; trésorier : Marcel Blondin Walter, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté.

Ce groupement a pour buts essentiels : 1° de lutter par l'intermédiaire du syndicat contre la fonctionnarisation de la chirurgie ; 2° d'étudier les questions qui concernent les intérêts du corps chirurgical et des malades.

Pour les demandes de renseignements et d'adhésion, écrire au siège du Groupement, 18, rue de l'Université, Paris (7e).

Société de stomatologie de Paris, 20-22, passage Dauphine. — Les séances ont lieu le mardi qui suit le troisième lundi de chaque mois, à 20 h. 30. Reprise le 17 novembre.

Légion d'honneur. — *Affaires étrangères.* — Notre excellent confrère et ami, le Dr Henri Tecon (de Lausanne), trésorier de la Fédération de la Presse médicale latine, a été promu officier de la Légion d'honneur. Nous sommes heureux de lui adresser nos très amicales félicitations.

Santé publique. — Chevalier : Dr Mans, inspecteur départemental d'hygiène de la Somme.

Nécrologie. — Sir George Buchanan, vice-président du Comité d'hygiène de la Société des Nations, ancien président de l'Office international d'hygiène publique, décédé à Londres ; le Dr Yahoub, à Paris ; le Dr Eugène Maë, de Paris ; Dr Louis Camous, médecin honoraire des hôpitaux de Nice.

Pallas. — Nous recevons la 8e livraison du magnifique magazine médical édité par notre confrère Crinon. Il est superflu de dire que cette livraison est digne des précédentes. Citons l'*enquête* de *Pallas :* Si c'était à refaire, referiez-vous votre médecine ? puis les *épilogues* de Crinon, des récits, des reportages, de l'histoire, de très remarquables reproductions d'œuvres d'art qui conservent à *Pallas* le cachet si personnel que lui a imprimé le docteur Crinon. (*Pallas*, 111, boulevard Magenta, Paris 10e.)

COURS ET CONFÉRENCES

Chaire de thérapeutique. — M. le professeur Paul HARVIER a commencé son cours le lundi 9 novembre 1936 et le continue les mercredis et vendredis suivants, à 17 h. au grand amphithéâtre de la Faculté. Sujet : *L'art de prescrire, Les médications symptomatiques.*

— Des conférences de thérapeutique sont faites par M. TURPIN, agrégé, les mardis, jeudis et samedis, depuis le 10 novembre, à 16 heures, au même amphithéâtre.

Enfin des cours spéciaux auront lieu en décembre. (Consulter les affiches.)

Conférences d'anatomie descriptive. — M. le professeur HOVELACQUE a commencé ces conférences le mardi 10 novembre 1936, à 16 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole Pratique), et les continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Sujet des conférences : *Anatomie du système nerveux central et du bassin.*

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Maurice CHEVASSU commencera son cours le jeudi 12 novembre 1936, à 17 heures et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté. Programme : *Grands processus morbides, pathologie réno-uretérale.*

Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine. — M. le professeur M. LOEPER (M. le professeur agrégé André LEMAIRE, assistant) commencera son enseignement clinique le jeudi 12 novembre 1936, à 11 heures, à l'amphithéâtre Hayem.

Chaire d'histoire de la médecine. — M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE commencera son cours le lundi 16 novembre 1936, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté : *Histoire de la goutte et du rhumatisme.*

Puériculture. — L'enseignement préparatoire au diplôme de puériculture commencera le 16 novembre 1936.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétariat de l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune, Paris (14e).

Chaire d'hygiène et médecine préventive. — M. le professeur TANON commencera son cours le mardi 17 novembre 1936, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure, au même amphithéâtre. Sujet : *Maladies contagieuses, désinfection, prophylaxie, hygiène sociale.*

Des démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de 5e année auront lieu ultérieurement au laboratoire d'hygiène, sous la direction de M. JOANNON, agrégé, chef des travaux.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE PRIVILÈGE DES CINQ ANS DE L'INSTITUT

Ce fut un tort de l'appeler ainsi : c'était le vouer aux fureurs démoniaques de ceux qui font profession de supprimer les privilèges ; en fait, ce n'en était pas un.

A vrai dire, aucun n'eût été plus légitime que celui qui eût pu être accordé aux hommes exceptionnels que leurs mérites avaient conduits à l'Institut de France. Mais ce n'est pas ainsi qu'il convient d'envisager les choses et c'est bien ce qui nous fait encore plus amèrement regretter la suppression perpétrée par le décret sur les cumuls.

Lorsqu'un savant avait consacré toute une vie à des travaux parcimonieusement rémunérés, travaux qui, directement ou indirectement, avaient rendu des services immenses tant aux nationaux qu'à l'humanité tout entière ; qu'il avait ainsi contribué à maintenir et à augmenter le patrimoine et le renom de la Science française et que ses mérites exceptionnels lui avaient ouvert les portes de l'Institut, il pouvait conserver sa chaire pendant une période supplémentaire de cinq années après l'âge de la retraite.

C'était un faible hommage, certes, mais tout de même, c'était une manifestation de gratitude de la nation reconnaissante : pendant ces cinq années, il n'était pas réduit à la portion congrue, il était sûr de ne pas mourir de faim.

Cet hommage n'avait pas la prétention de libérer le pays de ses obligations, il avait surtout une valeur symbolique : ce n'était qu'un geste dont la seule prétention était de montrer que la France n'était pas ingrate.

Il présentait l'avantage d'être exactement approprié à la mentalité si désintéressée de ceux qui en étaient bénéficiaires : c'était un modeste bouquet de violettes qu'ils acceptaient toujours plus aisément qu'une gerbe somptueuse de fleurs rares et coûteuses.

Un savant comme Berthelot avait un traitement d'une dizaine de mille francs : les cumuls, contre lesquels a été faite cette levée de boucliers, lui permettaient peut-être de le doubler. Croit-on vraiment que même vingt mille francs par an étaient une rémunération suffisante pour un tel savant ? A-t-on pensé aux offres de l'industrie privée qu'il a certainement refusées pour demeurer dans cette situation médiocre ? Ne lui devait-on pas une compensation ? Et cependant s'il vivait encore, elle lui serait désormais refusée cette modeste survie de cinq années.

Conçoit-on que Pasteur aurait pu être atteint par une mesure de cet ordre ?

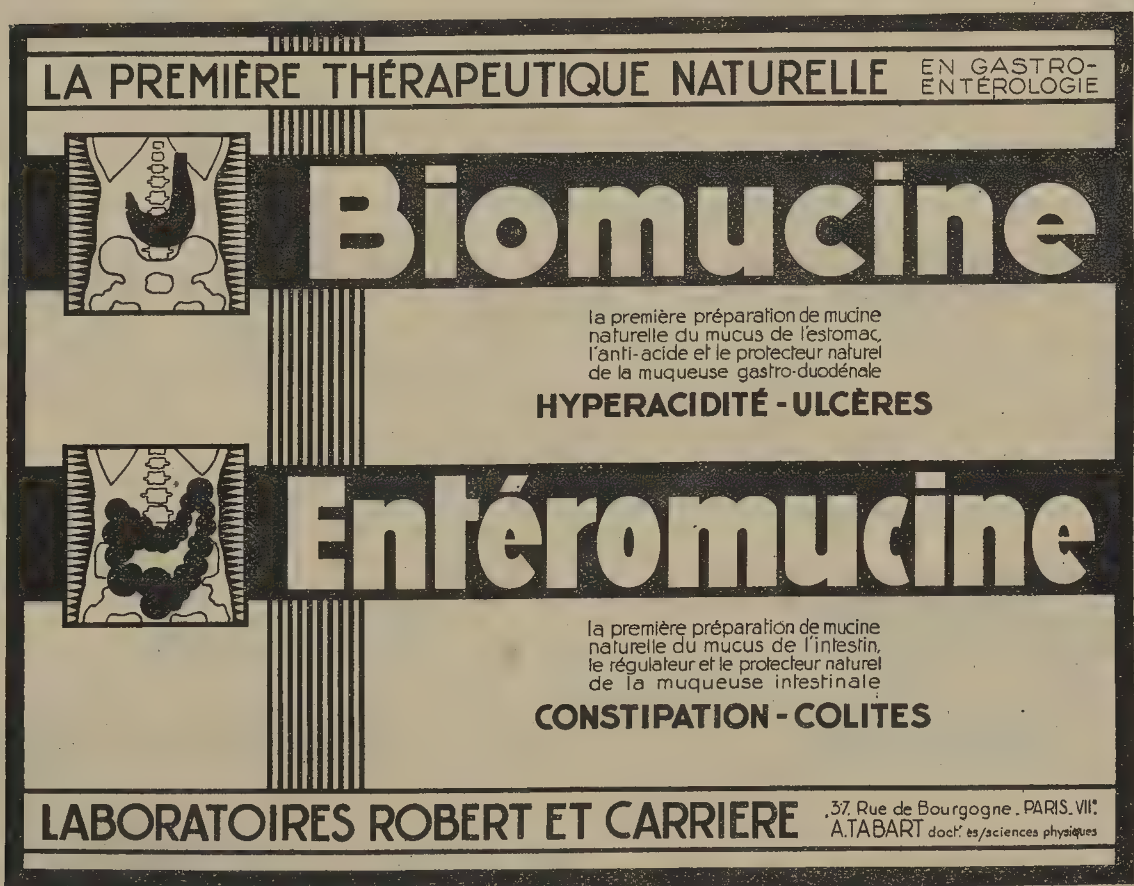
On ne peut croire que cette mesure ait été prise de propos délibéré ; ce ne peut être qu'une confusion ou un oubli (1) ; personne certainement ne songe à reprendre à son compte la phrase fameuse : « La République n'a pas besoin de savants. » Personne ne voudrait non plus que la France pût être taxée d'ingrate patrie.

Tout le monde voudra que soit rétabli l'hommage de reconnaissance de la nation à ceux qui l'ont le plus honorée et qui sont les véritables bienfaiteurs de l'Humanité.

A. HERPIN.

(1) Le décret au texte touffu et confus précise au titre VII, article 25, que ses dispositions ne sont pas applicables au traitement des membres de l'Institut. Il est donc difficile de concevoir que le gouvernement ait conservé ce misérable traitement et n'ait pas respecté le bien *moral* qu'est pour les membres de l'Institut, le privilège des cinq ans.


VITAMINE A
NATURELLE
des huiles de foie de poisson
FLÉTASE
1cc = 25.000 UNITÉS INTERNATIONALES DE VITAMINE A
1 GOUTTE = 1.000
flacons de 10 cc.
RETARDS DE CROISSANCE
ANÉMIES • HYPOTONIE
AMAIGRISSEMENT
CONVALESCENCES
GROSSESSE • LACTATION
RÉSISTANCE AUX INFECTIONS
SPECIA
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · (8e)


LA PREMIÈRE THÉRAPEUTIQUE NATURELLE EN GASTRO-ENTÉROLOGIE
Biomucine
la première préparation de mucine naturelle du mucus de l'estomac, l'anti-acide et le protecteur naturel de la muqueuse gastro-duodénale
HYPERACIDITÉ - ULCÈRES
Entéromucine
la première préparation de mucine naturelle du mucus de l'intestin, le régulateur et le protecteur naturel de la muqueuse intestinale
CONSTIPATION - COLITES
LABORATOIRES ROBERT ET CARRIERE
37, Rue de Bourgogne. PARIS VIIe
A. TABART doct. ès/sciences physiques

LA LUTTE SCIENTIFIQUE ET SOCIALE CONTRE LE CANCER

Par M. Jean LHERMITTE,
Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin chef de l'Hospice Paul Brousse.

« L'Union internationale contre le cancer », dont beaucoup de médecins français ignorent la constitution, a tenu ses assises solennelles à Bruxelles et s'est attachée à marquer à quel point cette jeune institution s'efforçait de préciser et d'étudier d'une manière rigoureusement scientifique les problèmes que, depuis tant d'années, le mystère de l'origine du cancer a posés aux médecins et aux savants asservis aux disciplines les plus diverses.

Le nombre et la variété des rapports qui ont été présentés au Congrès illustrent d'une manière éclatante cette proposition. En effet, tour à tour ont été exposés et discutés les points de vue biologique, clinique, thérapeutique et sociologique du cancer.

CHAPITRE Ier. — *La Biologie du cancer*

Depuis l'époque encore toute proche de nous, où l'on a démontré la possibilité de faire éclore, chez l'animal, des épithéliomas par un simple attouchement avec le goudron du revêtement cutané, de très nombreux chercheurs se sont évertués à déterminer quelles étaient dans ce composite qu'est le goudron, la ou les substances cancérigènes. J. Cook, Halsewood, C. Hervett, I. Hieger, E. Kennaway, W. Mayneord qui forment l'état major du *Royal Cancer hospital* de Londres, ont repris complètement ce problème et ont abouti aux conclusions que voici. Incontestablement, les composés cancérigènes les plus actifs appartiennent au groupe des cholanthènes, substances qui présentent une certaine analogie avec les acides biliaires. D'autre part, ces auteurs ont pu étudier des agents cancérigènes hydrosolubles, parmi lesquels nous trouvons un benzo-anthracène et une quinoléine styryle. Il faut se souvenir aussi que les observateurs japonais ont constaté que l'adénome du foie et le cancer de la vessie pouvaient être provoqués par l'ingestion de composés nitriques assez simples. De ces faits rigoureusement observés, il appert que la nature nous offre toute une série de substances très nocives pour nos tissus, et dont l'influence peut s'exercer lentement, de telle sorte qu'une prolifération néoplasique en est la conséquence, quelle que soit, semble-t-il, l'hérédité de l'animal.

Mais en dehors des substances inorganiques dont nous venons de rappeler quelques exemples, existe-t-il des substances organiques qui seraient, au vrai, capables de cancérisation ? Tel est le problème difficile qu'aborde Max Borst (de Munich) dans son exposé. Tout d'abord, dit le rapporteur, il convient de distinguer soigneusement les facteurs du développement de l'organisme et les facteurs de croissance. Et, à cet égard, il faut encore séparer les substances excitatrices, frénatrices et morphorégulatrices. Mais pour ce qui est spécialement de la croissance typique ou maligne des tissus, il faut reconnaître que l'on n'a pu jusqu'ici démontrer la réalité d'une « stimulation directe productive ». Il n'existe, semble-t-il, aucune substance cancérigène spécifique et générale.

A côté des substances excitatrices du développement et de la croissance des tissus, M. Borst admet avec la majorité des biologistes, la réalité de substances ou de facteurs inhibiteurs, dont le rôle est de modérer et de corriger les excès des processus formatifs. Dans ces conditions, ne peut-on pas supposer que le cancer est la résultante d'un déficit complet ou partiel des facteurs inhibiteurs, plutôt que l'aboutissant ultime d'une exaltation croissante des facteurs stimulants ? Cette question qui se relie logiquement à la précédente a été excellemment traitée par James Murphy (de New-York). Il est superflu d'insister sur l'importance capitale qui s'attache à la solution de ce problème, car si l'on pouvait démontrer que les tissus dont se composent les cancers contiennent moins de substances inhibitrices que les tissus normaux, l'on serait conduit à envisager une thérapeutique nouvelle, dont la base tiendrait dans l'administration au malade des substances cyto-frénatrices ou cyto-régulatrices puisées dans des tissus normaux. Or, M. J. Murphy nous apporte précisément, sur ce point, un espoir, en nous exposant que les extraits de tissus neutralisent les agents filtrables des tumeurs des oiseaux et retardent la croissance des tumeurs sarcomateuses des mamelles.

Fait encore plus frappant, les extraits de tissus normaux, tels que la peau, le placenta, les glandes mammaires en dehors de la période de lactation peuvent inhiber complètement la croissance d'un cancer transplanté à la souris et même arrêter le développement des tumeurs spontanées chez cet animal. Selon M. J. Murphy, il existe dans les tissus normaux, à côté de facteurs inhibiteurs, des substances cyto-excitatrices ; mais tandis que celles-là se montrent solubles dans l'eau, celles-ci sont éthéro-solubles. Dans le tissu mammaire normal, ces deux facteurs contrebalancent leurs forces, en d'autres termes, se neutralisent.

On le sait, la question de l'origine chimique, physique ou microbienne du cancer en général reste toujours ouverte. Cependant une donnée très importante a été apportée en cancérologie lorsque Peyton Rouss a montré que le sarcome de la poule était transmissible à cet animal après broyage et filtration de la tumeur (1911). Que le sarcome de la poule et même d'autres types de tumeurs de l'oiseau reconnaissent une origine infectieuse, la chose peut être tenue pour certaine. Il semble même que l'agent causal des tumeurs de la poule s'identifie à un corpuscule d'un diamètre de 0,1 micron. La biologie des tumeurs des oiseaux paraît obéir à des lois particulières. Ainsi, les filtrats de tumeurs de poule injectés aux mammifères (cheval, chèvre) déterminent l'apparition dans le sérum de l'animal injecté d'une propriété neutralisante vis-à-vis des filtrats actifs de cette tumeur. Cette propriété agit même en l'absence de complément. Selon Gye, si les sarcomes des poules provoqués par le goudron ne sont pas filtrables, on a pu cependant par des preuves indirectes, montrer que ces tumeurs contiennent le virus spécifique. Le papillome du lapin, lui aussi, apparaît bien être la conséquence de l'infestation du tégument par un virus. On peut également remarquer que si, après avoir provoqué par le badigeonnage au goudron un épithélioma bénin, on injecte dans les veines du lapin un extrait de papillome virulent, les tumeurs prennent une soudaine et rapide extension, puisque les animaux succombent en 3 ou 4 semaines. Gye signale encore que Lucke a pu montrer que l'adéno-carcinome du rein qui apparaît dans une variété spéciale de grenouille, est déterminé également par un virus.

Malgré les données capitales que Murphy, puis Gye ont apportées et qui semblent constituer des preuves irrécusables de l'existence de certaines tumeurs transmissibles engendrées par la présence de virus spécifiques, l'origine infectieuse du cancer répugne encore à beaucoup d'esprits. M. Pentimolli (de Florence) est de ceux-ci. Selon cet auteur, il n'existerait aucune preuve certaine, même expérimentale, de la réalité d'un virus carcinogène. Et la moins hasardeuse des hypothèses serait encore celle d'un principe chimique transmissible héréditairement de cellule à cellule, ce principe serait formé de « substances colloïdales ou d'un composé formant un groupe actif avec un vecteur colloïdal ».

C'est un peu dans le même sens que s'oriente le rapport présenté par le professeur Roffo (directeur de l'Institut de médecine expérimentale à Buenos-Ayres). En rappelant que les expériences qui ont été poursuivies dans le monde entier, sur une large échelle, ont établi que les radiations solaires provoquent sans l'intervention d'aucun autre facteur, l'éclosion de tumeurs malignes chez les animaux exposés à ces irradiations, le rapporteur précise que la production des tumeurs se montre indépendante de la qualité du rayonnement. Seule, l'intensité actinique tiendrait sous son influence le développement de la prolifération tissulaire.

Quant aux tumeurs ainsi développées, leur nature histologique ne laisse pas de varier, et l'on peut observer aussi bien des néoplasies épithéliales que des tumeurs conjonctives. Fait d'ailleurs remarquable, des tumeurs de type histologique différent éclosent en une même période chez le même animal. Un rat, par exemple, présentait un carcinome de l'oreille gauche et un sarcome de l'oreille droite Tous ces types de tumeurs offrent une évolution semblable, et après avoir déterminé des métastases ganglionnaires, aboutissent à la cachexie et à la mort. La transplantation de ces tumeurs d'animal à animal est toujours positive. Quel est le processus que l'on peut supposer à l'origine du développement de ces néoplasmes ? D'après Raffo, le cholestérol joue un rôle très important, et c'est au processus *d'hypercholestérose locale* qu'est due la première ébauche de prolifération. Le cholestérol irradié photoactif émet des radiations, lesquelles ionisent le milieu et donnent naissance à des photoélectrons. En dernière analyse, apparaît un carbure fluorescent du groupe anthracénique qui acquiert ainsi la valeur d'un corps cancérigène. On le voit, la théorie physique du cancer rejoint ici la théorie chimique puisque, selon l'hypothèse imaginée par Roffo, si le *primum movens* apparaît bien être l'action de l'irradiation solaire, cette irradiation ne devient cancérigène qu'en raison de la transformation des cholestérols ou substance fluorescente du groupe des anthracènes. Du point de vue pratique, l'on peut conclure que l'exposition prolongée de la peau humaine aux rayons solaires actiniques n'est pas sans danger et qu'il n'est certainement pas sans inconvénients de se livrer aux bains de soleil que l'on sait, sans une indication thérapeutique formelle.

Si, comme l'affirme M. Roffo, l'irradiation solaire suffit à provoquer l'apparition de tumeurs malignes, les irradiations par les Rayons de Rœntgen ont à leur passif trop de cas saisissants et dramatiques pour que l'on puisse douter de la réalité des cancers engendrés par les Rayons X. F. Vlès et A. de Coulon reprennent, dans un très intéressant rapport, le problème de la cancérisation par les *radiations électromagnétiques.* Selon les rapporteurs, la lumière cancérigène peut agir directement sur les tissus sains, ainsi qu'on l'observe au début du développement des néoplasmes engendrés par la lumière ultraviolette, et le problème actuel se ramène à rechercher quels sont les processus photo-chimiques par lesquels s'effectue l'action de la lumière sur les cellules. Nous l'avons vu, selon Roffo, le récepteur photo-chimique à incriminer serait le cholestérol, lequel agirait à la manière d'un sensibilisateur photo-dynamique. Mais ce cholestérol ne présente-t-il point une influence photolytique, laquelle aboutit à la production de la vitamine D ? Le problème est sans doute moins simple que ne l'enseigne Roffo ; et il ne faut pas se dissimuler, ajoutent Vlès et de Coulon, que si l'hypothèse du cholestérol ne soulève pas, pour le moment, d'objections de principe, cette hypothèse ne s'appuie encore sur aucune démonstration expérimentale ; que d'autres possibilités d'explications existent qui appellent d'autres recherches.

Si la lumière possède une action directe sur les tissus sains, elle garde en outre une influence excitatrice sur les tissus en voie de cancérisation ; les néoplasmes créés par l'attouchement au goudron voient leur croissance accélérée par l'irradiation solaire, ou encore par l'irradiation de la lampe à mercure.

Malgré l'importance chaque jour croissante des facteurs externes dans la production des cancers, il importe de ne pas perdre de vue complètement le problème de l'hérédité. L'influence conjuguée de l'hérédité et des facteurs externes n'a plus à être démontrée, celle-ci est illustrée par l'expérimentation et la statistique humaine. Et l'étude des tumeurs provoquées montre que si « l'influence systématique a son importance, il doit exister également un facteur local auquel il y a lieu d'attribuer l'absence de relation entre les réactions de deux tissus différents devant un stimulus identique ». Chez l'homme, le rôle de l'hérédité ne peut être nié ainsi que le fait voir, par exemple, le développement d'une même tumeur sur un même organe, à un même moment, chez deux jumeaux. Telle est la conclusion générale qui se dégage du rapport de Mlle Claro-Lynch (de l'Institut Rockefeller, de New-York). Conclusion qui n'apporte, est-il besoin de le souligner, aucune idée nouvelle. Tout autre nous apparaît le rapport de B. Fischer-Wasels (de Francfort), consacré à l'étude du problème de la disposition générale au développement du cancer.

Tout d'abord, Fischer-Wasels pose en principe que les caractères spécifiques de la cellule cancéreuse ne sont pas dus à des facteurs externes, mais que ceux-ci sont liés à une transformation interne du cytoplasme et du noyau, provoquée par quelque ferment encore inconnu du type des enzymes. Toujours, en effet, le néoplasme se développe à partir d'un noyau germinatif tout comme les ébauches d'organes normaux, mais à la différence de ceux-ci, la croissance de ce noyau ne présente aucune limitation, à la condition expresse que l'organisme qui en est le porteur offre des conditions générales nécessaires pour l'extension des premiers éléments néoformés. Il convient donc de séparer deux facteurs cancérigènes : l'un local, l'autre général. Ce dernier peut être congénital ou acquis. En effet, si une prédisposition héréditaire ne peut être niée, selon Fischer-Wasels, l'on peut créer expérimentalement une disposition générale à l'extension des tumeurs. Aussi bien chez l'homme que chez l'animal, on retrouve la réalité d'une « période sensible », c'est-à-dire un espace de temps pendant lequel la disposition générale apparaît spécialement active. Malheureusement, préciser la nature de cette prédisposition apparaît plus difficile, et tout ce que l'on sait aujourd'hui tient dans la constatation de la respiration cellulaire et d'une augmentation de la fermentation aérobie dans certains organes de l'organisme total. Une conclusion pratique tirée de ces faits s'impose : savoir, qu'il ne faut pas limiter nos efforts thérapeutiques à la destruction de la tumeur, mais que ceux-ci doivent également viser au renforcement des moyens de défense naturels que l'organisme possède pour se défendre du cancer.

Il semble bien, on le voit, que, à travers quelques oppositions, la plupart des auteurs admettent l'existence de deux facteurs cancérigènes : l'un local, peut-être le plus spécifique, l'autre général, dans lequel se mêlent le déficit de la fonction cyto-inhibitrice et l'exaltation de la fonction cyto-régénératrice.

C'est à la solution de ce dernier problème qu'ont visé les recherches réalisées par R. Reding (de Bruxelles). Le rapport présenté par cet auteur et qui est le plus important du Congrès, porte le titre de « *Prédisposition et résistance au cancer* ». L'auteur pose en principe que la réalité d'un double facteur local et général ne peut plus être discutée ; aussi étudie-t-il successivement ces deux moments de la cancérisation. Le facteur local tient essentiellement dans le foyer de régénération cellulaire hétérologue. Celui-ci se constitue d'abord, grâce à la formation de

substances destructrices des cellules que l'on a appelées « *Nécrohormones* » (Cosperi, Haberland), ou plus simplement « *nécrones* ». Le point de départ de la formation de ces nécrones semble être la protéolyse tissulaire et fibrineuse. Lorsqu'une cicatrice a été créée, elle peut toujours être l'origine d'un épithélioma, parce que dans la cicatrice, la vascularisation est pauvre et que les éléments dont elle est formée sont peu différenciés.

Dans la règle, ces foyers de régénération hétérologue sont la conséquence de traumatisme ou de destruction en rapport avec des infections aiguës, mais dans d'autres cas, et ce sont de beaucoup les plus intéressants, les foyers de nécrose répondent à une intoxication générale dont ils sont les témoins — ainsi l'intoxication par le benzol ou l'indol détermine dans la moelle osseuse des foyers de destruction massive (Bungeler), de même que la résorption de protéines peut être l'origine de foyers de nécrose dans l'appareil lymphoïde. Quant à l'état général de réceptivité, M. Reding admet comme ses prédécesseurs l'existence de deux substances d'inhibition et de différenciation dont les recherches toutes récentes semblent indiquer la nature hormonale. Spermann, par exemple, a pu isoler dans les tissus de l'embryon des substances qu'il désigne du terme « d'organisateurs » et qui ont pour effet de régulariser la croissance et les différenciations des cellules des tissus.

Or, ce pouvoir de différenciation que possèdent les tissus embryonnaires vis-à-vis des éléments normaux peut être mis également en évidence vis-à-vis des éléments pathologiques des néoplasmes. Murphy et Sturm ont pu démontrer, par exemple, que les extraits d'embryon total ou de peau embryonnaire exercent une influence inhibitrice nette sur une variété de carcinome. De même, Simons et Chazillo ont observé que l'ingestion de poudre d'embryon empêchait la greffe de tumeurs chez la souris. Bien d'autres expérimentateurs obtinrent des résultats analogues ; et, selon Lehmann-Farius, l'immunisation du lapin avec des cellules embryonnaires a pour conséquence une augmentation du pouvoir lytique du sérum.

D'autre part, si la régression spontanée des tumeurs greffées, chez l'animal, est exceptionnelle, l'injection d'extrait de peau embryonnaire réduit énormément le pourcentage des greffes ou des métastases.

Grâce à ces recherches, nous tenons un fait nouveau en cancérologie, et les données de cet ordre ne sont point communes, savoir : l'influence inhibitrice considérable des extraits de tissus de l'embryon sur la régulation de la croissance et la régénération des tissus ainsi que sur l'extension et même la prolifération initiale des cellules néoplasiques.

Mais le cancer lui-même, qu'il s'agisse d'épithélioma ou de sarcome, est l'analogue d'un tissu embryonnaire, dont il garde l'aptitude à proliférer et dont il présente la faible différenciation.

Les cancers, tissus embryonnaires anormaux, ne contiendraient-ils pas, tout comme les tissus embryonnaires normaux, la substance inhibitrice et la substance cyto-excitatrice ? Mendeleeff a pu dans le sarcome du cobaye retrouver ce double facteur dans la tumeur elle-même, et Rybas avec Miller l'ont mis en évidence dans le sérum ou le plasma de la souris immunisée contre un sarcome.

Rappelons enfin que les tissus normaux de l'adulte contiennent, eux aussi, les facteurs régulateurs de la croissance et que si le facteur cyto-excitateur prédomine dans le foie, le pancréas et la muqueuse de l'intestin, le facteur cyto-régulateur ou inhibiteur prédomine dans la moelle des os, la muqueuse gastrique, les ganglions lymphatiques.

Le rapporteur passe ensuite en revue les diverses causes générales qui sont susceptibles d'influer sur le développement du cancer et s'arrête particulièrement sur l'influence de la rate et du système réticulo-endothélial. Non seulement les cancers de la rate sont rares, mais les faits obligent à admettre, avec la majorité des auteurs, que l'excitation du système réticulo-endothélial développe la résistance de l'organisme contre le cancer, tandis que la paralysie la diminue et que le système réticulo-endothélial apparaît être en déficience chez des cancéreux.

La résistance au développement des tumeurs peut être également très abaissée par les intoxications exogènes et endogènes. Parmi les premières, le rapporteur retient l'arsénicisme, le benzolisme, le tabagisme ; parmi les secondes sur lesquelles l'auteur se complaît, l'intoxication par l'indol, les stérols et certains hydrocarbures semble devoir être mise au tout premier plan.

Grâce aux données que nous ont apportées les recherches que M. Reding a si clairement exposées dans son rapport, nous prenons une vue plus précise et plus claire du problème du cancer et nous pouvons même envisager des moyens médicaux tout nouveaux pour lutter contre l'éclosion et le développement des tumeurs malignes. Mais il faut reconnaître que si nous pouvons, dans une certaine mesure, appréhender le processus qui conditionne le dérèglement de la régénération hétérologue, origine des cancers, nous n'entrevoyons que très incomplètement la cause initiale de la maladie.

Depuis fort longtemps, on a établi une distinction formelle entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, mais cette séparation, si elle garde sa valeur du point de vue pratique, ne possède peut-être pas une importance aussi générale du point de vue théorique et pathogénétique. Nous savons, en effet, que nombre de tumeurs essentiellement bénignes se transforment soudainement et offrent la plus grande malignité, le simple grain de beauté créé par le mélanome cutané en est un frappant exemple. Sur cette thèse, M. Teutschlaender prend position dans un rapport consacré aux *processus de régulation hormonale des proliférations néoplasiques.*

Dans l'éclosion de toutes les tumeurs, les troubles hormonaux jouent un rôle important. Cependant, à eux seuls, ces troubles ne semblent pas fournir la raison complète de la malignité des tumeurs. Si l'on voit, par exemple, le retour à une différenciation normale des éléments qui se trouvent en bordure d'une nappe néoplasique, devons-nous attribuer ce processus de guérison spontanée à une influence générale hormonale ou à un facteur local ? La chose n'est pas résolue. Selon Teutschlaender, l'atteinte du système réticulo-endothélial commande le déficit de la résistance organique qui marque le début de la cancérisation. Mais, toujours selon notre rapporteur, ce qu'il importe de mettre à l'avant-plan de toute discussion sur l'origine du cancer, c'est l'opposition de nature que présentent les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes.

Depuis déjà plusieurs années, la pratique de la biopsie est entrée dans la pratique courante et l'on ne fait plus guère de traitement contre un cancer accessible sans s'être assuré de sa nature histologique. Mais les données histologiques sont-elles si convaincantes qu'elles le paraissent, et peut-on juger du degré de malignité d'une tumeur d'après sa structure histologique ? Selon M. James Ewing, l'histopathologiste si réputé des tumeurs, il n'en est pas ainsi. La majorité des tumeurs, dit cet auteur, répondent aux degrés moyens de malignité, 10 à 15 p. 100 seulement se trouvent aux extrêmes ; il en résulte que la détermination du degré de malignité ne présente une importance pratique pour le traitement et le pronostic que dans la minorité des faits.

***

Chapitre II. — *Le séro-diagnostic du cancer*

Depuis longtemps, on s'est efforcé de trouver une réaction spécifique qui permette de dépister à ses tout premiers débuts le processus cancéreux, mais jusqu'ici les méthodes qui ont été proposées n'ont pas été couronnées de succès, ou sont encore âprement discutées.

Dans un rapport sur les *bases théoriques du séro-diagnostic du cancer*, M. I. Hirszfeld (de Varsovie) pense que tous les éléments normaux de notre organisme peuvent, si on les détache de leur milieu et on les introduise dans la circulation, devenir la source d'anticorps tout comme les substances étrangères à nos tissus.

Les cancers contiennent des antigènes spécifiques, et la formation d'anticorps apparaît possible chez les porteurs de tumeurs malignes. En fait, les réactions que l'on observe lorsque l'on met en présence le sérum du cancéreux et le broyat de sa tumeur semblent être spécifiques, mais le fait n'est pas encore certain.

Del Rio Hortega et I. Gonzalez (de Madrid) abordent ensuite le point de vue pratique du problème et passent en revue les diverses méthodes qui ont été proposées, et elles sont nombreuses et diverses dans leur nature, certaines n'ayant comme fondement qu'un absolu empirisme.

D'après de Rio Hortega et Ibanez, les variations sanguines observées chez les cancéreux n'ont rien de spécifique, de même que les réactions expérimentales. Très souvent, celles-ci apparaissent mobiles, changeantes, selon la période de la maladie, il en résulte que nous ne possédons absolument aucune réaction sur laquelle on puisse se fonder pour établir un diagnostic de sécurité. Certaines réactions se montrent précoces, d'autres tardives et, peut-être, sous la dépendance de l'état cachectique ; aussi est-il de bonne règle d'associer, en un même moment, plusieurs méthodes. Corullo et Cuevas, par exemple, associent les réactions de Wigaud, de Lange et de Botelho et obtiennent ainsi une posivité chez 94 p. 100 des cancéreux et une négativité chez tous les non cancéreux.

Peut-on demander davantage aux réactions sérologiques ? par exemple, le diagnostic de la nature histologique de la tumeur initiale ? La chose ne serait pas impossible, mais très certainement elle n'est pas démontrée.

Après avoir fait la critique des différentes techniques expérimentées, les rapporteurs concluent que les résultats de la sérologie ne sont ni constants ni concordants, qu'il n'existe aucune réaction réellement spécifique chez les cancéreux et qu'aucune réaction négative n'autorise à réfuter l'hypothèse de cancer.

Un pareil scepticisme pour les résultats des nouvelles méthodes de séro-diagnostic et de cyto-diagnostic est partagé par Pietro Rondoni. Dans le rapport qu'il a présenté, l'auteur reconnaît qu'il n'est nullement certain de l'existence d'antigènes spécifiques dans l'organisme des cancéreux et que, en conséquence, les techniques de fixation du complément, la précipito-réaction ne peuvent donner dans la pratique que des résultats très incertains.

Le rapporteur passe ensuite en revue différentes réactions enzymotiques, la réaction cytolytique de Freund et Kaminer, les réactions basées sur la labilité colloïdale du sérum ; toutes ces réactions manquent de spécificité. Tout semble indiquer, dit l'auteur, que les tumeurs sont, à leur début, des affections locales entraînant à échéance plus ou moins brève des réactions générales secondaires, ce qui fait qu'il apparaît peu probable qu'on puisse jamais découvrir une méthode de séro-diagnostic précoce.

***

Chapitre III. — *Thérapeutique*

Les progrès de la *thérapeutique chirurgicale* des tumeurs sont connus de tous et sur ce chapitre il était impossible d'apporter des idées nouvelles. Aussi les rapports présentés par M. Hartmann (de Paris) et de M. Petroff (de Leningrad) ne se prêtent-ils guère à l'analyse. Ce sont d'excellentes mises au point.

Le rapport de M. Doglioth (de Modène) porte sur le traitement de la douleur provoquée par les néoplasies. Après avoir exposé le problème général de la douleur et admis que l'abaissement du seuil de l'excitabilité des fibres sensitives en était l'origine, le rapporteur expose que la cause

la plus fréquente des algies cancéreuses tient dans l'envahissement des nerfs et des ganglions rachidiens par le néoplasme. Grâce à l'injection lipiodolée, il est assez aisé de préciser les territoires ganglionnaires atteints et ainsi d'injecter de l'alcool dans les racines postérieures lésées, selon le procédé imaginé par l'auteur.

Celui-ci n'est guère satisfait des résultats qu'il a obtenus par l'injection sous-cutanée de venin de serpent et se prononce formellement en faveur de la radio et de la radiumthérapie. Dans les cas particulièrement rebelles, la cordotomie selon la méthode de Spiller-Frazier est à recommander.

L'on sait les immenses progrès qui ont été réalisés depuis vingt ans dans le traitement des cancers par les irradiations ; aussi le congrès a-t-il accordé une place importante aux rapports qui traitent cette question primordiale du point de vue pratique.

M. Francis Carter Wood, directeur de l'Institut des recherches contre le cancer, de New-York, étudie dans son rapport l'état des progrès de la radiothérapie anticancéreuse. Le rapporteur insiste particulièrement sur la difficulté où nous nous trouvons de connaître exactement la dose léthale des Rayons X vis-à-vis des tumeurs humaines ; les doses semblent d'ailleurs varier notablement, puisqu'elles oscillent entre 5.000 et 7.000 R. Les néoplasmes qui ne sont pas sensibles à de telles doses sont incurables. Le facteur temps a, pendant une longue période, échappé aux radiothérapeutes, il faut en tenir grand compte, selon M. Schinz (de Zürich). Ainsi contre certaines tumeurs pharyngées quasi inaccessibles, l'emploi d'irradiations très étalées dans le temps a conduit à des résultats fort encourageants.

Dans un remarquable et original exposé. M. L. Mallet (de Paris) déclare, tout d'abord, qu'il faut se garder de traiter seulement des tumeurs primitives et que l'irradiation des métastases est loin d'être à dédaigner. Chez les grands cancéreux, incurables, la télérœntgenthérapie, méthode née d'hier et déjà si riche de résultats encourageants, doit être mise en œuvre.

Ainsi, dans les métastases du squelette, la télérœntgenthérapie recalcifie les os atteints, atténue les douleurs à tel degré que certains malades ont pu reprendre leurs occupations. Sur les tumeurs malignes du sein, cette technique fait fondre des métastases et suspend l'évolution de la tumeur initiale.

Il en est de même pour les cancers pulmonaires, où l'on voit se dissiper les adénopathies du médiastin et pour les cancers de l'utérus avec envahissement pelvien.

Toutefois, l'intérêt que suscitent les faits précédents s'efface devant la réussite du traitement du cancer le moins accessible : le cancer de l'œsophage. L'auteur a observé des améliorations et des survies inconnues avec aucune autre méthode d'irradiation.

La télérœntgenthérapie n'apporte que très peu de modifications cutanées ; la dépilation et l'érythème font défaut, même quand le traitement est étalé sur une période de plusieurs mois. Le seul danger est celui d'une atteinte des appareils hémopoiétiques. De même que les auteurs précédents, M. Halthusen (de Hambourg), fait porter un accent particulier sur l'influence heureuse qu'exerce l'étalement dans le temps de l'irradiation et déclare que la raison qui milite surtout en faveur du fractionnement et de l'étalement des doses tient dans l'accumulation des doses dans les cellules sensibles.

La chimiothérapie des cancers est fort loin d'avoir atteint le degré de la radio et de la radiumthérapie ; cependant, selon Mfl Auler (de Berlin), cette méthode, encore dans l'enfance, ne doit pas être abandonnée. Il faut reconnaître que l'auteur s'appuie dans sa démonstration bien plus sur des considérations théoriques que sur des faits d'expérience, tout de même que M. F. Blumenthal, dont le rapport est consacré à l'organothérapie des cancers. Malgré l'autorité du rapporteur, nous ne croyons guère à l'efficacité d'un « *traitement hormonal polyvalent* », dont l'action serait spécifique contre les cellules néoplasiques.

Moins embrumées de métaphysique nous apparaissent les considérations développées par MM. J. Raisin et J. Pourbaix (de Louvain). Ces auteurs ont remarqué, en effet, que l'action des organes pris sur l'organisme des sujets affectés de cancer était variable ; que pour certains tissus, cette action se montrait inhibitrice tandis que, pour d'autres, elle se révélait cyto-excitatrice ; enfin, que les substances excitatrices étaient hydrosolubles et thermo-stabiles, tandis que les substances inhibitrices étaient thermolobiles et d'extraction malaisée.

Nous ne citerons que pour mémoire les méthodes diététiques de prophylaxie et de traitement des cancers, celles-ci nous apparaissent par trop conjecturales.

***

Ainsi qu'on a pu en juger d'après le résumé qu'on vient de lire, tous ceux qui ont participé au Congrès international de lutte scientifique et sociale contre le cancer, se sont efforcés non seulement d'apporter une mise au point exacte de la question qu'ils s'étaient chargés de traiter, mais encore chaque rapporteur a exposé les résultats de son expérience ainsi que développé ses idées personnelles sur la genèse des tumeurs malignes et sur le traitement à leur opposer. Nous n'aurons pas la prétention, celle-ci serait de l'outrecuidance, de porter un jugement sur l'effort collectif qui vient d'être fait dans le but d'apporter plus de clarté dans la pathogénie de ce mal mystérieux à son début qu'est le cancer, et plus de méthode dans l'organisation des thérapeutiques nouvelles, cependant on ne peut se défendre d'un certain sentiment de lassitude devant la répétition monotone des mêmes faits, des mêmes idées, des mêmes hypothèses, d'une impression aussi de tristesse devant notre faiblesse et notre impuissance à percer le mystère de la genèse des tumeurs malignes. La cancérologie doit se garder, croyons-nous, de cette phraséologie fastidieuse et vaine, que nous avons trop souvent déplorée au cours de nos lectures ; mieux que les ingénieuses hypothèses, les faits bien observés méritent d'être recueillis et conservés. Ce sont eux surtout qui jalonnent la route qui conduit à la solution de cet irritant problème de la nature et de l'origine des néoplasmes.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT HYDROMINÉRAL DU DIABÈTE (1)

Par M. Maurice Uzan (de Vals)

Grâce à sa gamme d'eaux bicarbonatées sodiques carbogazeuses étendue de 0 gr. 50 à 10 grammes de minéralisation par litre, grâce à ses sources ferro-arsenicales (Dominique : Fe=0 gr. 124 par litre (en bicarbonate ferreux), As 0 gr. 00083 par litre (en As métalloïdique), Vals a été depuis longtemps une station indiquée aux diabétiques et les observations et recherches de Clermont (1865), L. Chabannes (1865), Ollier (1866), Bouchardat (1875), Lafosse (1887), Channac (1907), René Chabannes (1912), C. Bressot (1925) ont, bien avant nous, justifié cette indication.

Mais, depuis peu, certains travaux à la fois expérimentaux et cliniques sont venus apporter des confirmations et aussi des précisions quant à l'action des eaux de Vals dans le diabète.

(1) Communication faite au Congrès international d'hydrologie de Belgrade (sept.-oct. 1936).

Dès 1932, nous montrions que l'injection intraveineuse d'une eau de Vals à forte minéralisation (Constantine) à certains animaux (lapin, chien) abaissait le plus souvent leur glycémie dans les minutes qui suivaient l'opération. Récemment, Chabrol et Sallet, injectant à des chiens 4 à 3 cc. par kilo-heure pendant 3 à 6 heures, lentement dans les veines, une eau du bassin de Vals de 7 grs de minéralisation, ont noté l'hypoglycémie consécutive mais d'une façon inconstante et ont observé souvent l'atténuation de l'hyperglycémie adrénalinique provoquée.

Nous avons observé qu'un lapin traité par une eau moyenne ou forte de Vals (Précieuse ou Constantine) faisait plus facilement des accidents d'hypoglycémie après une injection d'insuline qui, à dose égale, était mieux supportée avant le traitement hydrominéral. Ces expériences sont encore en cours.

Chez l'homme, nous avons pu noter les faits suivants :

Pendant la cure thermale, on peut élever la ration hydrocarbonée sans modifier la glycémie et la glycosurie et, inversement, pour une ration hydrocarbonée constante, voir sous l'effet du traitement par les eaux, la glycosurie décroître et la glycémie s'abaisser.

Pour plus de rigueur, nous avons choisi des sujets qui après purgation, 24 heures de jeûne et instauration pendant 3 jours consécutifs d'un régime comprenant 150 grs d'hydrocarbones, persistaient à avoir une glycosurie dosable. Nous avons constaté que la cure abaissait cette glycosurie, sans qu'aucun changement ne fût apporté au régime strictement observé.

Chez des malades recevant de l'insuline depuis plusieurs mois, nous avons pu abaisser la dose injectée et parfois supprimer totalement la cure insulinique pendant le traitement thermal, alors que, précédemment, tout arrêt apporté aux piqûres d'insuline avait pour conséquence très rapidement la réapparition de la glycosurie.

L'équilibre acide-base dévié chez le diabétique subit une rapide modification au cours de la cure de Vals. Si, comme nous le montrions dès 1931 chez le sujet normal, pour une même dose d'eau minérale quotidienne, l'alcalino-résistance augmente constamment, il n'en est pas de même pour le diabétique à équilibre acide-base rompu, dont l'alcalinisation commence d'abord par être progressive et ne rentre dans le cadre général qu'après une élévation préalable de l'alcalinité de ses humeurs.

Signalons que nous avons observé toujours au cours de la cure de Vals un abaissement de l'ammoniurie comme l'avaient vu avant nous Duhot et Polonovsky, et l'amélioration des rapports urinaires (rapport azoturique, coefficient de Maillard).

Dans nos études avec Lucien Uzan sur la sérofloculation par les eaux minérales, et sur la stabilisation sérique par les eaux minérales bicarbonatées sodiques et carbogazeuses, nous avons montré que tout se ramenait en fait et en gros à une diminution de la labilité de certaines globulines (euglobuline) et à l'amélioration du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$.

Les oxydations organiques sont améliorées par la cure thermale — ici entrent en jeu non seulement les eaux bicarbonatées mais aussi les eaux ferro-arsenicales. C'est ainsi que la glutathionémie, qui peut être considérée comme un témoin et un facteur de l'équilibre d'oxydo-réduction de l'organisme, est influencée par les eaux de Vals dans le sens de l'élévation. Mais ce sont les eaux ferro-arsenicales, comme la Dominique, qui élèvent le plus le taux de la glutathionémie du lapin en expérience.

Le pouvoir zymosthénique des eaux de Vals a été signalé par divers auteurs : Boutaric et Jacquinot (Vals-Reine), Dastugue (Vals-Saint-Jean), nous-même (Vals-Saint-Jean, Souveraine, Béatrix, Précieuse, Constantine).

Voici donc, livrés en bloc, tout un faisceau de faits qui viennent étayer les affirmations de tous les auteurs qui se sont occupés des eaux de Vals et de leur rôle dans le traitement du diabète.

La clinique nous a permis d'apporter encore des faits non moins probants. Nous avons, depuis six ans, suivi la cure d'un grand nombre de diabétiques : plus d'une centaine. Nous avons systématiquement étudié à l'arrivée les malades qui nous étaient adressés et nous leur avons toujours fait suivre un régime précis, strict et constant pendant la cure. Nous avons, bien entendu, écarté tous les cas qui constituent une contre-indication formelle à la cure : acidose trop marquée, dénutrition avancée, gangrène, paralysies, cachexies, tuberculoses, associations morbides diverses : hyperazotémie, albuminurie massive, grosse hypertension, cirrhoses. Nous n'avons pas craint cependant d'accepter dans notre Station des acidoses légères, des diabètes avec manifestation cutanée prurigineuse ou eczéma, des diabétiques atteints de polynévrite ou légèrement hypertendus. Nous avons le plus souvent noté des améliorations nettes, touchant non seulement les résultats analytiques mais aussi le volume urinaire, les déviations de l'appétit ou de la soif, le poids des sujets et leurs troubles subjectifs.

Dr MAURICE UZAN,
Vals.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

L'APOPLEXIE SÉREUSE ET LES TRIBUNAUX

A la date du 2 juillet dernier, la Cour d'Amiens s'est prononcée sur une question particulièrement intéressante pour le corps médical, puisque les magistrats avaient à apprécier dans quelle mesure peut se trouver engagée la responsabilité pénale d'un médecin à la suite du décès d'un client victime de l'apoplexie séreuse.

Voici les faits. Au mois de novembre 1933, le docteur C..., médecin de la Somme, avait prescrit au jeune H..., atteint d'une grave maladie vénérienne d'origine héréditaire, un traitement consistant en une série d'injections d'un spécifique arsenical, traitement conforme aux indications portées dans le mode d'emploi joint au médicament.

Après avoir effectué lui-même la première injection, le Docteur C., en vue d'éviter des frais importants à la famille H., avait confié à Mlle G., infirmière expérimentée se consacrant au service social bénévole dans la région, le soin de pratiquer les piqûres suivantes et lui avait remis, revêtu de sa signature, le schéma du traitement contenant toutes les indications nécessaires.

Mlle G., après avoir retardé la seconde injection — en fait, la première à laquelle elle-même devait procéder — en raison d'une légère sensation de fatigue éprouvée par le malade à la suite de la première piqûre du Docteur C., modifia, sur les instances de la famille H..., qui prétendait, contrairement à la réalité, avoir reçu de nouvelles instructions du médecin, complètement le rythme des injections que le docteur C. lui avait prescrit de suivre.

C'est ainsi qu'en l'espace de treize jours elle injecta au jeune H... une dose qui, normalement, eût dû lui être injectée en un espace de temps presque quadruple.

Au bout de cette période, pendant laquelle il n'avait manifesté aucun malaise, le jeune H... fut pris subitement de céphalée et de vomissements.

Le Docteur C., appelé en hâte par Mlle G., prévenue elle-même par la famille dès l'apparition des troubles, revoyant pour la première fois le malade et apprenant que le rythme des injections avait été follement accéléré, diagnos-

---


LES NEIGES

tiqua une méningite suraiguë, qu'il attribua à la modification du traitement.

Après une agonie de vingt-quatre heures, le malade décéda et le Docteur C. délivra un certificat déclarant que le malade était mort de méningite suraiguë.

La famille H. déposa une plainte et l'instruction aboutit à l'inculpation du médecin et de l'infirmière.

Commis en qualité d'experts par le juge d'instruction, trois professeurs à l'Ecole Préparatoire de médecine d'Amiens conclurent que le jeune H. était mort d'apoplexie séreuse et que celle-ci était la conséquence du traitement incorrect, bien que le toxicologue commis pour procéder à l'analyse des viscères eût reconnu que ceux-ci contenaient seulement la quantité d'arsenic qui devait s'y trouver par suite d'un traitement normal et qu'il n'y avait aucun indice d'intoxication arsenicale proprement dite.

C'est dans ces conditions que le Docteur C. et Mlle G. furent renvoyés devant le Tribunal correctionnel d'Abbeville sous l'inculpation d'homicide par imprudence.

A l'audience, Mlle G. fit plaider que les travaux scientifiques récents avaient apporté la preuve que l'apoplexie séreuse, trouble imprévisible et toujours mortel, n'était en relation ni avec le rythme des injections des produits arsenicaux, ni avec l'accumulation des produits arsenicaux dans l'organisme.

Le Tribunal ordonna un supplément d'information, au cours duquel quatre nouveaux experts, particulièrement qualifiés et éminents, furent chargés d'exprimer leur avis sur l'origine de l'apoplexie séreuse et sur l'imputabilité aux fautes du traitement du décès du jeune H.

Ces nouveaux experts conclurent tous les quatre que l'apoplexie séreuse n'est précédée d'aucun signe prémonitoire, se termine fatalement par la mort, n'est imputable ni au rythme des injections, ni à l'accumulation de l'arsenic dans l'organisme et que si, en l'espèce, l'infirmière avait commis une faute lourde en modifiant de sa propre initiative le traitement prescrit, cette faute lourde n'était cependant pas à l'origine du décès du jeune H.

C'était précisément la thèse soutenue par l'avocat de Mlle G. et il y avait tout lieu de penser que le Ministère Public abandonnerait la prévention. Il n'en fut rien.

Appelés à déposer à nouveau, les trois premiers experts maintinrent leurs conclusions antérieures.

Le Tribunal d'Abbeville admit en son jugement qu'aucune faute ne pouvait être retenue à l'encontre du Docteur C., qui avait ordonné un traitement correct, adéquat et prudent, que les faits dont les suites avaient été mortelles consistaient dans une mauvaise exécution de son ordonnance et ne pouvaient être prévus par lui, le traitement ayant été confié à une infirmière diplômée d'Etat, laquelle avait eu en mains un prospectus signé du médecin, expliquant parfaitement un traitement classique connu d'elle. En conséquence, le Docteur C. fut relaxé des fins de la poursuite.

Le Tribunal, au contraire, estima que Mlle G. avait commis une faute lourde en modifiant de son chef les prescriptions du médecin traitant et en n'informant pas celui-ci de la réaction causée par la première piqûre et décida, conformément aux conclusions des premiers experts, mais contrairement à celles des quatre spécialistes parisiens, que, si l'infirmière avait suivi les indications données par le médecin, le décès ne serait pas survenu. En conséquence, l'infirmière fut condamnée à une amende de 100 fr. avec sursis.

Décision critiquable, puisque les magistrats d'Abbeville n'avaient pas hésité à affirmer, contrairement à l'avis de quatre spécialistes, que l'accélération des injections avait provoqué l'apoplexie séreuse mortelle.

Sur appel du Ministère Public et de Mlle G., l'affaire vint devant la Cour d'Amiens. Les mêmes moyens de défense furent présentés au nom du médecin et de l'infirmière. La Cour rendit à son audience du 2 juillet dernier un arrêt infirmant le jugement du Tribunal d'Abbeville et condamnant les deux prévenus à des peines d'amende.

La Cour a admis, en effet, que la cause immédiate du décès était l'apoplexie séreuse, que les spécialistes consultés n'avaient pu émettre qu'un avis d'ordre général, dont il n'y avait pas lieu de tenir compte, et que l'apoplexie séreuse était la conséquence certaine des fautes de traitement.

Voici les prétendues fautes relevées à la charge du Docteur C. qui auraient contribué au décès du malade.

Le Docteur C. aurait eu le tort d'indiquer dans l'ordonnance remise à la mère les seules doses à injecter, sans prescription quant au traitement. Ce grief est sans fondement puisque le traitement devait être effectué par le médecin lui-même ou par l'infirmière.

Il aurait encore méconnu son devoir professionnel en ne donnant pas d'instructions précises à l'infirmière alors qu'il s'agissait d'un produit toxique, que l'infirmière n'était pas spécialisée et que le malade à traiter était gravement taré et débile. C'est là une inexacte appréciation des faits, car, de tous les éléments du dossier, il ressortait à l'évidence que les instructions du Docteur C. étaient complètes, que l'infirmière avait déjà eu maintes occasions de manier le produit ou des produits analogues et qu'enfin l'application d'un tel traitement à un malade gravement taré et débile est habituelle.

La Cour a, enfin, reproché au Docteur C. d'avoir abandonné le malade pendant une douzaine de jours au cours d'un traitement délicat susceptible de provoquer des réactions dangereuses. Elle a ainsi oublié, d'une part, que le malade était confié à une infirmière qualifiée par les magistrats eux-mêmes d'instruite et d'expérimentée et en contact presque quotidien avec le médecin et que, d'autre part, l'exécution normale du schéma du traitement pendant les douze premiers jours de celui-ci ne comportait pas pour le malade de risques que la présence du médecin aurait été susceptible d'écarter.

Plus judicieusement, la Cour a retenu à l'encontre de l'infirmière la faute très lourde d'avoir modifié le traitement prescrit par le médecin sans nouvelles indications de celui-ci et sur les simples affirmations de la mère du malade.

Ainsi, des magistrats n'ont pas hésité à contredire en leur décision les plus éminents spécialistes, alors que l'autorité de ceux-ci justifiait le complet respect d'un avis donné en pleine connaissance de cause. Ce fait est, d'ailleurs, d'autant plus surprenant qu'à maintes reprises la Cour de Cassation a recommandé aux Tribunaux de s'abstenir de prendre parti dans les questions d'ordre scientifique ou médical.

En présence d'une part de la faute grave de l'infirmière, exécutant un traitement contraire aux prescriptions parfaitement correctes du médecin, et d'autre part du décès déterminé par un accident affirmé imprévisible et sans relations avec les erreurs du traitement par les plus hautes autorités, la Cour s'en est tenue à la formule simpliste *Post hoc, propter hoc.*

On est en droit d'espérer que la Cour de Cassation, à laquelle est maintenant soumise l'affaire, saura faire une plus juste appréciation des éléments d'une cause dont l'issue importe au premier chef au corps médical.

C. Nattan-Larrier,
Docteur en Droit,
Avocat à la Cour de Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION. 17, RUE CASSETTE.

N° 92.— MERCREDI 18 NOVEMBRE 1936. 109e ANNÉE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Rouen. — Après concours, ont été nommés : médecin électro-radiologiste des hôpitaux, M. Jouen-Delamare ; médecins adjoints des hôpitaux, MM. Vaudour et Delaporte ; accoucheur des hôpitaux, M. Lauret.

Faculté de médecine de Paris. — *Leçon inaugurale de la chaire de clinique cardiologique.* — M. le professeur Charles LAUBRY fera sa leçon inaugurale au *grand amphithéâtre de la Faculté*, le jeudi 19 novembre 1936, à 18 heures, et continuera son enseignement clinique le jeudi, à 9 h. 30 du matin, à l'hôpital Broussais.

Ecoles de médecine. — CAEN. — M. le docteur Maurice COLLIN, médecin des hôpitaux, a été nommé professeur à l'Ecole de médecine de Caen.

Cité Universitaire. — Un concours s'ouvrira le 1er décembre 1936, à 9 h. 30 à la Sorbonne, salle V. pour la nomination d'un *interne résident* et la désignation de cinq internes suppléants.

Les candidats doivent s'inscrire jusqu'au 21 novembre 1936, au secrétariat de l'Académie de Paris, à la Sorbonne (bureau 6) tous les jours, de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 16 heures. Pièces à produire : demande d'inscription sur papier libre. Certificat de 12 inscriptions.

Ministère de la Santé publique. — Un décret en date du 3 novembre (*J. off.*, 10 nov.) modifie le recrutement des *médecins des établissements publics d'aliénés.* Le jury d'admission comprend : « Trois délégués du ministre, dont deux psychiâtres, appartenant soit au corps des médecins des asiles, soit au corps des médecins des hôpitaux de l'Assistance publique, soit au corps enseignant dans une faculté de médecine... » (Article 18 du décret du 3 janvier 1922, paragraphe à intercaler entre le 4e et le 5e paragraphe.)

— Le même numéro du *Journal officiel* publie un décret relatif à l'établissement, le fonctionnement et la surveillance des *sanatoriums.*

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Alphonse Mossé, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Toulouse, médecin honoraire des hôpitaux, correspondant national de l'Académie de médecine. M. Mossé était ancien interne des hôpitaux de Paris (1876).

— Du docteur Albert Saint-Cène, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine de Paris ; du docteur Michel Parvu (de Paris) ; du R. P. Lauras, ancien directeur de la Conférence Laënnec fondée jadis par le regretté Paul Michaux, chirurgien des hôpitaux de Paris. Le R. P. Lauras s'est consacré pendant 32 ans à cette Conférence, qui a préparé d'innombrables candidats à l'externat et à l'internat.

— Du Dr Aristide Mériadec, à Quimper.

— De M. Fernand Ducatte, docteur en pharmacie.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE. — M. le professeur Noël FIESSINGER a commencé son cours le mardi 17 novembre, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. (*Les explorations fonctionnelles.*)

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES. — M. le professeur Georges GUILLAIN a commencé son cours de clinique le vendredi 13 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpê-

trière (amphithéâtre de la clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 heures. (Policlinique à la salle des consultations externes de l'hôpital), et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

Clinique urologique (clinique Guyon). Hôpital Necker. — M. le professeur Marion fera sa première leçon le mercredi 18 novembre 1936, à 9 h. 30, et continuera son enseignement aux jours, heures et lieux indiqués sur l'affiche des Cours.

Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance. (Clinique Parrot, hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — M. le professeur Lereboullet reprendra ses leçons cliniques le mercredi 18 novembre, à 11 heures, à l'amphithéâtre Parrot, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. L'enseignement des stagiaires a commencé le mardi 3 novembre.

Clinique médicale de la Pitié. — M. le professeur Clerc commencera son enseignement clinique le mercredi 18 novembre, à 11 heures. (Amphithéâtre des cours de la Pitié.)

Chaire de clinique de la tuberculose (Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres). — M. le professeur Fernand Bezançon commencera ses leçons cliniques le vendredi 4 décembre 1936, à 11 heures, à la salle de conférences de la clinique, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. Sujet des leçons : *Tuberculose infection et tuberculose maladie.*

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur Laignel-Lavastine commencera ses leçons de clinique annexe le mercredi 18 novembre 1936, à 10 heures.

Objet du cours : *Neurologie.*

CHRONIQUE

LE CENTENAIRE DE LA BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE DE L'ARMÉE DES ÉTATS-UNIS

Nous ne connaissons pas toutes les richesses bibliographiques des autres nations. Dans le domaine de la médecine, Washington possède *la plus grande et la plus complète bibliothèque médicale du monde ;* c'est celle du Service de santé de l'Armée des Etats-Unis.

Fondée par le docteur Joseph Lowell en 1836, agrandie et remarquablement organisée par John Shaw Billings, qui lui consacra plus de trente ans de son existence avant de devenir professeur d'hygiène à l'Université de Pensylvanie, elle est dirigée actuellement par un véritable savant, le lieutenant-colonel Edgar Erskine Hume, qui s'est attaché à accroître encore sa prospérité et son extension.

Cette bibliothèque, par ses dimensions grandioses et par sa richesse extraordinaire en ouvrages médicaux, chirurgicaux, etc., en périodiques, en incunables nombreux et précieux du XVe siècle, fait l'admiration des visiteurs étrangers ; William Osler l'a appelée « une des premières institutions scientifiques du monde ». Son index-catalogue, qui en est à sa quatrième édition, comporte 31 volumes. Tous les journaux médicaux parus en divers pays, au nombre de 2.000, y sont reçus, et chaque article principal, présentant quelque valeur, est classé et noté spécialement.

Adami a dit de cette bibliothèque modèle qu'elle « a rendu un immense service à la Science à travers le monde ».

La Bibliothèque médicale de l'Armée des Etats-Unis fête actuellement son Centenaire. Rendons hommage à cette institution, remarquable par son importance exceptionnelle.

H. V.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PHARMACIENS ÉTRANGERS

M. Boux de Casson, député, demande à M. le Ministre de la Santé publique combien il y a, à l'heure actuelle, par département, de pharmaciens de nationalité étrangère dirigeant des officines. (*Question du 12 août* 1936.)

Réponse. — Il n'existe, à l'heure actuelle, en France, que neuf officines dirigées par des pharmaciens de nationalité étrangère, dans les départements suivants : Isère : 1 ; Rhône : 1 ; Seine : 7. (*J. O.*, 7 nov. 1936.)

TRAITEMENTS DE MÉDECINS D'HÔPITAUX

M. Cabart-Danneville, sénateur, demande à M. le Ministre de la Santé publique, si un docteur en médecine, maire et président de droit de la commission administrative d'un hôpital, a le droit de toucher un traitement de médecin adjoint de cet hôpital. (*Question du 29 juillet* 1936.)

Réponse. — Réponse affirmative. Un décret-loi du 30 octobre 1935 avait interdit le cumul entre les fonctions de membre de la commission administrative d'un établissement public hospitalier et de médecin-chef, médecin ou chirurgien de cet établissement. Toutefois, en raison des difficultés d'application de ce texte, la circulaire du 7 février 1936 a stipulé qu'il serait sursis à sa mise en vigueur jusqu'au moment où le Parlement aurait statué sur les propositions de modification qui vont lui être soumises. (*J. O.*, 7 nov. 1936.)

Administration Générale de l'Assistance publique à Paris

Sous-Direction des hôpitaux et hospices.
Service de l'exploitation

Le vendredi 11 décembre 1936, à 14 h. 30, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication sur soumissions cachetées des fournitures d'herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes, produits chimiques hors série (oxygène) nécessaires au service de la Pharmacie Centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant six mois pour les substances pharmaceutiques et produits chimiques et pendant une année pour les produits chimiques hors série (oxygène) à compter du 1er janvier 1937.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au service de l'Exploitation, de l'Approvisionnement et du Matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de dix heures à midi et quatorze heures à dix-sept heures.

Dépôt des demandes jusqu'au 26 novembre 1936.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

ECZÉMA ET OPOTHÉRAPIE SPLÉNIQUE

Par M. R. LEVENT

En dépit du nombre des traitements dont on dispose et bien qu'avec tous, de beaux succès aient été obtenus même dans des cas sérieux, il n'en demeure pas moins constant qu'à tout âge, les poussées eczémateuses peuvent être par leur résistance au traitement et leurs faciles récidives une véritable infirmité sur laquelle la thérapeutique ne remporte souvent que des succès précaires.

C'est en 1927 que, pour la première fois, deux auteurs viennois Mayr et Moncorps eurent leur attention attirée par des constatations qui furent le point de départ de leur méthode et de leurs premiers essais. Ils rapprochèrent la constatation de l'éosinophilie qui existe chez certains eczémateux de son apparition chez des sujets qui pour une raison quelconque, ont subi une splénectomie. L'eczéma, ou tout au moins certains eczémas ne seraient-ils pas en rapport avec une déficience de la fonction splénique ? Peut-être pouvait-on rapprocher de ces faits l'amélioration qu'on observe dans certains eczémas après l'application sur la région splénique de rayons X à dose stimulante et qui ne contredirait pas l'hypothèse de travail conçue par ces auteurs. Mayr et Moncorps eurent donc recours à l'opothérapie splénique en y cherchant surtout une action de suppléance et s'appliquèrent à déterminer les conditions qualitatives et quantitatives qui pouvaient rendre fidèles les heureux effets qu'ils observèrent dans certains cas.

Encouragés par les observations favorables recueillies par Mayr et Moncorps, et moyennant un certain nombre de tâtonnements, d'autres auteurs dans divers pays s'engagèrent dès les années suivantes dans la voie nouvelle qui leur était tracée et souvent avec succès. Il semble qu'un des plus favorisés fut aux Etats-Unis Thomas M. Paul dès 1929. En France, c'est en 1930 que sont publiées les premières observations : Chevallier et Bloch, Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier, Bory obtiennent un nombre appréciable de résultats heureux sans observer beaucoup de réactions défavorables. Celles-ci seront ultérieurement signalées par divers auteurs, mais sans que jamais, il y ait eu davantage que des désagréments passagers. L'enthousiasme qu'avaient pu faire naître les résultats de Thomas M. Paul a fait place à une appréciation plus modérée, mais le traitement par l'opothérapie paraît mériter de demeurer dans les moyens sur lesquels on est en droit de compter désormais. En 1931, Gâté et Charpy ; en 1932 Monard ; en 1933, Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier publiaient des observations nouvelles et confirmaient l'heureuse action du traitement dans certains cas. D'autres essais ont encore été faits depuis par Schiff, Woringer, Pautrier, Gâté, Charpy et Monard, Chevallier et Colin, Francescoli, souvent intéressants et qui ont permis de préciser technique et indications. En 1935, Hallé et Prieur, Rocaz et Mlle Fiot, Delthil apportaient à leur tour leur contribution clinique à cette étude.

* * *

L'action de la splénothérapie, considérée du point de vue physiologique et abstraction faite des effets thérapeutiques, n'est pas connue dans tous ses détails. On sait seulement que la réaction générale est souvent absente et qu'elle est exceptionnellement intense. On observe dans une certaine mesure une modification heureuse du poids et de l'appétit, mais il faut tenir compte de la répercussion possible dans ce domaine de la sédation nerveuse générale due à l'amélioration des lésions cutanées. Dans quelques cas, cependant, on a constaté un état subfébrile, un malaise général (Chevallier et Colin) qui toujours ont été sans gravité, transitoires et dépourvus de toute valeur pronostique défavorable. Parfois on observe, au moment de l'injection ou immédiatement après, de la pâleur, de la cyanose du visage, de la tachycardie, des frissons, une certaine tendance syncopale. Tous ces signes sont inconstants et passagers et nullement sujets à se reproduire lors des injections ultérieures. Leur apparition n'est donc aucunement une raison d'abandonner immédiatement le traitement entrepris.

La modification organique la plus habituellement engendrée par les extraits spléniques semble être l'altération de la formule sanguine. On observe souvent, mais non toujours, de la polyglobulie, effet paradoxal lorsqu'on le rapproche de l'action hypoglobulisante de l'extrait de rate observée dans certains cas par Purdey. Plus constamment s'observe une hyperleucocytose légère à 15000-20000, apparaissant un quart d'heure environ après l'injection et persistant de quelques heures à 2 jours ; aucune modification constante de la formule leucocytaire, bien que Mayr et Moncorps aient noté une baisse du taux des éosinophiles. Soula a toutefois noté des cas de monocytose massive. Boinet et Soula ont aussi noté une contraction prolongée de la rate et aussi l'absence des modifications sanguines ci-dessus mentionnées lorsque a eu lieu antérieurement une splénectomie; on peut donc, sauf confirmation, les attribuer à la chasse splénique. Néanmoins, il faut noter que la contraction splénique maxima et la polyglobulie maxima ne coïncident pas dans le temps. Pagniez, Coste et Escallier ont noté les mêmes modifications chez les splénectomisés soumis à l'action de l'adrénaline.

Gâté, Monard et Charpy contestent l'importance de ces modifications tout en constatant également la polyglobulie et l'hyperleucocytose ; le taux des éosinophiles ne leur a pas semblé modifié.

Les effets locaux sont les seuls intéressants pour le thérapeute.

Le plus frappant est *la disparition du prurit*. Elle est, en général, très rapide ; quelques minutes le plus souvent, quelques secondes seulement parfois. C'est aussi l'effet le plus constant du traitement et son instantanéité n'a pas laissé d'impressionner certains auteurs (Thomas M. Paul). Il ne s'agit pas cependant d'un résultat définitif d'emblée. Pour les premières injections, tout au moins, la durée n'en est que limitée ; elle est de quelques heures, deux à trois jours au maximum pour Chevallier et Collin, souvent beaucoup moins pour Gâté et Charpy. C'est néanmoins un résultat important et qui moyennant un traitement suffisamment prolongé, devient définitif.

L'action sur les lésions elles-mêmes est moins rapide : elle varie aussi dans une certaine mesure avec leur ancienneté et leur nature. Dans les eczémas suintants, qui sont parmi les plus habituellement influençables par la splénothérapie, il suffit parfois de quelques heures pour voir le suintement se tarir (Pasteur-Vallery-Radot et Blamoutier). Les choses vont moins vite en général, mais en deux ou trois jours, on peut voir toute exsudation disparaître et de façon assez caractérisée parfois pour que certains auteurs aient pu, sans inconvénient, supprimer tout pansement. Lorsque ces modifications anatomiques se font attendre plus de cinq à huit jours au contraire, il ne semble pas qu'on puisse compter sur une amélioration très grande ni très durable. Lorsque après la 5e injection, aucun changement local ne se montre, il est préférable d'abandonner.

On ne doit, au contraire, pas s'alarmer d'une poussée œdémato-congestive légère lors d'une première injection ni d'une reviviscence des lésions au moment de l'injection si cette poussée s'éteint rapidement. Il n'y a pas là, bien au contraire, de raison de suspendre ni d'abandonner le traitement.

Indications et contre-indications. — La principale indication de la splénothérapie est l'*eczéma suintant en pleine*

poussée. C'est dans ces cas que les divers auteurs ont obtenu les plus beaux succès : 21 succès complets et 12 partiels sur 49 malades (Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier), 11 succès sur 26 cas (Chevallier et Colin).

Les *poussées prurigineuses aiguës graves*, quelle qu'en soit la cause, semblent céder aussi à cette méthode : 12 succès sur 30 cas (Gâté, Charpy et Monard).

Bons résultats aussi dans l'*eczéma séborrhéique aigu* et parfois dans les *eczémas périorificiels* (Chevallier et Colin).

D'autres indications ne sont que relatives, mais l'essai y demeure cependant légitime : eczémas chroniques, eczémas professionnels, eczémas papulovésiculeux, affections prurigineuses chroniques après échec d'autres méthodes (Chevallier et Colin), eczéma du nourrisson avec suintement (Woringer), mais les succès sont ici problématiques.

Les *contre-indications* sont peu nombreuses : les *eczémas lichénifiés*, qui semblent entièrement indifférents à l'extrait splénique ; les *poussées aiguës caractérisées survenant en cours de traitement sur des lésions anciennes*, sont les principales.

De même l'apparition, d'ailleurs rare, *d'accidents de choc.*

L'association avec d'autres affections apparentées ne semble au contraire pas être une contre-indication. La splénothérapie a été essayée contre des eczémas associés à l'urticaire, ou à l'asthme. Dans ces cas, c'est surtout sur l'eczéma que le traitement agit. L'affection associée semble beaucoup moins influencée et toujours de façon transitoire ; le plus souvent, elle persiste sans modification. Mais son existence ou sa persistance ne contre-indiquent pas, semble-t-il, une nouvelle administration ultérieure d'extrait splénique si besoin est. Il faut cependant noter que dans ces cas, l'effet est en général moins net qu'il n'avait été la première fois.

*
* *

Technique du traitement. — Les essais des divers auteurs les amènent tous à deux conclusions qui constituent les principes généraux de la splénothérapie : 1° le *traitement n'est actif que moyennant l'administration parentérale ;* l'ingestion *per os* ne donne aucun résultat.

2° *Seules les fortes doses donnent des résultats.* — Il s'ensuit que tant pour éviter des accidents dus aux albumines hétérogènes que pour obvier à la douleur causée par les injections, on doit disposer d'extraits aussi soigneusement désalbuminés que possible et assez concentrés pour être efficaces sous un faible volume. Diverses espèces animales ont été mises à contribution. C'est à partir de la rate de porc que sont préparés la plupart des extraits injectables.

Le lieu d'injection est soit la région fessière au lieu habituel des injections (Woringer), soit la région rétrochantérienne (Pasteur-Vallery-Radot et Blamoutier), mais toujours par voie intramusculaire.

La dose à employer varie naturellement avec l'extrait choisi et son équivalence en organe frais. Après divers essais, Pasteur-Vallery-Radot et Blamoutier (1934) ont choisi des extraits aqueux désalbuminés équivalant à 25 grammes de rate fraîche ou concentrée par cmc. C'est là une concentration moyenne, beaucoup plus forte que les 5 à 20 gr. d'abord employés par les auteurs de la méthode. Mais on peut sans inconvénient, si les circonstances exigent un traitement intensif, trouver sur le marché français des extraits analogues et de concentration supérieure : 50, 60 grammes de rate fraîche par cmc. Même à cette forte teneur, la réaction douloureuse locale est supportable et passagère ; la réaction générale est faible ou nulle le plus souvent.

La dose quotidienne doit équivaloir au minimum *à 50 grammes* de rate fraîche pour l'adulte, mais on a pu sans inconvénient élever la dose pro die à 150 grammes. Il est bon de commencer par tâter la sensibilité du sujet avant d'atteindre les fortes doses.

La quantité administrée dans les 24 heures sera avantageusement partagée, si la dose est forte, en 2 ou 3 injections. Aucun horaire ne s'impose absolument ; il est toutefois souvent avantageux de mettre à profit la rapidité d'action du médicament sur le prurit et de supprimer la poussée digestive fréquente au cours de l'eczéma, en injectant l'extrait avant le repas.

On injecte en général 30 à 50 grammes, selon l'âge, en une fois.

Pendant les dix premiers jours, en principe, on fait une injection chaque jour ; ensuite, on peut ne les faire qu'un jour sur deux. La première série devra comprendre 10 à 12 injections ; si la guérison n'est pas complète, on devra faire une ou plusieurs nouvelles séries après 4 à 6 semaines de repos. Mais souvent les résultats ont été assez nets vers la cinquième injection pour permettre dès ce moment un arrêt définitif.

D'une manière générale, il semble qu'aux lésions récentes conviennent les grosses doses et aux lésions anciennes les doses moyennes.

Chez l'enfant, on peut obtenir d'heureux résultats avec une dose quotidienne correspondant à 30 grammes de rate fraîche par jour (Hallé et Prieur).

On devra se guider principalement sur la réaction des lésions en cours de traitement, sans attacher trop d'importance à des réactions locales de reviviscence qu'on peut voir apparaître vers la 5e-6e injection.

Si, en revanche, vers la 8e injection, aucune modification ne s'est produite dans l'état du malade, il vaut mieux cesser le traitement, quitte à tenter plus tard un nouvel essai, sans danger, mais de succès naturellement moins assuré encore.

Un traitement de consolidation après guérison est souvent une bonne précaution.

La question du traitement adjuvant est diversement envisagée. Certains, devant la qualité des résultats obtenus, ont délibérément renoncé à toute prescription accessoire, même diététique. Il semble que le plus souvent le régime soit une mesure de prudence utile. Quant aux applications locales, les plus anodines semblent suffisantes : Hallé et Prieur se sont contentés de badigeonnages à l'huile de foie de morue et n'en ont pas moins eu, grâce à l'extrait splénique, un très beau succès dans un eczéma grave, étendu et persistant, chez l'enfant.

Woringer donne en même temps, *per os*, de l'extrait splénique, mais il ne semble pas qu'il y ait là une mesure nécessaire.

Résultats. — Les résultats connus sont actuellement assez nombreux pour permettre une appréciation.

D'une manière générale, c'est surtout le prurit qui est modifié. Francescoli évalue dans l'ensemble les cas de prurit guéris aux trois quarts des cas traités, les lésions dermatologiques influencées à la moitié seulement. Birke, après avoir traité 80 eczémas, évaluait les succès à 80 p. 100 contre l prurit, à 65 p. 100 seulement contre la dermatose.

Sans doute est-on loin de l'enthousiasme du début et des statistiques de Thomas M. Paul qui comptait 44 guérisons sur 44 sujets traités. Mais si l'on accepte les chiffres de Gâté, Charpy et Monard (1932), qui semblent entre tous les plus réservés sur la méthode, on trouve 18 succès sur 30 sujets vis-à-vis du prurit. Quant aux lésions, ils obtiennent 11 succès complets, 7 succès partiels contre 12 échecs entiers.

Le vrai semble que l'eczéma est d'autant plus sensible au traitement que plus récent. Sur 26 cas aigus, Chevallier et Colin (1933) comptent 11 succès complets, 7 améliorations et seulement 7 échecs caractérisés ; sur 23 cas chroniques : 3 succès complets seulement contre 13 améliorations et 7 échecs. De même en 1930, Pasteur-Vallery-Radot et Blamoutier comptaient pour 5 eczémas chroniques 2 guérisons et 3 améliorations. Leur statistique de 1934, qui

porte sur 49 cas est plus probante, puisqu'elle tient compte de la durée des effets obtenus : 21 cas ont été guéris entièrement, certains depuis plus de 3 ans, 12 ont été très améliorés, pour 8 le résultat fut insuffisant, pour 8 autres nul.

La puissance du traitement semble donc dépasser le seul prurit.

Dans les eczémas périanaux, les résultats sont moins beaux, puisque les 5 cas traités par Chevallier et Colin n'ont été qu'améliorés ; ils sont moins beaux encore dans certains eczémas suintants très étendus du nourrisson : 1 succès seulement sur 6 cas (Woringer) avec intolérance au traitement ou lorsque les lésions sont anciennes, associées à du lichen ou du psoriasis (Pasteur-Vallery-Radot et Blamoutier).

Par ailleurs, les accidents semblent rares. Chez l'adulte, le choc est rare, 3 fois sur 37 pour Pasteur-Vallery-Radot, et sans gravité. Le jeune enfant est peut-être plus sensible à l'avis de Rocaz et Mlle Fiot : ascension thermique à 40°, vomissements, fatigue générale, diarrhée chez le nourrisson (Woringer). Tout disparaît en général dans les 24 heures et n'est pas sujet à récidive obligée lors des injections suivantes.

On a noté aussi parfois l'exagération dès la première injection de l'eczéma ; un tel effet est le seul accident qui actuellement doive faire cesser définitivement la splénothérapie.

On ne peut avoir actuellement de conception certaine sur le mode d'action de l'extrait splénique Il ne s'agit pas d'une protéinothérapie — bien que cette méthode ait rendu des services dans l'eczéma, — car les extraits sont désalbuminés. On ne peut non plus souscrire aux idées premières de Mayr et Moncorps, sur la présence et la disparition des éosinophiles. Schiff a supposé que l'opothérapie comblerait une insuffisance endocrine de la rate ; cet organe secréterait un enzyme qui, aidant à la transformation du trypsinogène en trypsine, renforcerait l'action protéolytique du pancréas. Cet enzyme faisant défaut, l'eczéma apparaîtrait du fait de la transformation incomplète des albumines digestives.

L'action plus marquée de l'extrait splénique administré près du repas s'accorderait avec cette hypothèse, mais pourquoi les splénectomisés ne sont-ils pas plus souvent que les autres des eczémateux ?

Quoi qu'il en soit du mécanisme d'action, les faits jusqu'ici connus montrent que si le parallélisme n'est pas entier entre les effets sur le prurit et les effets sur les lésions, et si l'on ne peut espérer posséder dans l'opothérapie splénique une médication héroïque, cette méthode demeure cependant efficace et mérite une place parmi les traitements d'une affection dont on connaît assez la durée et la ténacité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des hypotrophies d'origine digestive dans la première enfance, de leurs causes et de leur traitement. Thèse du docteur Marielle d'Arcy. Grand in-8° de 193 pages. A Paris, chez Amédée Legrand, éditeur, 1936.

La vie surhumaine de S. Hahnemann, fondateur de l'homœopathie, par Roger Larnaudie, avec une préface du docteur Fortier-Bernoville. In-8° carré de 278 pages. Aux éditions du Parthénon, 15 et 17, boulevard Saint-Michel, à Paris (5e). 1935.

Contribution à l'étude des stomatites, revue clinique et traitement par les colorants d'acridine. Thèse de M. le docteur Jean Leclercq. Grand in-8° de 144 pages. A Paris, 1935, chez Amédée Legrand.

XLVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1)

(5-10 octobre 1936)

Discussion de la première question mise à l'ordre du jour

RÉSULTATS DES GREFFES OVARIENNES

M. Dziembowski (de Pologne). — La plupart des gynécologues polonais pensent que l'effet des greffes ovariennes ne peut être que transitoire, car elles sont toujours rapidement résorbées. Elles n'agissent que comme réserves d'hormones, et la thérapeutique médicale opothérapique, à condition d'être bien dirigée, demeure supérieure quant aux résultats à toutes greffes organiques.

En dépit de cette opinion couramment acceptée en Pologne, l'auteur exprime un avis contraire. Les greffes d'ovaire, d'après son expérience clinique, ont une vitalité incontestable. Les hémorragies qui se produisent périodiquement par certaines fistules consécutives à des interventions ayant porté sur la sphère génitale et qui constituent comme autant de greffes involontaires, sont la preuve de la survie du greffon.

M. Douay (de Paris) pense qu'il convient de conserver toujours, en place normale si possible, tout ovaire qui paraît sain. Si cet ovaire est suspect, il faut le supprimer partiellement. Dans les cas d'hétérogreffes, il n'est pas nécessaire que l'ovaire provienne d'une jeune femme. La greffe pratiquée dans la grande lèvre est d'exécution facile et a toujours donné à l'auteur des résultats satisfaisants.

Sur 167 cas observés de 1928 à 1934 et 128 suivis jusqu'à maintenant, on note 11 % d'échecs, 71 % de succès.

M. Knudtzon (de Copenhague), a pratiqué 17 fois l'autogreffe par la méthode de Douay, chez des malades dont l'âge varie de 19 à 42 ans. Deux fois, l'opération pratiquée était une hystérectomie subtotale ; les huit autres fois, l'utérus avait été conservé après ablation des annexes.

Il y eut un échec complet, un succès partiel, huit succès.

Les résultats éloignés se résument comme suit : une malade perdue de vue, deux reprises de troubles de castration vers le 7e, 8e ou 9e mois ; enfin persistance des bons effets de la greffe chez six malades depuis 10 à 32 mois.

M. Marro (de Turin), emploie depuis dix ans la greffe totale de l'ovaire qu'il fend en deux dans le sens sagittal, bord libre excepté.

L'ovaire ainsi préparé vient enserrer le pédicule de la glande enlevée. Ce sont les fils de la ligature de ce pédicule qui, traversant le bord libre de l'ovaire, assurent la fixation du greffon.

L'ovaire ainsi greffé est fixé dans un second temps au ligament large avivé au préalable. Cette technique paraît supérieure à toutes greffes pratiquées dans les muscles droits, les grandes lèvres, l'utérus, l'épiploon.

L'auteur expose trois observations, dont l'une relate une grossesse normale consécutive.

M. Chalier (de Lyon) est d'avis que les indications de la greffe doivent être de plus en plus limitées, car on doit s'efforcer toujours de pratiquer une chirurgie aussi conservatrice que possible.

Cependant, vingt-huit fois l'auteur a pratiqué la greffe ovarienne suivant la technique de Douay en y apportant du reste quelques modifications. Vingt-trois fois il s'agissait de fibromes, cinq fois de lésions annexielles. Les résultats ont été bons.

M. Delagenière (du Mans). — La valeur de la greffe ovarienne dépend surtout de l'état de l'utérus conservé. Il importe cependant de fixer l'ovaire aussi près que possible de la matrice.

Si l'utérus a dû être supprimé, peu importe la greffe ovarienne. Contrairement à l'opinion courante, l'ovaire est

Association de la Presse médicale française.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, nos 81, p. 1394 et 84, p. 1448.

sans action prouvée sur la morphologie, la vie intime, l'équilibre mental de la femme.

M. SÉNÉCHAL (de Paris) estime qu'on peut toujours, sauf exception, conserver un fragment d'ovaire sain pour éviter les troubles de la castration. Il expose sa technique de fixation des ovaires conservés en totalité ou en partie avec leur pédicule.

M. FEREY (de Saint-Malo). — Depuis quinze ans, l'auteur, dans l'ablation des fibromes conserve toujours en entier ovaires et trompes. Les résultats sont excellents. Ainsi sont évités la plupart des troubles de la ménopause chirurgicale. La statistique comprend 496 hystérectomies.

Deuxième question mise à l'ordre du jour :

LA CHIRURGIE CHEZ LES DIABÉTIQUES

Résumé du rapport de MM. Pierre FREDET (de Paris) et JEANNENEY (de Bordeaux)

Deux chapitres constituent ce travail. Dans le premier sont exposées les notions générales valables chez tous les diabétiques chirurgicaux ; dans le second sont présentés les faits relatifs aux affections proprement diabétiques ou compliquées d'une façon spéciale par l'existence du diabète.

PREMIÈRE PARTIE

Quelle que soit l'origine du diabète, le diabétique demeure un sujet fragile et inquiétant pour le chirurgien.

Ses plaies se réparent lentement, péniblement. Ses tissus constituent un milieu favorable au développement de tous les germes. Les anesthésiques sont pour lui plus spécialement toxiques et risquent en un instant de déclencher les accidents redoutables du coma.

La découverte de l'insuline a modifié cet état de choses. Son emploi supplée à l'insuffisance pancréatique ; elle permet d'introduire dans l'organisme des hydrates de carbone en quantité convenable et de les y brûler en même temps que le glycose jusque-là inutilisé. Dès lors le diabétique devient opérable comme un sujet normal. Il guérit aussi vite et aussi bien.

Dans la pratique deux cas peuvent se présenter : ou bien l'on sait que le futur opéré est diabétique, ou bien on ne l'apprend qu'au cours des examens précédant immédiatement l'intervention.

L'auteur passe en revue les différentes épreuves destinées à établir le bilan d'un diabétique et par suite le traitement à lui appliquer. Il expose les épreuves de chimie clinique qui demeurent largement suffisantes pour diagnostiquer le diabète, vérifier sa guérison ou son amélioration au cours du traitement insulinique.

Une étude spéciale est faite des troubles de la cicatrisation et de la prédisposition à l'infection. Le rapporteur insiste sur la nécessité d'une technique opératoire rigoureuse, d'une asepsie parfaite, sur le danger des tractions brutales, sur l'importance d'une hémostase soignée, et sur la supériorité de l'anesthésie loco-régionale.

A. Préparation d'un malade diabétique pour une opération qui n'est pas urgente

Ce malade peut rentrer dans l'une ou l'autre des catégories suivantes :

I. — *Diabète hyperglycémique seul.*

II. — *Diabète hyperglycémique et glycosurique, sans cétonurie et sans signe de dénutrition azotée.*

III. — *Diabète hyperglycémique, glycosurique, cétonurique*, avec signes de dénutrition azotée plus ou moins accusée.

Diabète hyperglycémique. — C'est pour le médecin un diabète léger, bénin. Pour le chirurgien le cas est plus grave, car du fait de l'opération le malade est à la merci de complications sérieuses.

Il importe de ramener chez ce sujet la glycémie à l'état normal. La tâche est relativement facile et la diététique arrivera toujours à ce but. Un jeûne de courte durée suivi d'une cure de légumes verts remettra les choses en état au bout de deux ou trois jours.

A ce moment, où la glycémie est revenue à la normale, on établit le régime mixte en réduisant tout d'abord la teneur en hydrate de carbone, puis en l'augmentant peu à peu jusqu'à ce que le taux glycémique ait tendance à remonter. La quantité des hydrates de carbone est alors diminuée légèrement. Ainsi on aboutit au régime définitif.

Si l'évolution du diabète n'est pas aussi théorique que nous venons de le prévoir, il faut recourir à l'insulinothérapie en utilisant l'insuline à doses très faibles.

Diabète hyperglycémique et glycosurique. — La cure de légumes verts permet comme précédemment de faire tomber au minimum la glycosurie. Quand celle-ci a disparu, on traite l'hyperglycémie comme il a été indiqué ci-dessus.

Il importe d'associer la diététique à l'insulinothérapie, car pour réduire les fortes glycosuries, d'énormes doses d'insuline seraient nécessaires, et pour les faire tolérer, il faudrait introduire dans l'organisme des quantités considérables d'hydrates de carbone. Pratiquement, le résultat escompté sera atteint avec 10, 20 ou 30 unités d'insuline données en deux fois avant les principaux repas.

Diabète hyperglycémique, glycosurique et cétonurique. — La thérapeutique doit être énergique, car le malade est candidat au coma. La cétonurie est la manifestation la plus grave de ce diabète ; c'est à elle qu'il faut s'attaquer tout d'abord.

Cure de légumes verts pendant deux ou trois jours, puis traitement antiglycosurique si la cure a supprimé la cétonurie.

S'il en est autrement, il convient d'instituer sans tarder un régime pauvre en cétogènes, puis de faire appel à l'insuline.

Dans les cas ordinaires, Chabanier conseille d'utiliser 40 unités par jour avec une glycémie de 3 p. 1.000.

Quand l'association du régime pauvre en protéines et de l'insuline a fait disparaître les corps cétoniques, on peut progressivement augmenter la teneur du régime en protéines. Il est de règle de voir fléchir à la fois la glycosurie et la cétonurie, mais il est des cas où, quoi qu'on fasse, la glycosurie persiste.

Il est toujours indiqué de réduire la glycémie, mais sous aucun prétexte on ne doit laisser maigrir le malade.

Deux questions se posent la veille de l'opération : La purge est-elle indiquée ? Faut-il faire jeûner le malade ?

La purge pré-opératoire entraîne une déshydratation des tissus et une élimination notable des sels. Ces deux phénomènes sont nuisibles au diabétique, mais d'autre part, l'évacuation de l'intestin chez ce sujet particulièrement sensible aux intoxications peut être dans certaines circonstances une précaution salutaire. L'huile de ricin est préférable aux purgatifs salins. On prescrira en même temps des injections sous-cutanées de sérum physiologique pour réparer la perte de liquide qu'entraîne nécessairement l'administration de tout purgatif.

Le jeûne pré-opératoire évite les vomissements, mais entraîne l'acidose et diminue les réserves de l'organisme en glucose. Il est donc à éviter chez le diabétique.

Il n'y a que des avantages à faire absorber des hydrates de carbone au futur opéré : bouillies de céréales, jus d'orange, solutions sucrées. Si le traitement insulinique paraît nécessaire, on le pratiquera sans hésiter en lui ajoutant une injection de sérum glucosé contenant au minimum un gramme de glucose par unité d'insuline injectée.

En dépit de ces précautions le coma peut apparaître cependant. Il convient dans ces conditions de faire absorber

au sujet de grandes quantités d'eau et des sels, notamment du chlorure de sodium. Le cœur et tout l'appareil circulatoire sont à surveiller attentivement. La moindre défaillance exigera l'emploi de l'adrénaline.

Dès la fin de l'intervention, on reprendra la cure insulinique, chaque injection d'insuline étant suivie d'une injection de sérum glycosé et chloruré. Tous les jours l'acide diacétique et le glycose seront recherchés dans les urines.

Le coma sera traité par l'injection, chaque demi-heure, de 20 unités d'insuline ; celles-ci, tout au moins au début, seront poussées dans les veines. Au fur et à mesure de l'amélioration, les injections d'insuline seront espacées de plus en plus.

Grâce à un traitement bien surveillé, on verra d'ordinaire disparaître le coma en deux ou trois jours.

B. Conduite à tenir en présence d'un diabétique qui doit être opéré d'urgence

Il ne peut s'agir dans de telles conditions de faire disparaître la cétonurie, la glycosurie et l'hyperglycémie ; le délai imparti est trop court. Tous les efforts doivent tendre à éviter le coma.

Il faut sans plus tarder instituer un traitement insulinique et y ajouter l'injection répétée des sérums salés et sucrés.

Après l'acte opératoire, on a le temps d'interroger les examens de laboratoire et de conformer la thérapeutique aux résultats qu'ils donnent.

Au total, il faut reconnaître que l'avènement de l'insuline a transformé la question et amélioré le pronostic. Toutefois, il est difficile de comparer les résultats chirurgicaux d'avant l'insuline et ceux qui ont suivi, car dans ces deux périodes, la chirurgie ne s'est pas appliquée aux mêmes cas.

Autrefois on n'opérait les diabétiques que la main forcée ; aujourd'hui on intervient à la fois dans les mauvais et dans les bons cas.

Tout se résume à l'appréciation de la gravité actuelle des opérations chez les diabétiques. On peut se faire une idée des progrès réalisés en consultant la statistique de la Clinique Mayo où la mortalité ne dépasse plus 3 p. 100 chez les diabétiques. Le coma est devenu une rareté, et s'il se présente il n'aboutit à la mort qu'une fois sur cinq.

DEUXIÈME PARTIE

Les affections chirurgicales chez les diabétiques

Le chirurgien soigne un diabétique dans deux circonstances différentes :

Il s'agit dans le premier cas d'affections purement diabétiques : gangrène, anthrax, etc...

Il s'agit dans le second cas d'opérations générales courantes revêtant du fait du terrain diabétique un masque particulier.

Cette différence n'est en réalité qu'apparente ; dans toutes ces conditions le diabète apparaît toujours comme susceptible de diminuer les résistances locale et générale et de préparer le coma.

La diminution de la résistance locale se traduit par une tendance nette des infections à diffuser, à nécroser, à détruire, et par une lenteur anormale des phénomènes de réparation.

La diminution de la résistance générale se manifeste par une atténuation des réactions de défense, par une tendance à la généralisation des infections septico-pyohémiques, par des défaillances possibles du cœur et du rein, par un acheminement vers le coma.

Certes l'insuline peut tout modifier, mais même avec ce

médicament le chirurgien n'opère jamais un diabétique sans éprouver quelques inquiétudes.

a) *Infections chez les diabétiques :*

Etant données la gravité et la facilité de leur apparition, l'opérateur doit éviter la moindre effraction des téguments. L'intervention d'aspect le plus bénin peut toujours devenir sérieuse chez de tels sujets. Non seulement l'infection est facile, mais encore l'infection aggrave le diabète en rendant le sujet insulino-résistant. Il faut toujours drainer avec soin les foyers suppurés.

Le furoncle est déjà une affection sérieuse, l'anthrax peut être redoutable.

Au traitement chirurgical il conviendra souvent d'ajouter l'auto-hémothérapie et la radiothérapie.

Les lymphangites et l'érysipèle aboutissent souvent à la suppuration. Les cellulites, quelle que soit leur localisation, mènent à la nécrose et à la septico-pyohémie, les phlegmons diffus à la gangrène et au coma. Dans tous les cas il faut débrider largement.

L'appendicite est fréquente chez le diabétique. Il en va de même de la cholécystite. L'une et l'autre doivent être opérées sans retard. La même conduite doit être suivie dans les infections du plancher buccal, les suppurations du poumon, les infections des voies urinaires et génitales.

b) *Gangrènes diabétiques des membres :*

C'est là une des plus graves complications du diabète.

Les hyperglycémiques présentent de bonne heure des lésions d'artério-sclérose et la gangrène du type ischémique par artérite oblitérante apparaît vers la cinquantaine.

Aux troubles circulatoires s'ajoutent très vite des manifestations infectieuses. Cette gangrène, presque d'emblée, est une gangrène humide.

L'oscillométrie est le moyen le plus sûr d'explorer la vitalité des tissus. Elle permet de savoir si oui ou non le membre est nourri et à partir de quel niveau il est voué fatalement à la mort. C'est elle qui indique si les débridements larges, les opérations économiques sont de mise, ou s'il est préférable de pratiquer sans tarder une intervention radicale, une amputation haute taillée à distance du foyer gangrené.

Discussion :

M. Jentzer (de Genève) rapporte l'observation de deux malades atteints de gangrène diabétique des membres inférieurs.

Tous les procédés classiques d'ordre médical et chirurgical avaient été employés dans le traitement de ces malades, notamment le repos, la diète, l'insulinothérapie, la sympathectomie périfémorale.

Le résultat, peu brillant, incita l'auteur à pratiquer chez ces deux malades une surrénalectomie. Il s'en suivit une cicatrisation relativement rapide des lésions locales qui évita toute amputation.

Revus, après un recul suffisant, les malades en question ne présentent ni glycosurie, ni acétonurie. Chez l'un d'eux pourtant, la glycémie demeure élevée en dépit d'un traitement insulinique prolongé.

M. Chiarolanzza (de Naples) s'intéresse particulièrement au traitement des anthrax diabétiques. Il conseille l'inter-

vention large, précoce, les incisions longues tracées en tissus sains, les excisions massives des tissus malades.

L'anthrax des lèvres réclame une exérèse transmuqueuse dont l'auteur décrit la technique en détail.

M. PASCHOUD (de Lausanne) soumet tous ses opérés diabétiques aux rayons ultra-violets et infra-rouges au cours de l'intervention. Le traitement insulinique est toujours institué et le champ opératoire irradié.

M. DZIEMBOVSKI (de Bydgosz, Pologne) associe toujours l'insuline et l'acétylcholine dans le traitement des troubles vasculaires accompagnant la gangrène diabétique. Cette double thérapeutique permet la limitation des dégâts et prépare les amputations économiques.

M. DUCUING (de Toulouse) : De tous les symptômes du diabète, la glycémie est le plus important. La glycosurie n'a qu'une valeur pronostique secondaire. Il faut faire une courbe de la glycémie qui seule a une signification. Le micro-dosage permet d'obtenir cette courbe pratiquement.

M. DE FOURMESTRAUX (de Chartres) insiste sur la nécessité de la minutie opératoire dans la chirurgie des diabétiques. Une lenteur excessive est cependant à éviter. L'anesthésie la meilleure est l'anesthésie à la Crile : blocage par infiltration autour du champ opératoire et bouffée de chlorure d'éthyle. L'amputation haute et précoce est la méthode de choix dans les gangrènes diabétiques.

M. PHILIP (de Vichy) discute la valeur du rapprochement que certains cliniciens ont voulu faire entre le terrain diabétique et le terrain cancéreux. Dans les deux cas on note l'hyperglycémie et l'hypercholestérinémie. Mais il a la certitude que bien des cancéreux ne présentent aucune modification du taux de glycose et de cholestérine.

On peut admettre à la rigueur que lorsque ces taux sont augmentés chez un cancéreux, le processus néoplasique a atteint l'un des rouages du mécanisme « endocrino-neuro-sympathique » de Mauriac.

M. LERICHE (de Strasbourg) : La glycémie a une signification beaucoup plus importante que l'examen des urines. L'auteur insiste sur la nécessité dans les cas de gangrène du membre inférieur, de différencier les malades atteints d'artérite de ceux qui n'en sont pas atteints.

L'oscillométrie est souvent cause d'erreur : elle se montre nettement inférieure à l'artériographie.

S'il n'y a pas d'artérite, on doit se borner à des exérèses limitées. Si l'artérite est manifeste, l'amputation haute est nécessaire. Il ne faut jamais se presser et l'exérèse large pratiquée à chaud est une erreur. (Voir communication *in extenso*, *Gaz. Hôp.*, 1936, n° 86, p. 1481.)

MM. FONTAINE, WEIL et MANDEL (de Strasbourg) ont repris sous la direction de Leriche l'étude des rapports du diabète et de la surrénalectomie en pratiquant chez le chien une pancréatectomie, qui, grâce à une technique rigoureuse, permet la survie des animaux devenus ainsi diabétiques et soumis ensuite à la surrénalectomie. Ces expériences les amènent à conclure à l'impossibilité de guérir par intervention sur la surrénale et même par décapsulisation bilatérale un diabète pancréatique. Les effets obtenus chez le chien dépancréaté sont très passagers et cette opération reste pratiquement irréalisable.

M. MASINI (de Marseille) : Dans les cas les plus graves, c'est-à-dire ceux où l'intervention urgente s'impose au milieu des conditions physiologiques les moins favorables, on peut cependant améliorer le pronostic opératoire. Au cours même de l'intervention on injecte de l'insuline, du sérum glycosé, des toni-cardiaques à hautes doses. Le même traitement est poursuivi après l'acte opératoire.

M. DELAGENIÈRE (du Mans) étudie la question des gangrènes des membres. Il insiste sur la nécessité de dissocier la part du terrain diabétique et celle de l'artérite dans la production des accidents gangréneux.

Il conclut à la supériorité de l'artériectomie chez les non-diabétiques, et au contraire à la supériorité de la sympathectomie péri-artérielle chez les diabétiques.

M. MAYER (de Bruxelles) a obtenu la guérison d'une gangrène diabétique du pied par simple sympathectomie périfémorale. Un traitement insulinique pré et post-opératoire s'ajoutant à l'intervention a permis d'éviter l'amputation.

M. CHABANIER (de Paris) souligne l'importance du facteur glycémique et la nécessité de réduire toute glycémie avant d'opérer.

Des hyperglycémies méconnues ont parfois entraîné des désastres à l'occasion d'interventions minimes.

L'auteur insiste sur les heureux résultats du traitement insulinique quand il est poursuivi pendant de longues années.

M. RATHERY (de Paris) fait l'éloge des rapports présentés et expose des idées personnelles sur les différents chapitres étudiés.

Il craint des interprétations erronées en ce qui touche la glycémie, en raison des variabilités de ce test au cours d'une même journée. La glycosurie aurait une valeur pronostique plus grande.

L'auteur rappelle en quoi consiste le traitement médical actuel du diabète et conclut à la nécessité pour une bonne préparation opératoire d'éviter surtout la déshydratation par la purge et le jeûne pré-opératoire. Il importe d'augmenter la ration de féculents, d'employer le sérum glycosé rectal et l'insuline, les toni-cardiaques, le bicarbonate de soude.

De plus, l'auteur se montre l'adversaire de l'exérèse large des anthrax. Les gangrènes des membres exigent souvent l'amputation haute ; mais il ne faut pas opérer trop tôt. L'oscillométrie ne donne pas toujours des renseignements très précis. D'autre part, l'artériographie est dangereuse sur le diabétique.

(*A suivre.*) E.-A. DARIAU.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

CANCER DE LA LÈVRE INFÉRIEURE (1)

FORMES CLINIQUES

1. De l'*épithélioma de la zone de transition* ou zone de Kleine, prise pour type :

a) *Forme rongeante :*

Se développe très rapidement en profondeur. — Détruit la lèvre qu'elle peut même perforer complètement.

b) *Forme bourgeonnante :* caractérisée par la prolifération de grosses végétations saignantes. Aspect en chou-fleur.

c) *Forme infiltrante profonde d'emblée*, prenant naissance au niveau des espaces interpapillaires.

d) *Forme infiltrante et diffuse d'emblée.*

e) *Forme à début médian*, dans laquelle sont précocement atteints les ganglions de la chaîne sus-hyoïdienne médiane.

2. *Cancroïde muqueux.*

C'est le plus souvent un épithélioma en surface évoluant sur un fond leucoplasique.

Diffusion rapide ganglionnaire. C'est la forme la plus grave.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 90, p. 1554.

3. *Cancroïde de la zone cutanée.*

C'est l'épithélioma le moins grave. Il se présente sous la forme d'une fissure indurée. Les ganglions lymphatiques ne sont presque jamais pris ou le sont tardivement. L'évolution est très lente.

4. *Formes secondaires :*

Ce sont celles qui se développent sur une lésion préexistante.

Il faut :

— Rappeler le néoplasme développé à la faveur d'une irritation locale, d'une leucoplasie.

— Mettre en valeur le rôle de la *chéilite glandulaire simple* (bien décrite par Puente et Acevedo).

— On a insisté récemment (Covisa), sur la fréquente coexistence de la chéilite simple et du cancer.

— Beaucoup font de la chéilite un véritable état précancéreux (Touraine-Solente).

DIAGNOSTIC

Diagnostic. — Il est en général facile, et nous rappellerons qu'il peut s'appuyer sur la biopsie.

1. Nous ne ferons que *citer* des diagnostics qui n'offrent aucune difficulté :

a) *Avec des lésions banales et très fréquentes.*

— Ulcération d'origine dentaire.

— Gerçure banale.

Elles guérissent rapidement. Il faudrait en savoir dépister une modification.

b) Avec des lésions plus rares, mais à signes bien particuliers :

— *Eczéma chronique :* épiderme épaissi, craquelé suivant les plis verticaux.

— *Botryomycome :* élevure mollasse, framboésiforme, du volume d'un pois à celui d'une noisette. A pour caractère particulier d'être étranglée à sa base ou même pédiculée.

— *Kystes des glandules labiales.*

— *Angiome :* qui ne peut faire hésiter que s'il s'ulcère et prend un aspect fongueux.

— *Chéilite glandulaire apostémateuse.* Très rare, caractérisée par la présence de multiples petits orifices, masqués par des croûtelles, sous lesquelles sourdent à la pression de toutes petites gouttes de salive très muqueuse et surinfectée de microbes divers.

2. *Nous mettrons en vedette* les seuls diagnostics qui peuvent se poser véritablement :

a) *Chancre syphilitique de la lèvre :*

Il est : induré.

— Sans bord saillant,

— De siège indifférent,

— Il s'observe dès un âge où ne s'observe pas le néoplasme,

— Accompagné d'une adénopathie immédiate et importante,

— BW positif.

b) *Lésions syphilitiques tertiaires scléro-gommeuses.* Mais elles sont :

— Le plus souvent multiples,

— Constamment indolores,

— Sans adénopathie.

Dans les cas où l'on hésite, faire une biopsie plutôt qu'un traitement d'épreuve, qui risque de donner un coup de fouet au néoplasme.

c) *Ulcération tuberculeuse de la lèvre.*

C'est pour ainsi dire toujours une lésion secondaire, chez un tuberculeux avéré.

Ulcération : à fond blafard, granuleux,

— A bords peu saillants, irréguliers,

— Sans induration le plus souvent,

— Entourée d'une muqueuse violet pourpre,

— Semée de grains jaunâtres,

— Adénopathie sous-maxillaire.

TRAITEMENT

Le traitement du cancer de la lèvre inférieure n'a pas de règles fixes :

On peut dire d'une façon générale que la chirurgie le cède de plus en plus à la radiumthérapie, — tout au moins dans le traitement de la lésion labiale. Quant aux adénopathies, les indications de la curiethérapie et du curage chirurgical varient suivant les auteurs.

On peut résumer ces tendances thérapeutiques actuelles de la façon suivante :

— *Si lésions minimes,* sans adénopathie cliniquement décelable, certains font une exérèse locale large, sans se préoccuper des zones ganglionnaires. Mais les cas assez fréquents de récidives parfois très tardives au niveau des zones lymphatiques font préférer l'association, même dans ces lésions peu étendues, d'une action thérapeutique sur les ganglions :

— Curage chirurgical,

— Curiethérapie.

— *Si la lésion est plus avancée,* les partisans de la chirurgie pure sont de moins en moins nombreux. C'est donc la *destruction de la lésion labiale :*

— Par radium puncture (en particulier dans les tumeurs épaisses, bourgeonnantes).

— Par appareil de surface.

Mais rappelons que la curiethérapie se heurte à trois difficultés :

1. Le peu d'épaisseur de l'organe, d'où le risque de perforation.

2. Le voisinage du maxillaire, d'où la possibilité d'ostéo-radionécrose.

3. La septicité buccale, — d'où la nécessité de faire précéder le traitement d'une désinfection rigoureuse de la cavité buccale.

Quant à la conduite à tenir vis-à-vis des ganglions, elle est variable :

— Pour les uns, curiethérapie systématique par appareils moulés.

— Pour d'autres : très large curage chirurgical, — suivi ou non de radiumthérapie. En particulier, si l'examen histologique a prouvé ou non leur nature néoplasique.

— Pour d'autres encore (Gosset-Wallon), il faut attendre les effets de la curiethérapie de la lésion labiale. Si après elle :

— L'adénopathie persiste,

— Si elle présente les caractères néoplasiques, il faut intervenir :

— Curage si mobilité,

— Irradiation de surface, si bloc inextirpable.

Enfin, pour les partisans d'un traitement systématique de la lésion labiale et des adénopathies, — l'ordre de l'une et de l'autre des interventions varie suivant la préférence de chacun.

Telles sont les directives générales du traitement du néoplasme de la lèvre inférieure. Rappelons que quelle que soit la méthode employée, le résultat sera d'autant plus favorable :

— Qu'il s'agira d'une forme moins maligne, et insistons à nouveau sur la particulière gravité du cancer uniquement muqueux.

— Que la lésion aura été plus rapidement traitée et c'est redire l'importance capitale d'un diagnostic aussi précoce que possible.

LUCIEN DAVID.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 93. — SAMEDI 21 NOVEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de stomatologistes des hôpitaux.* — Le jury définitif est ainsi composé : MM. Lemerle, Béliard, Fargin-Fayolle, Izard, Ruppe, Bergeret et Grenet.

— *Assistants de consultation.* — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats, qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette Administration (3, avenue Victoria) avant le 15 décembre prochain, dernier délai.

— *Jury du concours des prix de l'Internat.* Médaille d'or (médecine). — MM. les docteurs : Kourilski, Tzanck, Chevalley, Ravina, Célice.

Censeurs : MM. les docteurs : Decourt, G. Dreyfus.

— *Jury du concours des prix de l'Internat.* Médaille d'or (chirurgie et accouchement). — MM. les docteurs : Basset, Parfonry, Kuss, Robineau, Metzger.

Censeurs : MM. les docteurs : Maurer, Oberlin.

— *Jury du concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux.* — MM. les docteurs : Duhem, Béclère, Beaugeard, Bréchot, Tzanck.

Hôpitaux de Montpellier. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Paul Bétoulières, Jean Cheynel, Théodore Droulhet, Albert Gourty, Mlle Lucile Bougarel.

Externes en premier : Mme Deffuant (de Gaillande), MM. Claude Gros, André Vedel, Soulié.

Hôpitaux de Nancy. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes : M. Bertin, Mlle Noël, MM. Maulini, Paulin, Jacquet, Mlle Strubb, MM. Pire, Gibert, Mlle Petit, M. Roux.

Externes à la suite : MM. Damey, Matinet, Mansuy, Laroche, Cochard.

Faculté de médecine de Paris. — *Leçon inaugurale du cours de Pathologie médicale.* — M. le professeur Pierre ABRAMI fera sa leçon inaugurale le vendredi 27 novembre 1936, à 18 heures, *au grand amphithéâtre de la Faculté* et continuera son cours les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

M. le docteur PHILIBERT, agrégé, souffrant, ne pourra commencer son cours le mardi 26 novembre.

Un avis ultérieur annoncera l'ouverture du cours.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — Le concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie pathologique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont, qui devait s'ouvrir le lundi 19 octobre 1936 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est reporté au mardi 17 décembre 1936 devant la même Faculté. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Académie des Sciences. — *Prix décernés*, troisième et quatrième listes (voir *G. H.* 1936, N° 89 et N° 90).

Fonds de recherches scientifiques. — Fondation Mme Victor Noury : deux prix de 2.500 fr. sont décernés à M. René Bourret, professeur à l'Université d'Hanoï, et à Mme Elisabeth Jérémine, chargée de recherches à la caisse nationale des sciences. — Cinq prix de 2.000 fr. sont décernés à M. Jules Guiart, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon ; à M. Jacques Pochon, assistant à l'Institut Pasteur ; à M. Henri Stehlé, directeur du Jardin d'essais de Pointe-à-Pitre ; à M. I.-André Thomas, chef de laboratoire à l'Institut du radium de l'Université de Paris ; à M. V. Vilter, boursier de la Caisse nationale des sciences.

Prix généraux. — Prix Houllevigne (5.000 francs), à M. Etienne Wolff, assistant à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Fonds de recherches scientifiques. — Fondation Gegner (4.000 francs), à feu Maurice Parat, chef de travaux à la Faculté des sciences de Paris, mort dans le naufrage du *Pourquoi-Pas ?* ; prix Hélène Heibronner-Fould (3.000 fr.), à Mme Marie Phisalix, docteur en médecine.

Nécrologie. — Le professeur Edoardo Perroncito, le maître illustre de la parasitologie, est décédé à l'âge de 89 ans. Il avait longtemps professé à Turin. Sa mort est un deuil pour la science italienne. Ce deuil sera partagé en France, où Ed. Perroncito ne comptait que des admirateurs.

Ed. Perroncito était associé étranger de l'Académie de médecine de Paris depuis 1896.

— Nous apprenons avec une vive peine la mort, survenue à Amiens, du docteur Victor Pauchet, ancien professeur à l'Ecole d'Amiens, chirurgien de l'hôpital Saint-Michel à Paris, membre de l'Académie de chirurgie, commandeur de la Légion d'honneur. On sait que le prestigieux chirurgien avait été désigné pour la présidence du dernier Congrès français de chirurgie. Son état de santé, à la suite d'un grave accident d'automobile, le força à renoncer à cette présidence et à céder la place au vice-président M. Rouvillois.

— C'est avec une douloureuse émotion que nous apprenons la mort du docteur Paul Batigne (de Montpellier).

Il appartenait à une grande famille médicale montpelliéraine dans laquelle, depuis le XVIIIe siècle, on était médecin de père en fils. Ancien interne des hôpitaux de Montpellier, puis de Paris, Batigne, après avoir été assistant de Péan, avait succédé à son père, à Montpellier.

C'était un collègue d'une rare distinction, doué d'une façon exceptionnelle à tous égards.

Sa vie a été un modèle de dignité professionnelle.

Très tristement, ses amis de Paris prient Madame Paul Batigne et son fils d'agréer l'expression de leur profonde et bien affectueuse sympathie.

— MM. les docteurs Fabre (de Graissessac) ; Versenc (de Lavaur) ; Julié (de Montpellier) ; Sahut (de la Bastide-Lozère) ; Bompaire (de Millau) ; Paul Verdenal, médecin-chef honoraire de l'hôpital de Pau.

Clinique des maladies mentales. — Un cours public et gratuit, destiné particulièrement aux interne et externes dispensés du stage.

Ce cours aura lieu tous les dimanches, à 9 h. 15, à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis (14e), à partir du 22 novembre 1936. Il sera suivi, à 10 h. 30, d'une leçon clinique du professeur Claude.

Les collaborateurs de M. le professeur Claude pour le cours sont MM. Lévy-Valensi, Borel, Cénac, Codet, Baruk et Cellier.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

NE PERDONS PAS DE VUE LA PROPOSITION DE LOI POMARET

Depuis le mois de septembre, il est de bon ton dans trop de milieux médicaux de dire que M. Pomaret a abandonné la partie avant de la jouer.

Basé sur des données certaines, je me suis toujours opposé à cette idée *fausse* basée, elle, sur des bruits lancés pour tenter de nous désarmer. Et ce qui prouve que j'avais raison, c'est que M. Pomaret, dans une interview récente, vient de montrer qu'il poursuit son idée. Il est temps que le corps médical fasse savoir qu'il ne tolérera pas cette brimade voulue par des jeunes gens ignorant tout de la médecine.

Cette semaine, un des distingués professeurs les *plus jeunes* d'un lycée de Paris, me disait très justement : *« Dans vos campagnes si utiles, n'oubliez pas surtout de proclamer que le malade doit être le maître absolu dans le choix de son médecin. »* Ceci en langage médical, signifie : *le malade doit conserver le droit du libre choix.* Limiter la durée de validité du diplôme de docteur, c'est aussi limiter le libre choix.

Si les professeurs de toutes les Facultés ont pu être touchés par la mise à la retraite à 65 ans au lieu de 70 ans, l'Etat rompant ainsi le contrat unilatéralement avec eux, c'est au projet Pomaret qu'ils le doivent. Si tous les médecins *ex-fonctionnaires* ont failli être touchés par le décret *sur les cumuls*, c'est au projet Pomaret qu'ils le doivent. Et si présentement le décret qui voulait interdire *le cumul d'une retraite et d'une activité privée* n'a pas été pris, c'est grâce à la campagne que nous avons déclenchée dans le plus de milieux possible, et depuis juillet dernier, ici même.

Aussi j'engage vivement *tous* les médecins à bien réfléchir à ce que je viens d'écrire : fonctionnaires, ex-fonctionnaires ou praticiens libres, vous serez *interdits* à 65 ans, tout comme un prêtre qui a mal tourné, *si vous laissez voter la loi Pomaret.* Rien ne vous protégera ; M. Gosset, M. Sergent, M. Marion, seront frappés au même titre que le dernier de leurs ex-stagiaires.

C'est le nivellement par en bas qui continue inlassablement !

MAURICE MORDAGNE.

SYNDICAT NATIONAL DES CHIRURGIENS FRANÇAIS

L'Assemblée générale du Syndicat National des Chirurgiens français a, dans sa séance du 7 octobre 1936, adopté les résolutions suivantes :

I. — Les chirurgiens français, soucieux avant tout de la santé des malades, estiment de leur devoir d'attirer l'attention des pouvoirs publics et des directions responsables des établissements de soins, sur les conséquences fâcheuses qui peuvent résulter, dans l'exécution des prescriptions médicales, d'une application rigide de la loi sur la semaine de 40 heures, et en particulier *sur les inconvénients toujours graves, parfois déplorables*, pour le malade, *des changements répétés d'infirmières.*

Ils souhaitent que, dans cette question, il soit suffisamment tenu compte « *de l'opinion des usagers, c'est-à-dire des malades* ».

Afin de permettre une juste appréciation de la tâche de leurs collaborateurs, gardes, infirmiers ou infirmières, ils croient devoir souligner « *la nécessité d'établir la différence indispensable entre le travail effectif et la présence* ».

II. — L'Assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens approuve le rapport de M. le professeur Gosset, réclame la création, dans le plus bref délai. d'un brevet universitaire de chirurgie, dont l'obtention devra exiger de sérieuses garanties professionnelles avec interdiction d'exercer la clientèle pendant toute la période de préparation de ce brevet.

III. — L'Assemblée générale rappelle que le chirurgien est toujours libre d'accorder gratuitement ses soins et qu'il s'honore en ne demandant pas (comme il le fait journellement) d'honoraires à ses clients véritablement indigents.

Mais, par contre, décide de combattre la concurrence déloyale des « rabaisiens » systématiques, le chirurgien n'ayant pas le droit, sous peine de manquer au respect de sa profession et à ses devoirs de confraternité, de sous-estimer la valeur de ses actes chirurgicaux, en pratiquant d'une façon habituelle, directement ou par voie détournée, l'abaissement de ses honoraires au-dessous des tarifs minima officiels.

IV. — L'Assemblée générale félicite la Confédération des Syndicats médicaux de ses efforts pour la constitution des œuvres d'entr'aide confraternelle, résolument opposée à la retraite obligatoire, invite chacun de ses membres à pratiquer l'effort individuel nécessaire pour assurer la retraite facultative.

V. — L'Assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens français, réunie le 7 octobre 1936, favorable aux caisses chirurgicales mutuelles, invite ses membres à créer dans chaque département ou dans chaque région, une caisse chirurgicale mutuelle, où les principes de la charte médicale seront respectés.

VI. — L'Assemblée générale, considérant que le remboursement aux assurés opérés en maisons de santé libres, remboursement basé par un certain nombre de caisses sur le tarif de responsabilité établi par les hôpitaux publics, est une atteinte directe au libre choix du praticien par le malade ;

Considérant que le fait de pousser ainsi tout assuré social, justiciable d'une opération, vers l'hôpital public, réalise pour les assurés la « médecine pour pauvres » ;

Considérant que les assurés sociaux, du fait de leur versement considérable, ont droit à des soins comparables à ceux qui sont dispensés aux malades libres de la clientèle ordinaire ;

Considérant que l'exercice libre de la chirurgie se trouvera compromis pour une grande part, si les errements signalés devaient continuer ;

Fait confiance à la Confédération pour obtenir :

1° Que soit réglée cette question dans le sens de l'équité et du respect de la liberté individuelle, et que soit appuyée par tous les moyens l'action menée à cet effet ;

2° Que soient repris au plus tôt les travaux de la Commission nationale ».

CONGRÈS

VIe CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

Le 6e Congrès organisé par la Société française de gynécologie se tiendra à Toulouse, du 15 au 18 mai 1937 (fêtes de la Pentecôte), sous la présidence d'honneur de M. le professeur Daniel, de Bucarest, et la présidence de M. le professeur Mériel, de Toulouse.

Le sujet à l'ordre du jour est le *cancer du col utérin.*

Rapporteur général : M. le prof. Duching, de Toulouse.

Neuf rapports seront présentés :

1° Quelques notions étiologiques et anatomo-pathologiques sur le cancer du col utérin, par M. X. Bender (Paris).

2° Dépistage et diagnostic du cancer du col, par MM. Max Aron (Strasbourg), Hamant et Chalmot (Nancy).

3° Retentissement du cancer du col utérin non traité sur l'appareil urinaire, par MM. Chauvin (Marseille), Maxime Leroy (Paris) et Giscard (Toulouse).

4° Traitement chirurgical du cancer du col pendant la gestation, par MM. Louis Michon, Lyon) et R. Dieulafé (Toulouse).

5° Le traitement par la radiothérapie (radium et rayons X), l'électrocoagulation, par MM. P. Lehmann (Paris) et Marques (Toulouse).

6° Complications du traitement du cancer du col par la radiothérapie, par M. Ducuing (Toulouse).

7° Le cancer du col restant, par MM. Lefebvre et Gouzy (Toulouse).

8° Récidives et métastases dans le cancer du col, par MM. R. Dieulafé (Toulouse) et Curtillet (Alger).

9° Le traitement du cancer du col au cours de la gestation, par MM. Paucot (Lille) et Guilhem (Toulouse).

Pour les inscriptions à ce Congrès et tous renseignements, s'adresser à M. Maurice Fabre, secrétaire général, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DES HÔPITAUX

Ce Congrès aura lieu du 6 au 11 juillet 1937, à Paris, pendant l'Exposition. Cette décision a été prise à Rome en mai 1935 par l'Association internationale des hôpitaux. On sait que les précédents congrès ont eu lieu à Atlantic City (Amérique) ; à Vienne (Autriche) ; à Knocke-sur-Mer (Belgique) ; enfin à Rome.

Le secrétariat général du Congrès est à Paris, au siège de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria (4e).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 18 novembre. — Jury : MM. Baudouin, président ; Gosset, Leveuf, Donzelot. — M. Pujol-Ségalas. L'absence congénitale du tibia et les difformités consécutives.

Jeudi 19 novembre. — Jury : MM. Pierre Duval, président ; Maurice Villaret, Terrien, Justin Besançon. — M. Suau. Etude des kystes dits synoviaux. — M. Laurence. Etude des différents syndromes cardiaques observés au cours des anémies.


EUPHORYL
DERMATOSES PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES CUTANEES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA", 18, AVUE DAUMESNIL . P
Euphoryl infantile
(GRANULÉ SOLUBLE)
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillerée à café par année d'âge.
LABORATOIRES "ANA", 18, Av. DAUMESNIL . PARIS
ANA
18, AVUE DAUMESNIL . PARIS . XIIe
Hirudinase
(DRAGEES)
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues.
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA
COEFFICIENT DE FIXATION du Salicylate ANA sur la fibre cardiaque : 170 %
Salicylate de Na
Salicylate ANA
150
100
50
0
Salicylate SURACTIVÉ "ANA"
SALICYLATE DE SODIUM en combinaison CALCO-MAGNÉSIENNE THIOSULFATÉE
32 gr. SALICYLATE de NA SURACTIVÉ 15 fr.
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
AMPOULES (INTRAVEINEUSES)
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HEPATIQUES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL . PARIS . XIIe

REVUE GENERALE

PHYSIOPATHOLOGIE DES ANÉMIES DIGESTIVES NON HÉMORRAGIQUES ET EN PARTICULIER DES ANÉMIES ACHYLIQUES

Par A.-C. GUILLAUME

Après les travaux de Whipple, de Minot et Murphy, démontrant l'existence, dans le foie, d'une *substance d'action antianémique antipernicieuse,* les travaux de Castle ont montré que cette même substance existe dans l'estomac et paraît même produire l'hormone hépatique antianémique. On en est venu à penser ainsi à la possibilité d'une *théorie gastrique hormonale de la régulation de l'hématopoïèse.* A l'état pathologique, le trouble de cette fonction hormonale expliquerait l'anémie.

Cette conception a donné une orientation nouvelle à la physiopathologie des anémies observées en association avec certains troubles digestifs.

Les anémies achyliques

Un grand nombre de faits cliniques indiquent l'association d'une *anémie* et d'une *gastrite achylique ;* l'étude de ces faits cliniques montre également qu'il existe, chez les patients, des troubles intestinaux, des troubles nerveux, des troubles buccaux et des lésions cutanées, l'ensemble des désordres observés atteignant sa forme extrême dans la maladie ou syndrome de Lichtheim (syndrome glosso-gastro-neuro-anémique). Cependant, l'étude clinique attentive des patients appartenant à cette catégorie pathologique, met en évidence une série de faits qui font douter de l'exactitude d'une explication physiopathologique qui limiterait son argumentation aux seules données physiologiques ; il est bien évident que la théorie hormonale de Whipple-Castle ne peut, même avec beaucoup de modifications et d'hypothèses destinées à la compléter, expliquer, à elle seule, et par son seul mécanisme, la plupart des faits cliniques observés (1). Il est donc nécessaire d'étudier les autres facteurs éventuels de ces anémies d'origine digestive, d'étudier leur physiopathologie.

Dans de précédentes études, j'ai montré que l'anémie d'origine gastrique est due à l'action combinée de plusieurs facteurs complexes et de nature fort différente, que l'on peut désigner, d'une façon trop schématique cependant, en les nommant le *facteur gastrique*, les *facteurs extra-gastriques.*

Les théories proposées pour expliquer les anémies achyliques

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la production de l'anémie observée au cours des gastrites achyliques :

Première explication théorique. — L'anémie pourrait être *la conséquence de la suppression fonctionnelle étendue* (produite par l'opération ou par la gastrite) *de la muqueuse gastrique sécrétant l'hormone antianémique de Castle,* et cette explication semble en apparence d'autant plus vraisemblable que, précisément, c'est dans la muqueuse de l'antre pylorique (partie généralement réséquée opératoirement) que l'on situe la portion d'estomac qui produit surtout la substance hormonale antianémique.

Dans cette hypothèse, l'achylie-anachlorhydrie ne serait pas la condition essentielle qui tient l'anémie sous sa dépendance, l'achylie gastrique serait l'une des conséquences d'une altération de la muqueuse gastrique, dont d'autres effets, ceux-là agissant pour produire l'anémie, conduiraient à la suppression de la sécrétion d'hormone gastrique antianémique. Cette conception théorique explique donc l'anémie gastrique par une *perturbation de la sécrétion interne de l'estomac.*

Ainsi, la cause véritable de l'anémie serait la gastrite, qui agirait en altérant en même temps les sécrétions internes et les sécrétions externes de l'estomac. La glande muqueuse gastrique se comporterait comme d'autres glandes exo-endocrines (le foie ou le pancréas par exemple), *elle altérerait à la fois ses deux sécrétions ;* mais, seule, l'altération de la sécrétion endocrine interviendrait dans la production de l'anémie. L'altération de la sécrétion externe serait donc seulement un phénomène accompagnant.

Deuxième explication théorique. — On explique également l'anémie par la *suppression des sécrétions externes de l'estomac.* L'anachlorhydrie conduirait à l'anémie *par les troubles qu'elle apporte à l'absorption du fer,* élément indispensable à l'édification de l'hémoglobine, ou par *les modifications qu'elle apporte au fonctionnement de l'intestin.* L'anémie est alors la conséquence d'un trouble fonctionnel intestinal, dont les effets sont multiples, conduisant à des modifications dans l'absorption des substances apportées par l'alimentation, ou conduisant à la production de produits toxiques capables d'agir sur le sang. Le trouble intestinal est, suivant les hypothèses, lui-même une conséquence d'une entérite, altération primitive de l'intestin, ou secondaire aux désordres gastriques, en particulier aux phénomènes achyliques, qui produisent des modifications de l'état intestinal.

Critique des théories proposées

En clinique, il est tout aussi impossible d'expliquer tous les cas d'anémies-achylies par la théorie hormonale de Castle (celle de l'agastrie hormonale), que par la théorie achylique (celle de l'achylie sécrétoire).

Certes, les travaux de Castle ont bien démontré l'existence d'une hormone gastrique qui peut agir sur la formation des globules rouges du sang dans la moelle osseuse. Cette hormone est antianémique et antipernicieuse, et les troubles de cette sécrétion peuvent expliquer l'apparition d'une maladie de Biermer, d'une anémie pernicieuse. Mais, si l'hormone de Castle n'était produite que par l'estomac, l'antre en particulier, les résections gastriques antrales, et plus encore les résec-

(1) Voir A. C. GUILLAUME. La maladie ou syndrome de Lichtheim et les syndromes glosso-gastro-neuro-anémiques. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, n° 4, avril 1935. La maladie de Lichtheim et les gastrites anémiantes. *L'Hôpital*, mai et juin 1935. Etude physiopathologique sur le rôle hématopoiétique de l'estomac, *Archives des maladies de l'appareil digestif*, n° 3, 1936.

tions gastriques totales devraient produire toujours une anémie et, quand elles produisent une anémie, entraîner toujours la production d'une anémie pernicieuse ; or, nous l'avons vu, les résections gastriques conduisent *parfois, mais non toujours*, à la production d'anémies, qui ne sont pas non plus *toujours* des pernicieuses ; loin de là même, ce sont le plus souvent des anémies hypochromes que l'on observe dans ces cas. L'étude des anémies apparues à la suite des gastrectomies faites chez l'homme (dans des cas d'ulcère), et des gastrectomies expérimentales faites chez l'animal, montre, d'une façon très nette, que *la gastrectomie partielle étendue peut produire*, chez certains sujets, *une anémie, mais que cette anémie est de deux types absolument différents suivant les gastrectomies pratiquées :*

1° Chez l'homme, la gastrectomie large (antrectomie avec fundectomie) produit presque toujours, sinon toujours, une anémie hypochrome et non pas une pernicieuse.

2° Chez l'homme, la gastrectomie totale entraîne presque toujours une anémie hyperchrome pernicieuse.

3° Chez l'animal, la gastrectomie totale entraîne presque toujours la production d'une anémie hypochrome.

Ainsi, une même opération ne produit pas le même type d'anémie, voilà qui est évident, et dans trois cas d'ablation totale de l'estomac, Morawitz constate, chez l'homme, trois anémies différentes : *un sujet a un Biermer, un autre une aplastique, et l'autre une hypochrome*. On est donc obligé de choisir entre deux hypothèses :

1° L'hormone de Castle est *simplement une hormone antianémique, mais n'est pas exclusivement une hormone antipernicieuse*, et les faits physiologiques sont conformes aux faits cliniques ;

2° L'hormone de Castle est *véritablement une hormone seulement antipernicieuse, et il y a une incompatibilité apparente entre les faits physiologiques et les faits cliniques* et on ne peut pas expliquer l'anémie après gastrectomie par la suppression de l'antre et de sa sécrétion hormonale antipernicieuse.

Les résultats obtenus dans le traitement des anémies post-opératoires apportent également des arguments théoriques. Si ces anémies étaient, en général, dues à une insuffisance de l'hormone antipernicieuse, toutes les anémies achyliques devraient être sensibles au traitement par la méthode de Whipple-Castle. Or, ces anémies post-opératoires ne sont, dans la très grande majorité des cas, que peu influencées par l'opothérapie gastrohépatique, et ces anémies guérissent rapidement par de hautes doses de fer.

On est en droit de penser que si les troubles de sécrétion de l'hormone antrale de Castle peuvent expliquer les formes hyperchromes pernicieuses des anémies spontanées et des anémies post-opératoires, les autres formes d'anémie (en particulier les anémies hypochromes), ne peuvent pas être expliquées ainsi.

Voilà pour l'hypothèse hormonale. Voyons maintenant l'hypothèse anachlorhydrique de la genèse de l'anémie. Elle se heurte aussi à des contradictions : tous les faits d'anachlorhydrie n'aboutissent pas inévitablement à la réduction du taux d'hémoglobine ; de plus, l'administration d'acide chlorhydrique reste habituellement (mais non pas toujours) sans effet sur l'anémie (ce qui d'ailleurs n'est pas une preuve) ; enfin, fait plus important, dans le syndrome de Faber (anémie hypochrome microcytaire avec achylie et glossite), c'est l'ingestion de *fer inorganique* à hautes doses qui amène la guérison de l'anémie.

Il est donc évident que le mécanisme de production de l'anémie achylique, et plus encore de l'ensemble des anémies digestives, dépasse de beaucoup, en complexité, la proposition trop élémentaire d'une action chlorhydrique portant sur l'absorption du fer, ou la proposition, trop élémentaire également, d'une suppression d'hormone agissant sur la moelle osseuse.

Rôle de l'hormone antipernicieuse et du fer dans la réparation des anémies

La transformation des mégaloblastes (forme embryonnaire) en normoblastes s'effectue sous l'action du principe actif antipernicieux de Castle formé dans l'estomac, absorbé par les parties hautes de l'intestin grêle et contenu ensuite dans le foie, qui le distribue à la moelle osseuse suivant les besoins.

Dans la maladie de Biermer, on a rapporté l'affection à la disparition du ferment produit par l'estomac, passant dans le liquide gastrique, absorbé par les parties hautes du grêle et amassé dans le foie pour être redistribué à la moelle. C'est la *théorie de carence du facteur intrinsèque*.

On a également expliqué la maladie par l'absence du *facteur extrinsèque*, d'origine exogène et apporté par les substances alimentaires.

La transformation des normoblastes en hématies est subordonnée, semble-t-il, à la présence du fer, du calcium, de la vitamine C (et des autres vitamines également) et de thyroxine (une des hormones thyroïdiennes) en quantités suffisantes.

Tous ces éléments sont les facteurs nécessaires de l'hématopoïèse et, pour ces raisons, on doit penser qu'une partie au moins des processus producteurs des anémies conduit à l'étude des maladies par carence et des troubles endocriniens.

S'il en est ainsi, quand une ou plusieurs substances nécessaires manquent, l'anémie doit se produire ; c'est une anémie hyperchrome mégalocytaire si l'hormone de Castle manque, et c'est une anémie simple achylique microcytaire si le fer est en quantité insuffisante (apport alimentaire insuffisant). Il y aurait, ainsi, des *anémies par carence unique*, et des *anémies par carences multiples*.

Voyons dans quelle mesure ces conditions de production des anémies sont celles des anémies achyliques.

*
**

Le rôle de l'estomac et celui de l'intestin dans les anémies

Qu'il y ait un rapport précis, physiologique, ou seulement physiopathologique, entre l'estomac et le sang, c'est là une notion qui doit se répandre et qui deviendra bientôt classique : anémies-achylies médicales spontanées, anémies après résection gastrique avec

achylie consécutive, voilà des formes bien établies cliniquement, bien précises dans leur symptomatologie. Aussi n'est-ce pas sur ce point clinique que je veux insister ici, mais bien sur l'ordre de succession des interventions gastriques, intestinales ou sanguines, dans l'enchaînement des faits physiopathologiques observés.

Voyons tout d'abord quelle peut être la part possible de l'estomac dans la genèse de ces processus anémiques.

Il y a, nous l'avons vu, la conception de Castle ; l'hypothèse hormonale de Castle devrait conduire à penser que la succession des troubles est la suivante : la gastrite produit l'achylie et l'insuffisance sécrétoire hormonale ; l'insuffisance hormonale produit l'anémie. Ainsi, la lésion de l'estomac serait l'élément primitif, le trouble sanguin serait le phénomène secondaire.

Pour l'anémie pernicieuse, il en est peut-être ainsi, mais pas d'une façon certaine, car, pour comprendre le mécanisme de production des anémies pernicieuses il faut étendre l'observation à l'ensemble des anémies-achylies ; or l'étude des faits cliniques nous a montré que la très grande majorité des anémies achyliques ne sont pas dues à une insuffisance de l'hormone de Castle, tout au moins d'une hormone antianémique qui serait en même temps antipernicieuse. L'étude des mêmes faits a montré que, même si l'on étend le rôle de l'hormone de Castle en dehors des limites que lui assigne la physiologie, et qu'on lui fasse jouer un rôle non plus seulement restreint et antipernicieux, mais étendu et antianémique, il est impossible de faire cadrer les faits cliniques avec la notion d'une insuffisance hormonale gastrique pure. *Pour que l'anémie se produise, il faut qu'au facteur gastrique vienne s'ajouter le facteur extragastrique* ; voilà ce que démontre d'une façon absolue l'étude des faits cliniques.

On peut donc conclure avec certitude : *L'hormone de Castle, même si elle n'est pas une hormone antipernicieuse, mais une hormone antianémique, ne peut, à elle seule, expliquer les anémies observées au cours des achylies, qu'il s'agisse des anémies spontanées ou des anémies post-opératoires.* Et même dans l'anémie pernicieuse il semble qu'un facteur extragastrique doit ajouter ses effets au facteur gastrique pour produire l'anémie. D'ailleurs, ces anémies ne sont pas seulement observées associées à des achylies spontanées ou survenant à la suite des résections gastriques, *on observe également les mêmes formes d'anémies dans des états où l'atteinte intestinale est, de toute évidence, l'élément primitif.*

Sans faire état des observations d'achylies-anémies spontanées dans lesquelles l'atteinte intestinale est cliniquement primitive (et ces cas apparaissent très nombreux quand on étudie attentivement les faits observés), il est d'autres faits qui sont beaucoup plus à même de montrer le *rôle éventuel de l'intestin dans les anémies.* Dans les faits observés en clinique, la gastrite achylique peut manquer alors qu'il existe des lésions intestinales étendues, ou des troubles importants de l'intestin. Dans beaucoup de cas, l'achylie paraît, d'ailleurs, comme un phénomène secondaire aux troubles intestinaux. Dans les colites graves, dans la Sprue tropicale, la maladie cœliaque et la Sprue non tropicale (qui sont peut-être une seule maladie), il y a ainsi une anémie achylique dont l'origine n'est pas gastrique. Enfin, dans les résections étendues de l'intestin il apparaît *des anémies, tout comme dans les résections de l'estomac.*

Tout ceci montre bien qu'*il ne faut pas rapporter à l'hormone de Castle l'origine exclusive des anémies de cause digestive* que nous étudions, qu'*il ne faut pas même attribuer seulement à l'estomac l'origine de ces anémies,* mais qu'*il faut faire une part importante à l'intestin dans l'origine de ces modifications sanguines.*

Il y a donc, parmi les anémies, des *anémies de cause gastrique* et des *anémies de cause intestinale*, des *gastrites anémiantes* et des *entérites anémiantes.*

***

Le rôle de la gastrite dans la production de l'anémie pernicieuse

L'existence d'une gastrite atrophique a été reconnue d'une façon habituelle dans les cas d'anémie pernicieuse et l'achylie est également un symptôme à peu près constant de ces anémies hyperchromes. La fréquence avec laquelle on constate l'achylie et les gastrites atrophiques dans la maladie de Biermer, permet de penser que si ces phénomènes n'ont pas été constatés dans certains cas, cela ne modifie en rien la conclusion qui affirme la coexistence de ces troubles avec l'anémie pernicieuse. Toutefois, cette coexistence habituelle ne permet pas de rapporter à la gastrite l'origine et la cause des troubles. Si la gastrite joue un rôle de premier plan dans l'enchaînement des troubles, il semble que, dans beaucoup de cas, la gastrite est elle-même une conséquence d'autres troubles. Des observations déjà anciennes ont montré que la guérison d'un foyer infectieux, on doit même dire infectant, peut amener la guérison de l'ensemble des troubles anémiques. Elliott rapporte des guérisons de l'anémie par amygdalectomie ; Nonne rapporte une observation de guérison d'un cas d'anémie pernicieuse par guérison d'une gingivite ulcéreuse dont le début avait coïncidé avec le début de l'anémie. On a signalé aussi, dans ces cas, les bons effets des médications lactiques (képhyr, yoghourt) et de la désinfection intestinale. Les anémies parasitaires hyperchromes ont, de toute évidence, leur origine dans l'action mécanique ou plus probablement toxique des parasites contenus dans l'intestin. Enfin, dans les achylies-anémies on constate non seulement l'existence d'une gastrite, mais aussi celle d'une entérite atrophique, qui lui est associée.

Ainsi, *dans l'anémie pernicieuse, la gastrite, pour fréquente que soit sa participation à l'anémie, ne paraît pas être le point de départ, le phénomène initial de la maladie. La gastrite paraît, par contre, jouer un rôle de premier plan dans les processus qui aboutissent aux altérations sanguines.*

On peut donc penser que la cause première de l'anémie, la cause inconnue, agit de deux façons pour produire l'anémie : 1° Elle agit *sur l'estomac pour produire la gastrite* qui, elle-même, par le moyen des troubles apportés à la sécrétion de l'hormone de Cas-

tle, agit sur la moelle osseuse pour modifier son action de transformation de mégaloblastes en normoblastes. Sans le contrôle de cette hormone de Castle, la moelle osseuse reprend ses tendances embryonnaires et revient aux formes de réaction mégaloblastiques ; 2° La cause première inconnue *agit également directement sur le sang pour produire l'anémie.*

C'est la réunion de ces deux facteurs (issus de la même cause première inconnue), le *facteur gastrique* et le *facteur extragastrique*, qui crée habituellement l'anémie pernicieuse : le facteur gastrique agit indirectement sur le sang en modifiant le contrôle exercé par la moelle osseuse et en modifiant de cette façon les formes de la régénération sanguine. Le facteur extragastrique agit directement sur le sang et peut-être sur la moelle, il provoque l'anémie et perturbe le processus médullaire de réparation.

Ces conclusions expliqueraient certains faits. S. Varadi observe des cas d'anémie pernicieuse sans achylie ; il en conclut que l'achylie n'est pas un facteur indispensable de la production de l'anémie, mais constitue simplement une condition favorable pour le développement de l'anémie, et que des causes différentes interviennent sur un terrain prédisposé (par des conditions constitutionnelles) pour créer l'anémie. C'est également la conclusion de C. Vlados et E. Donderenko, qui concluent de l'étude de 132 cas de maladie de Biermer. Les faits de pernicieuse observés dans une même famille font penser aussi à l'existence de conditions communes de terrain.

***

Le rôle de la gastrite dans les anémies hypochromes

Plus encore, peut-être, que dans les cas d'anémie hyperchrome, l'étude des faits d'anémie hypochrome survenant après résection gastrique met en évidence l'action associée et complémentaire de deux facteurs différents (le facteur gastro-entérique, le facteur extragastrique). Sans l'intervention de l'un de ces facteurs, l'autre ne produit pas l'anémie.

Il est évident, ici, que l'insuffisance de l'hormone de Castle n'est pas la cause des modifications sanguines observées (dans les anémies hypochromes survenant après résection gastrique, comme dans les cas d'anémie hypochrome survenant spontanément en dehors de toute intervention opératoire).

On est conduit à faire des hypothèses. Ou bien il y a dans l'estomac une fonction cellulaire autre que celle assurant la production de l'hormone de Castle (et dont l'effet est d'agir sur le sang), ou bien il existe un double phénomène réversible : la gastrite (dans les cas spontanés) serait la conséquence d'une action première, et cette même gastrite, par les troubles digestifs qu'elle produit, entraînerait des modifications humorales qui vont agir sur le sang et, peut-être aussi sur l'estomac, pour accentuer la gastrite.

L'étude des cas de syndrome glosso-gastro-neuro-anémique montre également que l'origine des troubles n'est pas dans la gastrite, que cette gastrite, comme d'autres manifestations du syndrome, est la conséquence de troubles alimentaires (toxiques ou infectieux) souvent d'origine intestinale, mais pouvant aussi être indépendants du tube digestif.

L'étude de ces cas montre également que l'anémie peut disparaître sous l'influence du traitement, et la gastrite et l'achylie persister sans modifications. Enfin, l'étude de ces cas montre que l'anémie n'est pas indispensable au syndrome (dont tous les éléments peuvent exister sans l'anémie).

Certes, l'absence d'anémie dans ces cas ne modifie pas beaucoup les conclusions précédentes. La gastrite pourrait être la cause de l'anémie sans produire nécessairement cette anémie dans tous les cas, comme l'anémie n'est pas la conséquence nécessaire d'une gastrectomie très large et même totale.

De tout ceci on peut conclure que *la gastrite ne produit pas nécessairement l'anémie, n'est pas la cause première des anémies observées dans ces cas, mais qu'elle peut très bien intervenir comme un élément qui tient sous sa dépendance, directement ou indirectement, la production de l'anémie.*

D'ailleurs, la gastrite achylique ne précède pas toujours l'anémie et l'*on constate également des achylies consécutives à des anémies.* Manasseus, expérimentant sur des animaux, et produisant artificiellement une anémie, constate une hypochlorhydrie. Dans des cas d'anémie secondaire à des hémorragies répétées et prolongées, j'ai constaté l'existence d'une hypochlorhydrie qui a disparu après guérison de l'anémie.

Ces faits ne diminuent en rien, cependant, les conclusions précédentes ; si la gastrite, elle-même secondaire à d'autres causes, peut produire l'anémie, c'est par un processus absolument différent de celui qui produit l'hypochlorhydrie consécutive à l'anémie, qui peut être attribuée aux troubles du métabolisme chloré.

***

Constatations thérapeutiques dans les anémies-achylies

L'argument thérapeutique n'est pas de ceux qu'il faut utiliser systématiquement pour conclure en physiopathologie, c'est un argument qui se rapporte à des mécanismes si complexes qu'il est souvent imprudent de lui accorder une valeur démonstrative. S'ils n'apportent pas de preuves absolues, les faits thérapeutiques peuvent cependant conduire à des conclusions particulières utilisables.

On dit volontiers, aujourd'hui, que le traitement des anémies-achylies doit être opothérapique (extrait gastrohépatique) quand l'anémie est hyperchrome, et qu'il doit être ferrique (fer inorganique) quand l'anémie est hypochrome. Et, de fait, la méthode de Whipple et celle de Castle donnent de remarquables résultats dans les anémies pernicieuses, et le fer inorganique, très décrié ces dernières années, doit retrouver la faveur, s'il est utilisé à fortes doses, dans les anémies hypochromes.

L'action du fer dans les anémies

Tous ceux qui, depuis Knud Faber, ont étudié l'anémie hypochrome achylique, reconnaissent les excellents résultats obtenus par l'emploi du fer inorganique

à la dose de plusieurs grammes par jour ; inversement, ils constatent l'inefficacité (habituelle dans ces cas) du traitement par l'extrait gastrique ou l'extrait hépatique.

Chevallier montre que les bons effets du traitement par le fer à hautes doses ne sont pas, dans ces cas, limités à l'anémie, mais qu'ils sont également d'action remarquable sur les phénomènes associés, les manifestations métanémiques (glossite, dermatoses, prurit) des anémies-achylies, même dans les cas où ces manifestations métanémiques surviennent en dehors de l'anémie. Fait plus important, le fer aurait, dans ces cas, un bon effet sur la gastrite achylique. Ely et Fiehrer, Mettier, Kellog et Ringhart, Metzger et Hoffmann, Fontès et Thivolle, ont également vanté les bons résultats du traitement ferrique dans les hypochromes, et même dans les anémies par carence ou dans les anémies secondaires aux hémorragies. Dans ces anémies secondaires aux hémorragies, c'est le fer inorganique qui, de tous les traitements, donne les meilleurs résultats (d'après les constatations de Fontès et Thivolle). Au contraire, dans ces types d'anémie secondaire, les extraits gastriques et hépatiques seraient sans effet, d'après Connery et Goldwater.

Dans les anémies survenant après gastrectomie partielle et large, Fasiani et Chiatellino obtiennent de très bons résultats par les fortes doses de fer inorganique, et il s'agissait, dans ces cas, d'anémies hypochromes. Holst Larsen fait la même constatation dans les anémies achyliques simples, et obtient un bon résultat par l'extrait de foie dans une anémie hyperchrome après gastrectomie. Dans la gastrectomie totale expérimentale chez l'animal, le fer donne de bons résultats dans les anémies hypochromes.

*
**

L'action des extraits gastriques dans les anémies

Admettons cependant, simple hypothèse de travail, que c'est véritablement l'estomac qui règle, en partie tout au moins, les processus d'anémie, et leur inverse physiopathologique les polyglobulies. Il reste à savoir si ce principe régulateur provient de telle ou telle sécrétion de l'estomac, s'il est une hormone de la muqueuse gastrique, un effet direct ou indirect de la sécrétion chlorhydrique, une conséquence d'un trouble métabolique digestif. Les résultats obtenus dans le traitement des anémies et en particulier des anémies pernicieuses, par l'administration de l'organothérapie gastrique sous forme d'estomac frais ou desséché, ne constitue pas une preuve que tout ou partie de l'estomac joue, dans l'état normal ou pathologique de l'homme, un rôle dans le processus de formation ou de destruction du sang. Il faut, de plus, remarquer que d'autres substances employées en thérapeutique, telles les huîtres, ont été considérées capables d'agir favorablement dans les anémies, sans que l'on puisse admettre, pour ces substances, qu'elles jouent un rôle habituel dans la fonction sanguine.

Action comparative des extraits gastriques et hépatiques. — On discute beaucoup, aujourd'hui, sur les mérites respectifs, dans la thérapeutique des anémies, de l'action des extraits gastriques (méthode de Castle) et de l'action des extraits hépatiques (méthode de Whipple) ; certains, comme Wilkinson, paraissent préférer l'extrait gastrique aux extraits hépatiques, d'autres ne sont pas convaincus, et l'on tend à penser que les meilleurs résultats sont obtenus, dans les pernicieuses, par une association des deux méthodes. Il faudrait l'étude systématique et scientifique d'un nombre important de cas comparables traités les uns exclusivement par la méthode de Castle, les autres par la seule méthode de Whipple, pour conclure, et, dans une telle expérience, des extraits gastriques et hépatiques de provenances différentes, peuvent parfaitement donner des résultats contradictoires sans que le principe de la méthode soit discutable. Il faut donc se garder de conclure sur l'inefficacité de la méthode de Castle et de celle de Whipple, parce que telle spécialité d'extrait gastrique ou d'extrait hépatique n'a pas donné satisfaction. Pour le clinicien, seules les grandes statistiques ont de la valeur. Bien qu'ayant traité par l'extrait de foie et l'extrait d'estomac un bon nombre de cas d'anémie, et cela en utilisant des extraits gastriques et hépatiques de différentes provenances, il me semble prématuré de conclure d'une façon ferme et, contraire à toute règle précise, de donner des indications statistiques. Une impression actuelle est cependant possible : Dans les anémies hyperchromes, les meilleurs résultats obtenus l'ont été avec certains extraits hépatiques injectables entièrement déprotéinés. Des extraits hépatiques buvables de même provenance n'ont de loin pas été aussi efficaces. Les extraits gastriques buvables n'ont pas donné de meilleurs résultats que les extraits hépatiques buvables. Il y a peu de différence entre les résultats obtenus avec les extraits buvables, hépatiques ou gastriques, quelle que soit leur provenance. Par voie buccale, les extraits solides (poudre de foie) paraissent plus efficaces que les extraits buvables.

Action des extraits gastriques sur l'achylie gastrique. — On a dit que des extraits gastriques buvables peuvent rétablir en quelques jours une sécrétion chlorhydropeptique dans un estomac achylique. Ce que j'ai constaté permet de penser que c'est là, tout au moins, une éventualité très rare, surtout en quelques jours ; d'ailleurs, si cette action existe véritablement, elle n'est pas particulière aux extraits gastriques ; j'ai vu, chez une achylique, une sécrétion normale, et même légèrement hyperacide, se produire, en quelques mois de traitement par l'acide chlorhydrique et le suc gastrique du porc, en même temps d'ailleurs, que, par ce traitement, on faisait disparaître l'infection intestinale et l'anémie. Il est donc bien difficile de conclure.

Origine et localisation du principe antipernicieux dans l'estomac et le foie. — Chez des malades atteints d'anémie pernicieuse, B. Braun étudie les effets d'un traitement au moyen d'un liquide obtenu par expression d'un mélange de viande de bœuf et de suc gastrique frais de porc ou d'homme laissé à l'étuve à 37° pendant une heure ; également, par la pulpe de viande ainsi modifiée par le suc gastrique. Par ce traitement, il a obtenu une rapide amélioration de l'état sanguin, analogue à l'amélioration obtenue par la méthode de Whipple.

Ces constatations et d'autres, montrent *qu'il existe un facteur commun à toutes les préparations antipernicieuses* (foie frais, extrait hépatique, suc gastrique concentré), qui donne à la substance employée son action thérapeutique dans la maladie de Biermer. Le facteur extrinsèque n'aurait donc pas la valeur que Castle lui reconnaît, puisque l'albumine de la viande, celle de l'œuf ou du foie, et aussi des substances non albuminoïdes comme la levure et l'orge, renferment également le facteur antipernicieux quand elles sont traitées par le suc gastrique, on est amené à penser que ces substances reçoivent ce facteur de leur contact avec le suc gastrique (directement, ou par l'effet des modifications chimiques produites dans leur texture par l'action du suc gastrique). Dans une hypothèse, ces substances activables par le suc gastrique servent seulement de véhicule et de colloïdes protecteurs pour le facteur intrinsèque antipernicieux contenu dans la muqueuse de l'estomac et sécrété par cette muqueuse antrale. Dans l'autre hypothèse, la substance activée naît des transformations et des combinaisons chimiques opérées dans ces substances par l'action du suc gastrique.

De toutes façons, *la substance anti-anémique n'est plus une sécrétion interne de l'estomac, mais une sécrétion externe contenue dans le suc gastrique.*

Par des moyens différents, L. Tochowicz arrive à des conclusions semblables. Traitant par le suc gastrique normal concentré ou *addisyne* (extrait acétonique de suc gastrique de porc ou d'homme) injecté sous la peau des malades atteints de pernicieuse, il constate une rapide amélioration dans la maladie de Biermer. On peut conclure de cette constatation que le facteur anti-anémique, antipernicieux, indispensable au maintien de l'équilibre du système hématopoiétique, est un produit de la sécrétion de l'estomac, et que le foie a pour seul rôle d'être un organe qui accumule les réserves de cette substance ou facteur antipernicieux, en assure la distribution suivant les besoins de l'organisme, en même temps qu'il augmente l'efficacité du produit.

Des faits précédents, il faut rapprocher d'autres constatations.

Les injections de pepsine (préconisées par Glaesser dans le traitement des ulcères de l'estomac), les injections d'extraits désalbuminés de muqueuse gastrique (préconisées par Loeper et Merklen dans les mêmes cas), auraient aussi une action antianémique. L'extrait de muqueuse gastrique aurait un pouvoir réparateur du sang comparable à celui de l'extrait de foie, et un pouvoir réparateur des lésions de la muqueuse gastrique comparable à celui des extraits peptiques. Mais le mode d'action de la pepsine est certainement très complexe ; on admet qu'elle abaisse le cholestérol du sang par une action sur le foie, et on pense qu'elle agit aussi à la manière des substances désensibilisatrices ; l'ulcère de l'estomac serait alors, dans cette théorie, l'expression d'une sensibilisation de la muqueuse gastrique à la pepsine.

Au cours des cirrhoses atrophiques de Laënnec, on constate souvent une anémie : sur 48 malades, Fellinger et Klima constatent 30 cas d'anémie (dont 12 anémies normochromes ou hypochromes et 18 fois une hyperchrome du type de l'anémie pernicieuse). On explique cette constatation par la disparition de l'hormone de Castle dans les foies atteints de cirrhose.

Action thérapeutique des médications combinées, gastrique, hépatique, et du fer. — Il est utile de connaître certaines particularités des effets combinés du fer et de l'extrait hépatique dans les anémies.

Les travaux de Mauret, Greengard et Kluver montrent que la présence d'un sel de fer (carbonate) dans un traitement par l'extrait hépatique, active l'action de cet extrait, et inversement.

Hart et Elverghem montrent l'importance de la forme sous laquelle le fer est introduit dans l'organisme, et surtout l'importance du rôle joué par un catalyseur dans l'action du fer. Les meilleurs catalyseurs connus actuellement sont le *manganèse* et le *cuivre* (sulfate). De plus, le fer inorganique serait plus actif que le fer organique (hématine). Hezj attribue à la poudre de foie une action anti-anémique supérieure à celle des extraits de foie.

De même, on a conclu à l'activité plus grande des extraits hépatiques que celle du foie cru pris directement.

Contrairement aux conceptions admises, il n'est pas exact d'opposer d'une façon absolue le traitement des pernicieuses par les extraits gastro-hépatiques, au traitement par le fer des anémies hypochromes. Dans les anémies hypochromes, l'extrait hépatique injectable m'a donné des résultats certains, et dans des anémies hyperchromes de type pernicieux, le fer inorganique s'est montré extrêmement actif.

Mogensen a constaté, dans quatre cas de pernicieuse, que les rémissions obtenues ne persistaient que si l'on complète le traitement gastro-hépatique par le traitement ferrique. On constatait, alors, une nouvelle augmentation des globules rouges et de l'hémoglobine. Ces faits répondraient aux cas de pernicieuse résistante au traitement gastro-hépatique.

Parmi les explications que l'on peut donner de ces faits, il en est une assez vraisemblable : au début du traitement, on obtient une amélioration rapide de l'anémie sous l'influence des extraits gastro-hépatiques ; pendant cette période, la formation accélérée des globules rouges épuise les réserves du fer ; il faut reconstituer des réserves pour obtenir une nouvelle amélioration. On explique ainsi ces faits en admettant qu'une anémie pernicieuse peut être associée à une anémie achylique simple.

G.-H. Whipple et F. S. Robscheit-Robbins ont constaté que le foie a un pouvoir hémoglobinogène ; en donnant du foie, on augmente le taux de l'hémoglobine. Ce facteur hémoglobinogène peut être mesuré d'une façon précise ; ainsi on constate que les foies malades sont moins riches que les foies sains en facteur hémoglobinogène ; le taux le plus faible est celui constaté dans le foie cancéreux et dans le foie de grande insuffisance. Le foie de l'anémie pernicieuse non traité par la méthode de Whipple contient jusqu'à 420 % de facteurs hémoglobinogènes (le foie humain normal contenant 160 % de ce facteur). Si l'anémie pernicieuse est traitée, le taux est d'environ 220 %. L'anémie pernicieuse n'est donc pas due à une carence de matériel pigmentaire, qui est au contraire en excès, mais à l'absence ou au manque d'un facteur in-

connu (apporté par la méthode de Whipple), indispensable à la production du stroma des hématies. Quand on traite par la méthode de Whipple, on provoque une production de globules qui utilisent les réserves d'hémoglobine. L'examen du foie montre qu'il n'y a aucune corrélation entre la teneur du foie en fer et sa richesse en facteurs hémoglobinogènes.

Les conditions constitutionnelles individuelles et familiales et les anémies. — L'anémie peut être attribuée à une agression qui peut intervenir quels que soient les sujets atteints, c'est alors l'agent causal seul qui produit l'anémie. Elle peut être attribuée aussi à une prédisposition individuelle, c'est alors le terrain qui crée l'anémie. Virchow admet l'existence d'un état constitutionnel de débilité hémopoiétique, cet état se rattacherait à une hypoplasie vasculaire et sexuelle et constituerait un des éléments du status dégénératif, dont il existe d'autres éléments satellites (hypoplasie du système chromaffine, tendance aux troubles thyroïdiens et nerveux, position haute du diaphragme, lymphocytose sanguine, rétrécissement mitral congénital, vulnérabilité de l'endocarde aux localisation infectieuses). Cet état est souvent associé à l'état thymolymphatique. Et ceci est conforme aux conclusions de Neusser : « Les vaisseaux et la moelle osseuse sont les maillons d'une chaîne qui, depuis le début, se développent sous un influence commune ; de telle sorte que le développement insuffisant des vaisseaux est le plus souvent parallèle à l'hypoplasie de la moelle osseuse, celle-ci accomplissant une fonction hémopoiétique réduite ».

Certains, et par exemple Naegeli, n'admettent pas l'exactitude de toutes les conclusions relatives à l'existence de tels états constitutionnels associés à la chlorose ; mais cette conception est cependant confirmée par d'autres conclusions, en particulier les conclusions de Falta sur l'*hypoplasie chromaffine des chlorotiques*, et celles de Morawitz sur les *anémies persistantes constitutionnelles*. Naegeli constate d'ailleurs l'existence d'une anormale petitesse des globules rouges dans l'hypogénitalisme et d'autres affections endocriniennes, ce qui indiquerait l'existence d'une hypoplasie.

Les caractères héréditaires (de mère à fille) de la chlorose sont connus et indiquent l'influence du facteur constitutionnel ; Tandler constate que dans les familles de chlorotiques les hommes sont souvent atteints de troubles d'eunuchoïdisme pubertaire, ce qui semblerait indiquer l'existence d'une débilité glandulaire familiale, surtout génitale (hypogénitalisme) dans la chlorose. Ces constatations ont également été faites par Aschner.

Dans les anémies pernicieuses, on a pensé également à la possibilité d'une condition constitutionnelle. Neusser attribue à une hypoplasie congénitale du système circulatoire, qu'il constate dans une partie des cas de l'anémie pernicieuse, une influence modificatrice des réactions de la moelle osseuse. Il insiste également sur l'association de ces faits avec l'état thymique et le Basedow. Stoerk constate la très grande fréquence de l'association du lymphatisme avec l'anémie type Biermer. Schaumann, étudiant des faits d'anémie due au Bothriocéphale, constate que des malades guéris de leur anémie parasitaire ont succombé plus tard à une anémie pernicieuse cryptogénétique. Il voit dans ce fait une preuve que ces sujets étaient prédisposés à une anémie grave hyperchrome. Il trouve 24 familles dans lesquelles on a constaté, chez différentes personnes de la famille, soit des anémies par Bothriocéphale, soit des anémies pernicieuses. Il constate aussi, dans une même famille, une chlorose chez des sœurs ayant dans leur ascendance un cas d'hyperchrome par Bothriocéphale. Dans plus de la moitié des cas d'anémie pernicieuse, on trouve, chez les ascendants, l'alcoolisme et des maladies nerveuses et mentales. Schaumann ne considère pas l'anémie par Bothriocéphale comme une conséquence isolée et directe de la parasitose, mais « comme un petit rameau du grand arbre de la dégénérescence constitutionnelle ». Et ceci serait vrai pour toutes les anémies pernicieuses, aussi bien les formes cryptogénétiques ou protopathiques que les anémies pernicieuses secondaires de causes communes ou deutéropathiques.

Une anémie pernicieuse a été constatée par Patek chez deux frères et une sœur, pendant que deux autres sœurs avaient une anémie secondaire. Un oncle et un cousin du côté paternel avaient également une anémie pernicieuse.

Beaucoup ont pensé également que l'anémie pernicieuse se développe sur un terrain préparé par une déficience congénitale et une asthénie des organes hémopoiétiques. D'après loch, l'anémie pernicieuse n'est pas, dans ces conditions, une « maladie essentielle du sang, mais bien une modalité constitutionnelle asthénique primaire des tissus formateurs des cellules du sang ».

C'est à cette conception qu'il faudrait rapporter les formes familiales de la maladie de Biermer, qui ont été indiquées par Klein, P.-E. Weill, Willson, Schupbach, Matthes, Roth, Bartlett.

Toutes les opinions n'attribuent pas ces observations à l'influence constitutionnelle. Les faits familiaux ont parfois été considérés comme une preuve de l'origine familiale infectieuse de l'anémie pernicieuse. Ils sont également considérés comme une preuve de l'existence d'une insuffisance constitutionnelle des organes hémopoiétiques sur laquelle vient agir un processus hémolytique infectieux. La théorie constitutionnelle n'explique d'ailleurs qu'une partie des faits.

Admettant l'existence d'une insuffisance constitutionnelle des organes hémopoiétiques, en particulier de la moelle osseuse, il faut aussi expliquer pourquoi les causes agissant sur cette insuffisance produisent dans certains cas une anémie hyperchrome, et dans d'autres une anémie hypochrome. On peut supposer que cette différence constatée dans les formes de l'anémie est due à l'existence de conditions constitutionnelles associées éventuellement à l'insuffisance de la moelle osseuse ; par exemple, le dysgénitalisme dans la chlorose, et une condition différente dans la pernicieuse, expliqueraient cette détermination particulière du type de l'anémie. Turk attribue la prédisposition aux anémies hémolytiques (la pernicieuse constituant un cas particulier de ces anémies) à un trouble du métabolisme des lipoïdes, trouble méta-

bolique, dû, lui-même, à un trouble de ses organes régulateurs, les glandes endocrines et tout spécialement la corticale surrénale.

On attribue aussi les anémies pernicieuses à un trouble des fonctions de la rate, qui agirait directement pour produire l'hémolyse, ou indirectement en modifiant les réactions de formation des érythrocytes dans la moelle osseuse. Enfin, on a rapporté le trouble associé à une fragilité des globules rouges eux-mêmes et attribué une partie des troubles hémolytiques à un syndrome hémo-hypoplastique globulaire qui peut intervenir dans les anémies hémolytiques simples et aussi dans les anémies pernicieuses. Par ces faits, les cas d'anémie hémolytique familiale seraient comparables aux cas d'anémie pernicieuse familiale.

Il est très difficile de conclure sur la valeur des théories qui cherchent à expliquer ces cas d'anémies par la préexistence de conditions constitutionnelles de moindre résistance de l'appareil hématopoiétique. Il est évident que dans bon nombre de cas on trouve, chez le patient, certains au moins des signes de la constitution prédisposante. On trouve aussi, dans certains cas, des indications qui permettent de penser qu'il existe dans une même famille une aptitude aux anémies, qui font penser, pour le sujet considéré, à l'existence d'une condition constitutionnelle prédisposante. Cependant, même s'il en est ainsi, il est évident que le facteur constitutionnel est l'un seulement des différents éléments dont la réunion est nécessaire pour que se produise l'anémie.

Les conditions de sexe et les anémies

L'influence du sexe féminin est certaine dans les anémies survenant après gastrectomie, et cette influence de sexe apparaît d'ailleurs dans d'autres anémies.

Il est difficile de juger de la fréquence respective des sujets de l'un et de l'autre sexe dans les anémies secondaires, puisque le facteur dominant de ces anémies est la cause qui les a produites, et il faudrait connaître, d'abord, dans quelle proportion ce facteur causal intervient dans l'un et l'autre sexe. En tenant compte de ce fait, il semble cependant que la femme est plus apte à l'anémie que l'homme. La chlorose est, presque par définition, une maladie de la femme en période de vie menstruelle, la chloroanémie également. Mais il existe des anémies hypochromes également chez l'homme. Toutefois, ces anémies hypochromes sont proportionnellement beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Nous en trouvons une preuve dans l'anémie hypochrome survenant après gastrectomie pour ulcère. L'ulcère de l'estomac est, contrairement à l'ancienne désignation de cette maladie, une maladie beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Mes constatations conduisent à penser que 85 % des ulcères gastroduodénaux sont observés chez l'homme et 15 % seulement chez les femmes, et pour obtenir ces chiffres il faut tenir compte de cas mixtes où l'ulcère est, chez la femme, associé à des lésions cholécystiques. Les cas de résection gastrique pour ulcère sont, d'après les constatations faites sur plusieurs statistiques opératoires, dans la même proportion, qui montre une beaucoup plus grande fréquence chez l'homme ; or, les anémies observées à la suite des résections gastriques sont, dans une très grande majorité, des faits seulement observés chez la femme et cette anémie est, habituellement, une anémie hypochrome. Il y a donc là une preuve de la particulière aptitude à l'anémie chez la femme. Dans l'anémie pernicieuse, l'atteinte suivant le sexe est indiquée d'une façon différente suivant les auteurs et les pays. La femme est plus atteinte pour certains, pour d'autres c'est l'homme.

Les faits cliniques d'anémie après résection gastrique démontrent bien la beaucoup plus grande aptitude de la femme à l'anémie dans les conditions d'achylie, et les faits expérimentaux démontrent, après résection gastrique, que l'anémie ne se produit vraiment que dans les cas de déperdition sanguine spontanée ou provoquée, se produisant sur le terrain préparé par la résection gastrique. On est amené à penser, dans ces conditions, que l'aptitude féminine à l'anémie peut être la conséquence des pertes de sang produites par les règles ou, également, la conséquence des effets de la crise endocrinienne qui se produit lors des règles. Dans beaucoup de cas d'anémie, j'ai constaté une brusque aggravation de l'anémie au moment des règles et cela dans des cas d'anémie appartenant à des formes très différentes. D'autre part, j'ai constaté que la gastrectomie faite après castration ne produit pas d'anémie chez la femme. Mais les cas observés sont trop peu nombreux pour entraîner la conviction.

Les variations physiologiques du sang

Le sang n'est pas identique dans les deux sexes. En plus de la différence du nombre de globules rouges pour une même quantité de sang, de la moindre quantité d'hémoglobine (146 chez l'homme, 133 chez la femme), qui montrent une infériorité féminine sur ce point, on sait que le sang de la femme a un poids spécifique plus faible, contient plus d'eau et moins de corps solides. *Cette différence dans la quantité des globules et de l'hémoglobine suivant le sexe, n'existe pas dans l'enfance, elle se constitue à la puberté* et Kottmann a constaté l'existence habituelle d'un abaissement du taux de l'hémoglobine à la période pubertaire féminine. Au cours de la grossesse, on constate, jusque vers le 8e mois, une diminution du poids spécifique et une augmentation de l'eau ; ensuite, et jusqu'à l'accouchement, le phénomène inverse se produit et le sang revient à la normale. Pendant la grossesse, il y a diminution habituelle des globules rouges, mais souvent une augmentation de l'hémoglobine et donc de la richesse globulaire.

Le sang du foetus et de l'enfant est plus riche en globules et en hémoglobine que celui de la mère. Le taux de l'hémoglobine est, en particulier, beaucoup augmenté, et le plus fort taux observé pendant la vie est constaté le 2e ou le 3e jour après la naissance (200 à 210), il diminue ensuite jusque vers la 8e année (110), augmente ensuite jusque vers 20

ans (140-150), reste à ce même chiffre jusque vers 45 ans, puis décroît lentement. Le nouveau-né a près de 7 millions de globules rouges. Le chiffre revient à 4.500.000 dans la première année, et à 5 millions pendant la deuxième année. Il reste à ce chiffre chez l'homme, mais dans le sexe féminin il s'abaisse à la puberté.

Dans l'état de complète inanition il n'y a pas diminution des globules rouges ni de l'hémoglobine, il y a même augmentation par concentration sanguine due aux pertes d'eau. Si l'alimentation lactée est prolongée trop longtemps chez l'enfant, il se produit une diminution des globules rouges et même une anémie qui disparaît dès que l'on alimente avec des légumes et des viandes, ou plus simplement des aliments riches en fer.

Le nombre des globules rouges n'est que peu influencé par le genre d'alimentation chez l'adulte, sauf si l'on donne un régime insuffisant en fer ; par contre le taux de l'hémoglobine est rapidement modifié et d'une façon importante ; des modifications dans l'absorption des hydrates de carbone et des graisses altèrent rapidement le taux de l'hémoglobine. L'adjonction de sels de fer à l'alimentation augmente rapidement le nombre des globules rouges et la quantité de l'hémoglobine.

Pendant la menstruation normale et chez les sujets normaux, le taux des globules rouges diminue sans constituer cependant une anémie. Cette diminution est précédée d'une augmentation légère prémenstruelle. Il s'agit, selon toute apparence, de phénomènes de concentration du sang et de répartition des globules, phénomènes qui sont en rapport avec les phases vasomotrices dues au déséquilibre nerveux végétatif caractéristique de cette période. L'hémoglobine suit une évolution semblable à celle des globules.

Si les variations constatées peuvent être attribuées en grande partie à des modifications de répartition, il est cependant certain que les règles provoquent une réelle perte de sang pour le sujet. La quantité de sang perdue pendant les règles est, tous les mois, dans les conditions normales, de 50 à 200 grammes de sang provenant des veines et dilué par une abondante sécrétion génitale. Cette quantité de sang perdue augmente beaucoup chez certaines femmes à règles abondantes ou prolongées. Certaines règles ont, sans cause pathologique évidente, le caractère de véritables hémorragies. Il est donc nécessaire, pour l'organisme de la femme, de réparer tous les mois la perte sanguine.

La grossesse produit également une anémie, que l'on peut dénommer anémie physiologique de la grossesse, par opposition aux anémies importantes que l'on voit survenir pendant cette même période.

L'étude des variations physiologiques du sang montre donc, chez la femme, l'existence de processus agissant normalement pour produire l'anémie. On peut donc admettre l'existence *d'un facteur constitutionnel féminin de prédisposition* aux processus anémiques.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1936)

Les abcès du poumon médicalement curables. — MM. FERNAND BEZANÇON, ROBERT AZOULAY et PIERRE BERNAL, de l'étude de 72 cas personnels, concluent à la bénignité relative d'un grand nombre de ces cas et à la nécessité par suite de discuter une fois de plus le pronostic général des abcès du poumon et de remettre en balance la possibilité de guérison spontanée ou médicale avec la gravité de certaines interventions chirurgicales. Leur statistique les conduit à un taux de 74 p. 100 de guérisons, mais ils ont bien soin de montrer combien les conditions particulières du recrutement de leurs malades sont différentes de celles des services hospitaliers, et, en particulier, des services spécialisés médico-chirurgicaux où n'entrent le plus souvent que les formes graves.

On a trop synthétisé le groupe des suppurations pulmonaires et à défaut d'une classification scientifique prématurée, il faut essayer d'analyser les éléments qui permettent de fixer le pronostic et de préciser les indications chirurgicales.

La constatation de la putridité est sans valeur pronostique, de même, la notion d'embolies post-opératoires. Les modes de début diffèrent, de même l'état général qui peut être à certains moments très mauvais, alors qu'une grande vomique va assurer la guérison ; de même encore les caractères bactériologiques de l'expectoration.

L'examen radiologique, soit simple, soit surtout après injection de lipiodol répétée très fréquemment, leur paraît la technique la meilleure pour préciser la forme clinique, le siège, l'existence d'abcès collecté ou de suppurations diffuses, l'existence ou l'absence de lésions bronchiques importantes.

Les abcès corticaux, surtout quand la vomique tarde à se faire, les abcès corticaux-pleuraux offrent les indications chirurgicales les meilleures.

Les abcès collectés, surtout lorsqu'ils sont centraux, guérissent presque toujours médicalement, mais il faudra souvent attendre avec patience la guérison spontanée.

La gangrène pulmonaire chronique à poussées successives relève précocement de la chirurgie, de la pneumonectomie, en particulier.

Cette importante communication est suivie d'une intéressante discussion à laquelle participent MM. E. Sergent, Lemierre, Lemaître, Debré.

Déformation des dermatoses par les médicaments. — G. MILIAN. Les médicaments ne modifient pas toujours les dermatoses dans le sens de la guérison ; ils peuvent les exacerber au début du traitement, — ou bien en faire sortir d'autres au cours de la médication.

C'est ainsi que par le traitement spécifique on peut voir :

La roséole devenir urticarienne, ou s'étaler en nappes.

Le lichen plan traité par les sels d'or devenir œdémateux.

Le streptocoque est souvent exacerbé par l'oxyde jaune de mercure avec des poussées érythémateuses qui simulent l'érythème mercuriel.

Au cours des traitements de la tuberculose, il est possible de voir sortir sous l'influence de l'or un lichen plan modifié.

Les érythèmes du neuvième jour sortis au cours des traitements arsenicaux ne sont pas toujours faciles à cataloguer.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION. 17, RUE CASSETTE.

N° 94. — MERCREDI 25 NOVEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Strasbourg. — *Internat.* — Ont été nommés : MM. Muller, Germain, Gall (étranger en surnombre), Buck, Bernheim, Sommer, Kircher, Pfister, Mugler, Rohmer, Mlle Fitzenkam.

Externat. — Ont été nommés : MM. Buck, Vix, Mlle Kahn, MM. Kammerer, Ganghoffer, Mayer, Stoll, Wiener, Franck, Meisterheim, Brux (étranger en surnombre), Mlles Ziller, Schaller, Heil ; MM. Robert Gluck, Stricker, Uhl, Sar, Kerschenmeyer (étranger en surnombre), Stehlé, Wiest.

Hôpital civil de Saint-Omer. — Un concours pour l'emploi de médecin chef aura lieu à Lille, au siège de la Faculté de médecine, le lundi 21 décembre 1936.

Conditions : être Français ; posséder le diplôme de docteur en médecine conféré par une Faculté française ; être âgé de 26 ans au moins et de 40 ans au plus ; avoir exercé en France au moins pendant trois ans (chaque année d'internat dans un service des hôpitaux attachés aux Facultés de l'Etat comptera pour une année de pratique).

Inscription le 14 décembre 1936, à 17 heures au plus tard au Secrétariat des Hospices civils de Saint-Omer qui donnera tous renseignements complémentaires.

Hôpital de Pontoise. — Le concours ouvert à l'hôpital de Pontoise, le 19 novembre 1936, pour la nomination de deux internes titulaires, a donné les résultats suivants : *ex-æquo*, MM. Dumery, Pierre ; Bernier, Jean.

Faculté de médecine de Marseille. — Des concours s'ouvriront à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille : 1° le 5 avril 1937, pour un emploi de chef de clinique oto-rhino-laryngologique ; 2° le 31 mai 1937, pour un emploi de chef de clinique de chirurgie infantile. Conditions d'admission : Français ou naturalisé, moins de 40 ans, docteur en médecine. Inscriptions au moins 8 jours avant l'ouverture des concours, au secrétariat de la Faculté.

Faculté de médecine de Strasbourg. — Au cours de la séance de rentrée de l'Université, le titre de docteur *honoris causa* a été décerné à M. Albert Bessemans, professeur d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de médecine et recteur de l'Université de Gand.

Ministère de la Santé publique. — *Sanatoriums publics.* — Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur des sanatoriums publics pour le premier semestre de l'année 1937.

Les demandes seront reçues jusqu'au 19 décembre 1936 au ministère de la Santé publique (Direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

(*J. off.*, 19 novembre 1936.)

Guerre. — Un concours sera ouvert le 25 janvier 1937 pour l'admission à l'emploi *d'infirmière stagiaire des hôpitaux militaires.* Inscription le 1er janvier au plus tard.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur du S. S. de la région ou au ministère de la Guerre (Direction du S. S., 1er bureau).

(*J. off.*, 19 novembre 1936.)

Légion d'honneur. — Au grade de chevalier : M. Adrien Saint-Ange Plet, des Laboratoires Drouet et Plet ; M. le Dr Davioud, médecin contractuel de l'Assistance médicale indigène de Madagascar, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui a trouvé la mort au cours d'une tournée médicale en avion.

Maladies contagieuses. — Le *Journal officiel* du 17 novembre publie le décret suivant :

Art. 1er. — Le paragraphe 3 de l'article 2 du décret du 16 mai 1936 est modifié comme suit :

« La lettre C ou la lettre T inscrite sur le carnet de déclaration, à la suite du nom de chaque maladie, indique le mode de désinfection exigé (C pour la désinfection en cours, T pour la désinfection terminale). La désinfection est assurée au choix des familles, soit par leurs soins, soit par une entreprise privée et dans ces deux cas sous la direction du médecin et le contrôle de l'inspecteur départemental d'hygiène, soit enfin par les services publics. »

Le budget de l'Assistance publique. — Le Conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique réuni, sous la présidence de M. Raoul Bompard, conseiller honoraire à la Cour de cassation, a approuvé le projet de budget pour 1937.

Il a exprimé sa satisfaction du résultat du compte de 1935 qui se solde par un boni de 17 millions.

Le Conseil a constaté que le prix de journée dans les hôpitaux de Paris avait été en chiffres ronds : de 36 francs en médecine et 38 francs en chirurgie, alors qu'il atteignait à Marseille 44 et 48 francs ; à Lyon 37 et 39 francs.

En 1921, la journée d'hospitalisation coûtait : à Paris, 17 fr. 20 et 19 francs ; à Marseille 16 fr. 02 et 16 fr. 90 ; à Lyon 13 fr. 95 et 14 fr. 55.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris (1936-1937). — *Conférences du dimanche* (10 heures, petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine). — Programme pour le premier trimestre 1936-1937.

22 novembre. — M. Bariéty : Septicémies à puenmocoques.

29 novembre. — M. Siredey : Diagnostic précoce du cancer utérin.

6 décembre. — M. René Bénard : L'éréthisme cardiaque des adolescents, son importance au point de vue individuel et social.

13 décembre. — M. Cattan : Les septicémies à gonocoques.

20 décembre. — M. Huber : Les règles de la sélection des enfants convalescents et tuberculeux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

Thèses soutenues pendant l'année 1935-1936 (1).

Doctorat d'Etat. — 84 (de 1935). Arnault. — Contribution à l'étude des accidents cutanés de l'agranulocytose.

85 (de 1935). Auclair. — De l'état de l'urée chez les délirants.

80 (de 1935). Balaize. — Etude du réflexe oto-cardiaque.

8. Balme (Mlle). — Traitement des enfants à Chatel-Guyon.

91 (de 1935). Bayle. — Contribution au traitement des lymphangites aiguëes par le Dibromoxymercurofluorescéine.

47. Becq. — De l'hypertension cranienne.

39. Bergès. — Les tumeurs malignes de la rétine.

78 (de 1935). Bernard (Jean). — Contribution à l'étude de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.

12. Bernard (Paul). — Des cellulo-névrites aiguës primitives.

86 (de 1935). Berthéol. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'arthrite sèche déformante.

17. Biboulet. — Contribution à l'étude du traitement radiothérapique des leucémies et de la maladie de Hodgkin-Sternberg.

82 (de 1935). Blanchet. — Contribution à l'étude du traitement du diabète.

46. Bouriannes. — Les accidents nerveux au cours du cancer primitif du poumon.

74 (de 1935). Brustier (Mlle). — Sang et fatigue. Contribution à l'étude du syndrome hématologique et humoral de la fatigue après splecnotomie

55 Bucher. — Les manifestations d'hyperthyroïdie dans le goître plongeant et dans le goître endothoracique.

22. Buzy. — Contribution à l'étude du traitement de la rétroversion utérine par le procédé de Baldy-Dartigues.

40. Carrière-Montjosieu. — Contribution à l'étude du diagnostic des kystes ovariens fistulisés.

88 (de 1935). Chapelo (Mlle). — A propos de quelques manifestations hémorragiques dans les maladies du foie (Les taches rubis.)

30. Chavoix. — Contribution à l'étude de la fistulisation des kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne.

11. Corre. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire après quarante ans.

23. Coussergues. — Contribution à l'étude de la toxémie appendiculaire.

93 (de 1935). Dambrin. — Le traitement chirurgical des cavernes de la base.

101 (de 1935). — Darbas. — L'hépatite amibienne à forme de fièvre ondulante.

79 (de 1935). Darnaud. — Recherches expérimentales et cliniques sur l'équilibre glycémique. Rôle de l'insuline.

31. Delmas. — Traitement des fractures de la colonne vertébrale dorso-lombaire par la méthode de Böhler.

5. Demarque. — Sémiologie et traitement des foyers phlegmoneux de la région sous-angulo-maxillaire.

103 (de 1935). Desrues. — Contribution à l'étude de la topographie pulmonaire des tuberculoses lobaires.

98 (de 1935). Donadieu. — Le traitement des infections à staphylocoques par le bactériophage.

99 (de 1935). Dousset. — Colibacillose et bactériuries chez l'enfant. (Essai sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement de ces affections.)

(1) Voir *Thèses de Lille*, n° 72, p. 1260. — *Thèses de Montpellier*, n° 76, p. 1321. — *Thèses de Strasbourg*. n° 76, p. 1323. — *Thèses de Marseille*, n° 77, p. 1339. — *Thèses d'Alger*, n° 85, p. 1472. — *Thèses de Hanoï*, n° 85, p. 1472.

58 (de 1935). Dunglas. — Luxation complète de l'os iliaque.

51. Escudié. — Les apophyses semi-lunaires des vertèbres cervicales et leurs articulations.

20. Espérou. — Ligamentopexie rétro-utérine transligamentaire (procédé de Baldy-Dartigues). Modification du professeur Mériel.

83 (de 1935). Ferrié. — L'emphysème cervical complication du pneumothorax artificiel et des sections de brides.

28. Fontanié. — Etude critique et indications générales du traitement de l'hypertrophie prostatique.

41. Fraiberg. — Contribution à l'étude des engorgements mammaires.

36. Ganne. — Contribution à l'étude clinique de l'appendicite pelvienne aiguë.

9. Geny. — Contribution à l'étude de l'actinomycose cervico-faciale dans la région toulousaine.

15. Gibert. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales tardives consécutives à l'appendicectomie.

44. Glories. — Contribution à l'étude des méningites primitives à pneumocoques.

7. Gouzy. — Etude anatomique de l'œsophage sous-diaphragmatique.

33. Granovschi. — L'opothérapie antéhypophysaire gonadotrope en clinique.

34. Grimal. — Contribution à l'étude du Sonéryl injectable en milieu chirurgical ainsi que dans le tétanos et le delirium tremens.

77 (de 1935). Gueunier. — Contribution à l'étude de l'allergie insulinique.

42. Haimovici. — Les fistules lombaires. Pathogénie et radio-diagnostic par l'huile iodée.

90 (de 1935). Herbelleau. — Contribution à l'étude de l'appendicite dans l'inversion à gauche de l'appareil cæco-appendiculaire.

49. Izard. — Cancers du dos de la main.

13. Jacquet. — Considérations sur les grossesses extra-utérines récidivantes.

35. Lachet. — Le test d'Adrich Mac-Clure aux différents stades de la phlébite chirurgicale et obstétricale.

48. Lacruche. — Traitement des brûlures par l'huile de foie de morue et l'héliothérapie.

54. Lagorce. — Les formes cliniques de l'occlusion intestinale au cours de la gestation, du travail et des suites de couches.

18. Lange. — Le cancer du pavillon de l'oreille.

26. Lapeyre. — Traitement de cas de syndromes de Volkmann par la sympathectomie périartérielle.

81 (de 1935). Laurent. — Contribution à l'étude des hématomes sous-duraux traumatiques.

92 (de 1935). Lo. — Contribution clinique et expérimentale à l'étude du labyrintho-traumatisme électrique.

24. Lu-Van-Xuong. — Contribution à l'étude de l'épithélioma des paupières.

4. Mabrut. — Les blessures de la moelle cervicale par armes à feu.

3. Malbosc. — Le pneumo-péritoine post-opératoire.

96 (de 1935). Martin (Robert). — Traitement conservateur des fractures ouvertes.

97 (de 1935). Martre. — Contribution à l'étude des troubles du myocarde au cours de la gonoccémie.

52. Maupeu. — Contribution à l'étude du traitement rœntgenthérapique de l'acné.

1. Miélot. — L'utilisation de l'hydrate de chloral dans l'anesthésie. Ses indications, ses résultats.

19. Molinier. — Contribution à l'étude des tumeurs encéphalo-méningées à cholestérol.

38. Moscovici. — Les hémorragies du Douglas d'origine génitale en dehors de la grossesse ectopique.

45. Nahmanovici. — Des indications thérapeutiques dans les fractures diaphysaires fermées du fémur.

27. PAZIAUD (Mme). — Etude anatomique de la luxation congénitale de la rotule.
2. PENNETIER. — Névralgies du trijumeau et lésions dentaires.
62 (de 1935). PIOLLET. — L'équilibre du bassin en orthopédie.
95 (de 1935). — POUGNET. — Syndromes péritonéaux au début et au cours du rhumatisme articulaire aigu.
94 (de 1935). POULAIN. — Contribution à l'étude radiologique de l'estomac après gastrectomie pour ulcère.
10. POUY. — Les eaux de Capvern. La cure de diurèse. Les indications.
6. PRADEL. — Allongement hypertrophique du col de l'utérus.
87 (de 1935). PRELLE. — Le facteur endocrinien dans la pathogénie de l'hypertension artérielle, de l'hypertension intracranienne, l'artério-sclérose précoce. Rôle de l'hypophyse.
37. ROBERT. — La suppuration des kystes branchiaux.
29. ROCHE. — Contribution à l'étude clinique de la maladie de Hodgkin chez l'enfant.
102 (de 1935). RONDIER. — Contribution à l'étude de l'ostéite fibro-géodique de Recklinghausen.
14. ROUBILLE. — Etude médico-légale et expérimentale de l'élimination des doses toxiques d'alcool.
50. ROUMIGUIÈRES. — Contribution à l'étude des polynévrites urémiques.
21. ROUX. — Les diabètes à début brusque.
25. SEMONSUT. — Prénicectomie préalable ou thoracoplastie d'emblée.
16. SUBREVILLE. — Le traitement de la maladie de Basedow et des états hyperthryroïdiens par la Diiodotyrosine.
100 (de 1935). VIGIER. — Contribution à l'étude des complications sinusiennes de l'extraction dentaire.
43. VILLARD. — Action pharmaco-dynamique et clinique de l'Yohimbine et de ses dérivés.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 146. ANKLEWICZ. — Contribution à l'étude des formes hypersomniques de l'hypoglycémie.
143. AOUN (Raafat). — Contribution à l'étude de la rupture traumatique du tendon de la longue portion du biceps brachial.
142. BAHRANY. — Contribution à l'étude du trachome.
144. BERJAOUI. — Contribution à l'étude des effets nocifs de l'alcool sur le foie.
147. BURSZTYN. — Les métastases dans le cancer du sein. (Vraies et fausses métastases.)
145. DIMITROFF. — Anévrisme du tronc commun brachéo-céphalique.
151. KLEINAS. — Sur le traitement des fractures diaphysaires des os de l'avant-bras.
150. KOURTEFF. — Etude du canal de Parinaud.
149. MAIROFF. — Hygroma tuberculeux trochantérien primitif.
156. NESSIM. — Cancer du col de l'utérus et parité.
155. PACHOLDER. — Obésités et lipodystrophies insuliniques.
153. PAPAZOFF. — Phlegmons de la région sus-hyoïdienne.
148. SZKLOWIN. — Contribution à l'étude des androgynoïdes.
154. TARAKAJI. — Contribution à l'étude de la leishmaniose cutanée. Le Bouton d'Orient en Syrie.
152. VASERMAN. — Maladie de Basedow et grossesse.

Erratum. — Dans la liste des thèses d'HANOÏ (*Gaz. Hôp.*, N° 85, 24 octobre 1936, p. 1472), ajouter :

8. NGUYEN TRONG HIEP. Etudes sur l'avenir chirurgical des dysentériques et des colitiques tropicaux.

LIVRES NOUVEAUX

Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines, par le professeur P. NOBÉCOURT (1). — Les anomalies de croissance staturale, qu'il y ait défaut ou excès, posent nombre de problèmes cliniques et thérapeutiques, de même les amaigrissements et les obésités. Reprenant quelques leçons antérieurement publiées, auxquelles s'ajoutent un grand nombre d'observations récentes, l'auteur emploie à la solution de ces problèmes les travaux de ces dernières années.

Comment établir la séméiologie d'un cas particulier? comment compléter les résultats de l'examen clinique avec les renseignements fournis par la radiologie et l'anthropométrie pour classer les faits observés et surtout pour y démêler ce qui revient à chacun des facteurs étiologiques si habituellement associés dans la pratique ? telle est la tâche que s'est tracée l'auteur. On sait l'influence des divers facteurs endocriniens, mais, si importante et si diverse qu'elle soit, on ne saurait négliger d'autres éléments (lésions nerveuses, affections d'autres appareils non glandulaires).

Les périodes prépubérale et pubérale chez la petite fille, avec leurs anomalies et les accidents, sont aussi l'objet de chapitres importants.

Dans tous les cas, seul l'examen clinique permet une conduite appropriée du traitement, mais il faut ne pas perdre de vue que la thérapeutique la mieux fondée demeurera inefficace si elle ne s'adresse à l'organisme pendant la période toujours limitée où celui-ci est apte à fournir la réponse appropriée.

Comme dans les volumes qui les ont précédées, on trouvera dans les présentes leçons cliniques l'esprit de clarté et surtout l'appropriation aux besoins de la pratique qui leur ont donné la place qu'ils tiennent parmi les meilleurs études pédiatriques françaises du temps présent.

L. BABONNEIX.

Le diabète sucré (2), par le professeur E. RATHERY.

L'auteur réunit ici en un important volume une série de leçons professées à la Clinique de la Pitié en 1934-1935, où il étudie un certain nombre de problèmes théoriques et surtout pratiques touchant le diabète sucré. Que faut-il considérer comme traits fondamentaux du diabète ? Les divers états diurétiques. Etude des variations spontanées de la glycémie durant le nycthémère et de leurs causes. Valeur comparée pour la conduite du traitement de la glycémie et de la glycosurie. Le coma diabétique, ses modifications humorales, son traitement. Ses relations avec la tuberculose pulmonaire. Les divers comas du diabète. Les diverses gangrènes du diabète et leurs traitements. La glycosurie, le diabète et la grossesse. On y trouvera une discussion critique des notions théoriques les plus importantes de physiologie pathologique et leur groupement en vue de diriger le médecin dans son diagnostic et dans l'établissement des indications thérapeutiques. La préoccupation maîtresse est d'éliminer tout ce qui n'offre pas encore au clinicien une base essentiellement pratique et de sérier les problèmes pour en faciliter la solution.

L. BABONNEIX.

L'action antiseptique du sulfate neutre d'o-oxiquinoléine (Sunoxol) vis-à-vis du bacille de Löffler. Son application au traitement des porteurs de germes diphtériques. — Thèse de M. A. GAYRAUD pour l'obtention du diplôme de docteur de l'Université de Montpellier (mention pharmacie). In-4° de 68 pages. A Montpellier, imprimerie de la Charité, 1935.

(1) Paris, Masson et Cie, 1936.
(2) Paris, J.-B. Baillière et fils, 1936.


LES NEIGES

La première infection tuberculeuse et son étape initiale chez les petits enfants (1)

Par le professeur P. NOBÉCOURT

Quand les bacilles de Koch pénètrent dans un organisme jusque-là indemne, tantôt ils sont rapidement détruits ou éliminés, tantôt ils s'installent, se multiplient et réalisent des lésions.

Cette *première infection tuberculeuse* ou, pour employer une expression courante, cette *primo-infection*, doit être bien différenciée des *réinfections*, qui peuvent se produire dans la suite, et sont soit *exogènes*, soit *endogènes*.

Pendant une première phase, les bacilles ne traduisent leur présence par aucune manifestation clinique ou anatomique appréciable. Pendant une deuxième phase, des lésions s'installent ; elles restent occultes ou provoquent divers symptômes.

On appelle ces deux phases, la *période d'incubation* et la *période d'invasion*. On appelle encore celle-ci la *période primaire*, qui correspond à la constitution de la *lésion primaire*.

Ces deux périodes constituent la *première étape de l'infection tuberculeuse*.

Une fois la lésion primaire constituée, l'infection tuberculeuse peut se comporter de façons différentes.

Tantôt la lésion primaire s'arrête dans son évolution et, à la longue, subit une transformation calcaire; les bacilles y restent contenus ; la tuberculose ne dépasse pas le stade primaire.

Tantôt les bacilles dépassent la lésion primaire et la tuberculose entre dans sa *période secondaire*. Les processus de cette période sont divers.

Au niveau du poumon ou d'un ganglion intra-pulmonaire, les bacilles peuvent gagner de proche en proche ; la lésion forme, en quelque sorte, tache d'huile et réalise une pneumonie caséeuse. Ou bien les bacilles s'essaiment soit dans le voisinage du nodule primaire, soit le long de l'arbre bronchique et réalisent des broncho-pneumonies caséeuses. Dans d'autres circonstances, les lésions sont plus banales et réalisent des spléno-pneumonies, des syndromes de congestion pulmonaire ou pleuro-pulmonaire.

Au niveau des ganglions péritrachéo-bronchiques, l'infection peut gagner de proche en proche et réaliser des tuberculoses ganglionnaires plus ou moins volumineuses.

Enfin, les bacilles peuvent gagner la circulation sanguine, se répandre dans l'organisme, réaliser une granulie pulmonaire, une granulie généralisée, une granulie méningée.

Tantôt cette diffusion bacillaire se fait très tôt, alors que la lésion primaire est à peine constituée et continue d'évoluer. La période secondaire est *précoce ;* les manifestations primaires et secondaires s'intriquent ; on peut parler d'une *période primo-secondaire*.

Tantôt la diffusion des bacilles se fait longtemps après la constitution de la lésion primaire et même alors que celle-ci paraît éteinte. La période secondaire est *tardive*.

Telle est la conception générale de la maladie tuberculeuse. Elle mérite d'être conservée, à la condition de la considérer comme un schéma et de ne pas lui accorder une valeur trop absolue ; en clinique, bien des faits trouvent difficilement leur place dans ce cadre.

Il n'est pas dans mes intentions de faire un exposé didactique des problèmes que pose la conception générale de la maladie tuberculeuse. Je ne m'occuperai que de la PREMIÈRE ÉTAPE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE.

Elle comprend, nous l'avons vu, la *période d'incubation* et la *période d'invasion* ou *période primaire*.

En clinique, il est bien difficile et même impossible de fixer la limite entre ces deux périodes, de dire quand apparaît la lésion, qui marque le début de la seconde. Cette division est plus théorique que réelle.

Il est préférable de prendre le point de repère fourni par la constatation de la première réaction cutanée positive à la tuberculine, recherchée par la méthode de Von Pirquet ou par la méthode de Mantoux. La première réaction positive traduit l'apparition de l'*allergie ;* elle marque la fin de la *période anté-allergique*, qui commence au moment de la pénétration dans l'organisme des bacilles de Koch.

Cette période, d'après les recherches publiées, en 1920, par MM. Robert Debré et P. Jacquet, dure de trois à huit semaines, mais peut être soit plus longue, soit plus courte. Pour le professeur Marfan, elle est, en général, de vingt à trente jours et oscille entre six jours et quatre mois.

Le point de repère précis donné par la première réaction cutanée positive est précieux pour l'étude des manifestations cliniques de la première étape de l'infection tuberculeuse.

Celle-ci doit être poursuivie séparément pendant la *première enfance*, d'une part, pendant la *deuxième* et la *troisième enfances*, d'autre part, et enfin pendant la *jeunesse* et l'*âge adulte*.

Je parlerai aujourd'hui de la première enfance et, samedi prochain, de la deuxième et de la troisième. Je ne m'occuperai pas des jeunes gens et des adultes.

***

La PETITE OU PREMIÈRE ENFANCE est la période de l'existence comprise entre la naissance et 2 ans ou 2 ans et demi. Elle est le terrain de choix pour l'étude de la première infection tuberculeuse.

Très rares sont, en effet, les enfants infectés, pendant la vie intra-utérine, par la voie transplacentaire, atteints de *tuberculose congénitale*.

En règle générale, l'infection se réalise après la naissance, la *tuberculose* est *acquise*.

(1) Clinique médicale des enfants (Hôpital des Enfants Malades). Leçon du 14 novembre 1936.

La recherche systématique des RÉACTIONS CUTANÉES A LA TUBERCULINE établit la fréquence avec laquelle se réalise l'infection tuberculeuse chez les petits enfants.

Je ne puis vous citer toutes les statistiques. Voici celle que j'ai publiée, avec le Dr Briskas, dans *La Presse médicale* du 19 septembre 1936, où nous avons étudié les *Cutiréactions à la tuberculine chez les enfants de la naissance à 2 ans* entrés à la *Clinique* du 1er janvier 1921 au 31 décembre 1935.

Ont des cutiréactions positives à la tuberculine :

0,4 enfants, sur 100 enfants, de la naissance à 3 mois;
4,3 — 3 à 6 mois ;
5,6 — 6 à 9 mois ;
8,1 — 9 à 12 mois ;
11,9 — 12 à 18 mois ;
13,6 — 18 à 24 mois.

Il est permis de penser que ces pourcentages sont ceux des premières infections. Le fait est à peu près certain pour les premiers mois et même pour les derniers mois de la première année. Il l'est également pour la deuxième année, car la plupart des enfants, qui, avant un an, ont des cutiréactions positives, meurent rapidement ; ces enfants ne se retrouvent pas dans la deuxième année.

Dans la très grande majorité des cas, l'enfant contracte la tuberculose par *contagion interhumaine* ; très souvent il la contracte dans son milieu familial, au contact d'un parent tuberculeux.

La contagion par un *lait de vache tuberculeuse*, lait chargé de bacilles, est exceptionnelle dans les conditions où est réalisé actuellement l'allaitement artificiel.

La VOIE DE PÉNÉTRATION des bacilles de Koch dans l'organisme a été l'objet de nombreuses discussions.

D'après la *théorie classique* édifiée par Parrot, Victor Hutinel, Georges Küss, en France ; par Cornet, Flügge, Ghon, en Allemagne, et par bien d'autres, les bacilles suivent la *voie aérienne*. Ils se fixent à l'extrémité d'une bronchiole et dans les alvéoles voisines, où ils colonisent. Ils déterminent la formation d'un *tubercule d'inoculation*, qu'on compare volontiers au *chancre d'inoculation* de la syphilis. En même temps, ils gagnent par la voie lymphatique, le ganglion péribronchique correspondant et y réalisent la formation d'un tubercule, qui est de même âge que le tubercule pulmonaire. Cette association constante des deux lésions a conduit Parrot à formuler, en 1876, la *loi de l'adénopathie similaire*.

Pour Behring et pour Albert Calmette, les bacilles suivent la *voie digestive* et pénètrent à travers la muqueuse intestinale. Vous pouvez lire l'exposé de la conception de Calmette dans l'Introduction qu'il a écrite, en 1933, dans le livre de MM. Armand-Delille, Ch. Lestocquoy et Hené Huguenin sur *La tuberculose pulmonaire et les maladies de l'appareil respiratoire de l'enfant et de l'adolescent*. Pour lui, « le soi-disant chancre d'inoculation pulmonaire,... considéré... comme le lieu d'inoculation primitive, est en réalité toujours secondaire », la tuberculose pulmonaire n'apparaît que bien après la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques et la loi de Parrot est une erreur.

J'avoue que les arguments développés par Calmette ne m'ont pas convaincu ; sa conception est peut-être justifiée pour les bovidés, elle ne l'est pas pour le nourrisson. Elle est d'ailleurs critiquée par de nombreux auteurs.

La plupart des pédiatres restent fidèles à la théorie aérienne.

En 1927, dans *La tuberculose médicale de l'enfance*, MM. Maurice Péhu et André Dufourt écrivent : « La pénétration par l'intestin ne nous semble soutenable que dans un minimum de cas ».

Les bacilles de Koch peuvent encore pénétrer par la conjonctive, le nez, le pharynx, la peau ; mais ce ne sont pas les voies habituelles.

On peut conclure, comme le fait le professeur Marfan, en 1931, dans la deuxième édition de la première série de sa *Clinique des maladies de la première enfance* : « En somme, le bacille de la tuberculose peut pénétrer par toutes les surfaces du corps en contact avec le milieu extérieur ; mais sa porte d'entrée habituelle siège aux alvéoles du poumon ; vient ensuite la muqueuse des premières voies : bouche, nez, pharynx ; la pénétration par l'intestin paraît plus rare ; l'infection par la peau est exceptionnelle ».

Dans la grande majorité des cas, la lésion primaire de la tuberculose est un tubercule isolé du poumon avec tubercule similaire dans un ganglion péribronchique correspondant. Cette lésion se rencontre dans 100 p. 100 des cas, d'après Georges Küss, dans 88 ou 89 p. 100 des cas d'après Ghon et d'après M. Ribadeau-Dumas. En 1934, dans son livre sur *La primo-infeccion tuberculosa*, M. Emiliano Eizaguirre la trouve dans 80 p. 100 des cas.

D'après M. Ribadeau-Dumas, la lésion initiale est une alvéolite à tendance nécrotique, limitée à quelques acinis ou étendue à quelques lobules ; il s'agit d'un processus de pneumonie caséeuse.

Une fois qu'il est constitué, le tubercule ou nodule caséeux a un volume très différent : il peut être gros comme une tête d'épingle, une lentille, un pois, une petite noisette. Le ganglion présente les mêmes caractères ; souvent il est plus gros.

Dans des cas plus rares, la lésion primaire occupe, soit par extension progressive, soit d'emblée, une partie d'un lobe ou un lobe tout entier.

Le nodule primaire est généralement unique. Il peut siéger dans les différentes régions du parenchyme pulmonaire, le plus souvent à droite ; dans un quart ou un tiers des cas, il est dans la région hilaire.

Je ne veux pas m'arrêter plus longtemps sur ces considérations étiologiques et anatomiques. Je devais vous donner un résumé des faits pour vous montrer que, chez le nourrisson, la lésion primaire est ganglio-pulmonaire ; c'est l'exploration des régions hilaire et péri-hilaire par la percussion, l'auscultation et surtout la radiographie qui éclaire le diagnostic de la tuberculose pendant la première étape.

***

Etudions maintenant les MANIFESTATIONS CLINIQUES de la première étape de la tuberculose pendant la petite enfance.

Pour les apprécier à leur juste valeur, on recueille

dans un service de médecine générale peu d'observations utilisables. La plupart des malades, en effet, entrent à l'hôpital avec des cutiréactions positives à la tuberculine ; il est donc impossible de préciser l'ancienneté de leur maladie et le stade qu'elle a atteint.

Il convient de retenir seulement les malades chez qui on a constaté une ou plusieurs cutiréactions négatives, puis qui, à une date donnée, ont une cutiréaction positive. On peut alors savoir s'ils ont présenté des manifestations attribuables à la tuberculose pendant la période anté-allergique et au début de la période allergique.

Une autre difficulté résulte du fait que beaucoup de petits tuberculeux ont des troubles gastro-intestinaux subaigus ou chroniques, des rhino-pharyngites et des bronchites banales, du rachitisme, des pyodermites, qui peuvent intervenir dans l'amaigrissement ou les états fébriles qu'ils présentent souvent.

Etudions la PÉRIODE ANTÉ-ALLERGIQUE et le DÉBUT DE LA PÉRIODE ALLERGIQUE.

Le plus souvent la tuberculose reste *silencieuse.*

Voici deux exemples.

Le premier exemple est l'observation d'un bébé que j'ai présenté, le 7 mai 1927, dans une leçon sur *Les tuberculoses apyrétiques des nourrissons*, publiée dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré à *La Tuberculose.*

Geneviève naît à terme le 20 janvier 1927. Ses parents se disent bien portants.

Elle est nourrie au sein jusqu'à 2 mois, puis avec du lait de vache. Elle a, dès lors, des vomissements et de la diarrhée verte.

Elle entre à la salle Husson, le 26 avril, pour ces troubles digestifs et de la toux, qui a débuté une huitaine de jours auparavant.

Elle est âgée de 2 mois et 3 semaines. Elle mesure 59 cm. et pèse 5 kg. 380 ; sa taille et son poids sont moyens pour son âge. Elle est pâle et présente une ébauche de bourrelet costal, signe d'un début de rachitisme ; ses selles sont normales.

Sa température est normale : 37°-37°2.

A l'examen du thorax, on constate : en avant, une matité un peu élargie, au niveau du manubrium sternal ; en arrière, à gauche, dans l'espace interscapulo-vertébral et la partie interne de la région sus-épineuse, de la submatité, de la résistance, un souffle inspiratoire et expiratoire.

Sur la radiographie du thorax, on voit une ombre thymique un peu agrandie ; dans le champ pulmonaire droit, quelques taches sombres le long de l'ombre cardiaque ; dans le champ pulmonaire gauche, une obscurité légère dans la partie supérieure et quelques taches opaques le long du bord gauche du cœur.

La cutiréaction à la tuberculine, les réactions de Bordet-Wassermann (H^7) et de Hecht sont négatives.

Les jours suivants, le poids augmente et atteint 5 kg. 690 le 6 mai.

La température reste apyrétique : elle réalise le type monotherme.

Mais, le 2 mai, six jours après la première, une nouvelle cutiréaction à la tuberculine est positive.

Dans la suite, surviennent des poussées fébriles, des vomissements, de la diarrhée, de l'amaigrissement.

L'enfant meurt le 15 mai, à 3 mois 20 jours, de ses troubles digestifs.

L'autopsie ne peut être faite.

Somme toute, Geneviève a été infectée par le bacille de Koch à un âge que nous ignorons. Elle a présenté une dyspepsie gastro-intestinale banale, attribuable au sevrage prématuré.

Nous la voyons à la fin de la période d'antéallergie. Elle est apyrétique et n'a pas maigri.

Déjà, avant la première cutiréaction positive à la tuberculine, on constate à la percussion, à l'auscultation et à l'exploration radiologique du thorax des signes de condensation ganglio-pulmonaire.

Le second exemple est celui de David.

Ses parents et deux frères sont bien portants.

Il naît le 13 juin 1929.

A 5 mois, il a la coqueluche.

Le 4 février 1930, il est pris de fièvre, de dyspnée. Ces symptômes persistent ; la température s'élève jusqu'à 40°2.

David entre à la salle Husson, le 10 février.

Il est âgé de 8 mois. Il mesure 67 cm. 5 et pèse 6 kg. 970. La fièvre a presque complètement disparu ; à partir du 12, la température est normale. A la base droite et au niveau de la région supérieure gauche, on constate des foyers de râles sous-crépitants.

Nous trouvons des bacilles diphtériques dans le pharynx.

L'enfant est envoyé dans le service de la diphtérie.

Il en revient le 23 février. Il est apyrétique et pèse 6 kg. 700.

Deux cutiréactions à la tuberculine, faites les 10 et 24 février, sont négatives.

L'enfant quitte l'hôpital le 27 février.

Il revient, le 4 avril, pour de la pyodermite et en sort le 8 avril. Il est apyrétique, mesure 68 cm. et pèse 6 kg. 730.

La cutiréaction est positive.

Dans l'espace interscapulo-vertébral droit on constate une submatité légère, une respiration un peu forte, plus soufflante que de l'autre côté.

Sur la radiographie du thorax on voit : à gauche, une ombre bordant l'angle cardio-vasculaire avec deux petits nodules opaques ; à droite, quelques petites taches le long du cœur.

Comme l'établissent ces deux observations, la période anté-allergique et le début de la période allergique de la tuberculose peuvent ne se révéler par aucun trouble subjectif ou fonctionnel. Le bébé ne tousse pas, n'a pas de gêne respiratoire, est apyrétique, ne maigrit pas ou même augmente de poids. S'il est dans de bonnes conditions d'existence, il peut conserver un aspect floride. On est souvent surpris de constater une cutiréaction positive à la tuberculine, que rien ne laissait prévoir.

Toutefois, dès ce moment, on peut constater des signes discrets de tuberculose ganglio-pulmonaire : submatité avec résistance, respiration soufflante dans une des régions interscapulo-vertébrales ; élargisse-

ment d'une ombre hilaire, petits nodules opaques à ce niveau.

Ces signes physiques témoignent que la lésion primaire s'est installée pendant la période anté-allergique et a acquis une certaine importance quand la période allergique commence.

Chez certains bébés, pendant la fin de la période anté-allergique et le début de la période allergique, la tuberculose ne reste pas absolument silencieuse, elle se traduit par une *symptomatologie discrète*. Les bébés peuvent présenter une fièvre légère, une stagnation ou une diminution du poids, un peu de diarrhée ; ces symptômes peuvent précéder la première cutiréaction positive. Suivant la remarque de MM. Maurice Péhu et André Dufourt, « la première cutiréaction positive retarde de quelques jours sur les signes cliniques précédents ».

Voici une observation de ce type clinique.

Christiane a des parents, ainsi qu'un frère et une sœur, bien portants.

Elle naît le 28 novembre 1926.

A partir de 6 mois, elle fréquente une crèche.

Elle se porte bien jusqu'à un an. Alors elle commence à perdre l'appétit et à pâlir ; plus tard, elle a de la diarrhée et des vomissements.

Elle entre à la salle Parrot, le 4 juin 1928, pour ces troubles digestifs et de la fièvre.

Elle est âgée de 1 an 6 mois.

Elle mesure 69 cm. 5 et pèse 8 kg. 200. Elle est très pâle et présente des déformations rachitiques. Son pharynx est un peu rouge. Ses selles sont liquides ou mal liées, verdâtres.

La fièvre cesse rapidement. Sous l'influence du régime alimentaire, de l'ergostérol irradié et des préparations calciques l'état s'améliore.

Le poids et la taille augmentent, ils atteignent 72 cm. et 9 kg. 250, le 28 septembre, à 1 an 10 mois.

Les examens ne révèlent rien de particulier ; il en est ainsi notamment, le 6 septembre, pour une radioscopie du thorax.

Du 4 juillet au 25 septembre, 11 cutiréactions à la tuberculine sont négatives.

Le 30 septembre, l'enfant, qui était habituellement apyrétique, présente, le soir, une élévation de la température à 38°4 ; la fièvre persiste autour de 38°, avec un clocher à 38°9, le soir du 2 octobre ; le 4 octobre elle revient à la normale et y demeure.

On ne trouve aucune explication à cette fièvre. Mais, le 2 octobre, la cutiréaction qui était encore négative le 25 septembre, devient positive.

La santé ne paraît d'ailleurs pas autrement altérée. L'enfant reste apyrétique ; il grandit et augmente de poids : le 23 octobre, à 1 an 11 mois, il mesure 73 cm. et pèse 9 kg. 550.

Le 14 octobre, on obtient une seconde cutiréaction positive à la tuberculine.

L'enfant quitte l'hôpital le 23 octobre.

Nous ne connaissons pas la date de l'infection tuberculeuse. Pendant les deux mois et demi, où les cutiréactions sont négatives et qui correspondent à la période anté-allergique, puis pendant les trois semaines qui suivent la première cutiréaction positive et qui correspondent au début de la période allergique, il n'existe aucun symptôme éveillant l'idée de la tuberculose. sauf la fièvre légère de quelques jours, quand apparaît l'allergie.

Il y a des cas où à la fin de la période anté-allergique et au début de la période allergique, les symptômes généraux et les signes physiques prennent une importance plus grande que dans ceux que j'ai envisagés jusqu'ici.

C'est ce que nous avons observé chez Gaston.

J'ai relaté son histoire dans ma leçon du 24 janvier 1931, publiée pr le *Journal des Praticiens* du 16 mai, sur *Le pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire de la première enfance*.

Il naît le 28 août 1927.

Il n'y a pas de tuberculeux dans sa famille.

A partir d'un an, il présente des troubles digestifs.

Il entre à la salle Bouchut le 23 octobre 1928, à 1 an 2 mois.

Il est apyrétique.

Les cutiréactions à la tuberculine sont négatives le 23 octobre et le 9 novembre.

Le 13 novembre apparaît de la fièvre ; la courbe de la température rappelle plus ou moins celle d'une fièvre typhoïde.

Le 23 novembre, la cutiréaction devient positive. A l'examen du thorax, nous constatons, à gauche, de la submatité dans le tiers moyen de l'hémithorax et des râles sous-crépitants fins dans tout le poumon.

L'enfant reste subfébrile, le poids varie peu. Les signes d'auscultation et de percussion ne se modifient guère.

Sur les radiographies, le hile gauche est obscur avec des petites taches opaques irrégulières. Peu à peu, l'ombre s'étend et envahit presque tout le parenchyme pulmonaire gauche ; elle consiste en une grisaille uniforme.

Les selles ne contiennent pas de bacilles de Koch.

Nous pensons qu'il s'agit d'un processus d'ordre spléno-pneumonique plutôt que d'un processus caséeux.

Cependant, le 5 février 1929, à 1 an 5 mois, nous commençons le pneumothorax. Il est entretenu pendant longtemps. L'enfant guérit.

Chez Gaston, il convient de signaler la précocité de ce syndrome pulmonaire, attribuable peut-être à une spléno-pneumonie, au moment où la cutiréaction devient positive.

A côté des modalités précédentes, qui sont les plus habituelles, il est d'*autres modalités* plus exceptionnelles. C'est ainsi que M. Ribadeau-Dumas a rencontré des bébés chez qui la lésion primaire consistait dans une pneumonie caséeuse, diffuse d'emblée, sans nodule initial ; cette pneumonie était la première manifestation clinique. Pendant la vie, il est impossible de préciser l'existence de cette modalité, car dans la règle, cette pneumonie est précédée d'un nodule initial et appartient à la période primo-secondaire.

La tuberculose est arrivée à la PÉRIODE ALLERGIQUE. Les réactions cutanées à la tuberculine sont devenues et restent désormais positives.

Je vous ai dit, tout à l'heure, les modalités diverses que peut revêtir, dès lors, l'infection tuberculeuse.

Pendant la petite enfance, très habituellement, presque toujours même dans la première année, l'infection tuberculeuse ne s'arrête pas au stade primaire. Tandis que la lésion primaire continue d'évoluer, on assiste à des manifestations précoces de la période secondaire, de la période primo-secondaire.

La tuberculose, en quelque sorte, brûle les étapes.

L'observation suivante, que j'emprunte au livre de MM. Armand Delille, Lestocquoy et Henri Huguenin, illustre bien cette notion.

Un enfant vit avec sa mère tuberculeuse.

A 10 mois, il a un poids satisfaisant ; une cutiréaction à la tuberculine est négative ; une radiographie du thorax ne révèle rien d'anormal.

Trois semaines plus tard, la cutiréaction est positive ; sur la radiographie du thorax on constate une ombre paracardiaque droite, assez étendue, à contours flous.

Ensuite, on assiste à l'extension rapide de l'ombre au tiers inférieur du poumon droit et à l'apparition de petites taches disséminées dans le champ pulmonaire gauche. Cet aspect est très net deux mois après la première radiographie.

A ce moment apparaissent des signes de méningite tuberculeuse et l'enfant meurt.

On trouve, à l'autopsie, une broncho-pneumonie caséeuse en grappe de raisin le long du pédicule du lobe inférieur droit et un petit nodule caséeux dans la bronche du lobe gauche, qui est probablement le foyer initial.

Je ne puis entrer dans la description des manifestations de la période primo-secondaire. Je ne m'occupe que du stade primaire.

Chez le nourrisson, l'extension rapide de l'infection tuberculeuse est la règle, tout au moins à l'hôpital.

Beaucoup moins habituel est l'arrêt du processus tuberculeux au stade de la lésion primaire. L'évolution de cette dernière est longue ; elle se termine par la calcification et l'enkystement des bacilles. Tantôt elle se poursuit sans manifestations cliniques appréciables ; tantôt elle se révèle par des manifestations discrètes.

Dans la première éventualité, la *tuberculose ganglio-pulmonaire reste occulte ou fruste.*

L'enfant ne paraît pas malade ; il n'a pas de fièvre, se développe régulièrement ; il peut même avoir les attributs d'une santé florissante. Les signes de percussion, d'auscultation, de radiologie sont peu nets ou même nuls. La cutiréaction positive à la tuberculine permet seule de diagnostiquer la tuberculose. On peut parler, avec le professeur Marfan, d'une *forme silencieuse, aboutissant d'emblée à la guérison clinique.*

A la vérité, cette forme est rare. MM. Robert Debré et Laplane l'ont rencontrée chez 15 % des nourrissons tuberculeux. Avec M. Jean Paraf, dans un mémoire *Sur la tuberculose du premier âge*, publié par *Paris Médical* du 6 janvier 1922, nous l'avons signalée dans 10 % des cas et nous avons fait remarquer que, sur les 6 bébés observés, 1 avait 5 mois, 2 avaient 9 et 11 mois, 3 avaient 13, 14 et 15 mois.

Dans la seconde éventualité, la *tuberculose ganglio-pulmonaire est avérée, mais reste discrète.* Le bébé peut rester apyrétique ; plus souvent il présente un état subfébrile persistant, la température variant de 36°9, 37°, 37°2 le matin, à 37°8 ou 38° le soir. Son poids reste stationnaire ou diminue. Son état général est plus ou moins affecté, son teint pâle. La percussion, l'auscultation, la radiologie révèlent des signes nets dans une région hilaire et périhilaire.

Dans l'une et l'autre éventualité, dans la forme occulte comme dans la forme discrète, il ne faut pas oublier que le processus est un processus en activité. De ce fait, l'évolution peut se modifier et les différentes manifestations de la période primo-secondaire apparaître.

Parmi ces manifestations, la méningite tuberculeuse mérite une mention spéciale. Celle-ci est souvent la cause de la mort chez les tuberculeux avérés. Souvent aussi, elle est cliniquement primitive ; elle s'installe chez des bébés paraissant être jusque-là en bonne santé, qu'on ne soupçonnait pas être tuberculeux. A l'autopsie, on constate les nodules primaires dans le poumon et le ganglion péribronchique.

Nous rencontrons souvent des faits de ce genre. Voici l'observation d'un bébé que nous avons soigné au début d'octobre.

Pierre est né le 8 mars 1936, à terme, avec un poids de 2 kg. 860.

Elevé au sein jusqu'à 2 mois, puis avec du lait sec et des bouillies maltées, il se développe régulièrement.

Le 29 septembre, en pleine santé apparente, il a des convulsions sans fièvre.

Le 2 octobre, il entre à la salle Husson. Il a 6 mois et 24 jours.

Il mesure 62 cm. et pèse 5 kg. 050.

Son état général est bon, son pannicule adipeux suffisant. Il n'a pas de fièvre.

Nous constatons les signes d'une méningite tuberculeuse.

Le liquide céphalo-rachidien coule difficilement; il est jaunâtre, contient beaucoup d'hématies et de lymphocytes.

On trouve dans l'espace interscapulo-vertébral droit de la submatité et une résistance légère, une respiration un peu rude.

La radiographie du thorax révèle : le long du bord droit du cœur, trois grosses taches opaques entourées d'une zone obscure ; à gauche, dans les régions sus et sous-claviculaires, une opacité diffuse.

La cutiréaction à la tuberculine est positive.

Les réactions de Bordet-Wassermann (H^8) et de Kahn sont négatives.

Le 8 octobre, l'enfant est emmené par ses parents. Il est toujours apyrétique.

Somme toute, ce bébé a une méningite tuberculeuse à forme hémorragique. Il ne paraissait pas malade. Cependant il présentait déjà des lésions ganglio-pulmonaires de la période primo-secondaire.

***

On ne saurait trop insister sur la GRAVITÉ de la première infection tuberculeuse chez les petits enfants.

Autrefois, la constatation, chez un nourrisson, d'une réaction cutanée positive à la tuberculine comportait presque toujours un pronostic fatal. Victor Hutinel et Léon Tixier, dans un rapport sur *La tuberculose latente des nourrissons, son diagnostic*, présenté au *Congrès international de la tuberculose*, tenu à Rome, en avril 1912, rapport paru, à la même date, dans la *Revue de la Tuberculose*, écrivent : « La plupart des nourrissons, chez qui l'on obtient une réaction positive, meurent rapidement. Il en est peu qui survivent plus de trois mois ». Ils basent leur opinion sur une statistique portant sur 39 nourrissons, soumis à l'épreuve de l'intradermoréaction.

Sur 100 nourrissons, chez qui on constate, pour la première fois, une réaction positive, 89,6 meurent dans un délai d'un mois, 7,6 dans un délai d'un à quatre mois, 2,5 survivent plus de 4 mois.

Depuis cette époque, beaucoup d'auteurs ont fait appel de ce jugement, considéré comme trop sévère.

Voici ce que j'ai observé à la *Clinique*, d'après la statistique que j'ai établie avec M. Briskas.

Nous considérons séparément la première année (les enfants ayant un an révolu étant exclus) et la deuxième année (les enfants ayant 2 ans révolus étant exclus).

Sur 249 enfants, *âgés de moins d'un an*, qui ont eu des cutiréactions positives à la tuberculine, 155, soit 62,3 %, sont morts à l'hôpital, la plupart moins de trois mois après la première constatation d'une cutiréaction positive ; 94, soit 37,7 %, ont quitté l'hôpital. Parmi ces derniers, presque tous étaient dans un état tel (méningite tuberculeuse, par exemple) qu'ils sont très vraisemblablement morts. Le taux de la mortalité est donc supérieur à celui qui vient d'être donné.

La mortalité, suivant les mois d'âge où a été constatée, pour la première fois, une cutiréaction positive, est de :

100 pour 100, quand la constatation a été faite dans les 1er, 2e et 3e mois ;

69 et 61 pour 100, quand la constatation a été faite dans les 4e et 5e mois ;

75 et 76 pour 100, quand la constatation a été faite dans les 6e et 7e mois ;

58 pour 100, quand la constatation a été faite dans les 8e et 9e mois ;

55, 45 et 42 pour 100, quand la constatation a été faite dans les 10e, 11e et 12e mois.

Sur 156 enfants, qui ont eu des cutiréactions positives à la tuberculine *pendant leur deuxième année*, 68, soit 43,5 %, sont morts à l'hôpital ; 88, soit 56,4 %, ont quitté l'hôpital.

La mortalité, suivant que la réaction a été constatée dans le premier ou le second semestre d'âge, est la suivante :

1er semestre	57,3 %
2e semestre	30,8 %

Parmi les enfants qui ont quitté l'hôpital, il en est qui ont dû mourir ultérieurement. Cependant un certain nombre d'entre eux (environ 16 % des sortants) avaient un bon état général.

De notre statistique, il résulte que la mortalité des bébés ayant des cutiréactions positives à la tuberculine est élevée et que cette mortalité diminue à mesure que l'âge, où est faite la première constatation, est plus avancé. En résumant la statistique précédente, on constate que la mortalité est de :

100 %, quand une cutiréaction positive est constatée avant 3 mois ;

70 %, quand une cutiréaction positive est constatée de 3 à 7 mois ;

51 %, quand une cutiréaction positive est constatée de 7 à 18 mois ;

30 %, quand une cutiréaction positive est constatée de 18 à 24 mois.

Cette conclusion est valable pour les bébés soignés à l'hôpital. Elle ne l'est peut-être pas pour ceux qui vivent dans d'autres conditions.

***

De l'exposé que je viens de faire retenez les notions suivantes.

1° La petite enfance est la période de la vie où on peut bien étudier la première infection tuberculeuse, car l'enfant ne naît qu'exceptionnellement infecté par le bacille de Koch.

2° Le début de l'infection tuberculeuse ne peut être précisé que par la recherche des réactions cutanées à la tuberculine, car, pendant les périodes d'incubation et d'invasion, elle reste généralement occulte. Les manifestations cliniques, quand elles apparaissent, ne se montrent guère qu'à la fin de la période anté-allergique et au début de la période allergique ; à ce moment, les lésions primaires sont déjà installées.

3° La lésion primaire, dans la très grande majorité des cas, consiste dans un processus d'alvéolite à tendance nécrotique qui aboutit à la constitution d'un nodule pulmonaire caséeux ; parallèlement se constituera un nodule semblable dans un ganglion péribronchique correspondant.

4° L'infection tuberculeuse peut s'arrêter au stade de la lésion primaire. Plus souvent, à peine est-elle constituée, que les bacilles se répandent soit dans les poumons, soit dans les ganglions, ou passent dans la circulation sanguine. Le stade primaire est dépassé ; la tuberculose passe au stade secondaire : les deux stades s'intriquent généralement de façon à réaliser une période primo-secondaire.

5° Cet envahissement secondaire précoce est très fréquent ; il est d'autant plus fréquent que l'enfant est plus jeune ; il devient plus rare à partir de 18 mois.

6° De ce fait, la constatation d'une réaction cutanée positive entraîne un pronostic grave ; toutefois, la gravité du pronostic diminue à mesure que la première constatation est faite à un âge plus avancé.

Nous verrons, samedi prochain, que, fort heureusement, la première infection tuberculeuse se comporte différemment, d'une façon générale, quand elle est réalisée pendant la deuxième et la troisième enfances.

Les formes malignes de la maladie rhumatismale chez l'enfant

Par H. GRENET,

On est accoutumé à considérer le rhumatisme articulaire aigu comme une maladie sérieuse en raison des lésions cardiaques qu'il laisse trop souvent à sa suite. Mais l'attention n'est pas toujours suffisamment attirée sur ses formes immédiatement graves, dont l'évolution continue sans pouvoir être arrêtée par le traitement, et qui risquent de conduire à la mort par la progression ininterrompue des accidents infectieux. Les manifestations articulaires sont, dans de tels cas, d'intensité et d'importance très variables: elles ne permettent en aucune manière de juger de la gravité. Le rhumatisme aigu est une maladie générale dont les manifestations articulaires ne sont que des symptômes, importants certes, mais pourtant contingents et inconstants : c'est pourquoi, avec nombre d'autres auteurs, au nom de rhumatisme articulaire, nous préférons celui de maladie rhumatismale ou de maladie de Bouillaud.

Que doit-on entendre par forme maligne ? Les principaux caractères de malignité me paraissent être: la diffusion des lésions viscérales, l'aggravation progressive des symptômes, la constance des lésions cardiaques, qui atteignent toujours le myocarde, la fréquence des autres localisations viscérales, en particulier pleuro-pulmonaires, l'insuffisance du traitement salicylé employé seul.

Etude clinique. — Je m'en tiendrai ici à l'étude des faits que j'ai personnellement observés. Qu'il me suffise de rappeler que la première description des formes malignes chez l'enfant a été donnée par Weill et Thévenot dans leur travail sur le rhumatisme viscéral, en 1907. Je renvoie pour plus de détails sur la question à la thèse de Mme Grenet-Cazamian (Paris, 1934).

Les formes malignes peuvent se rencontrer à tout âge ; elles ont une bien plus grande fréquence chez l'enfant : c'est d'ailleurs une notion classique que les formes infantiles du rhumatisme, souvent légères sous le rapport articulaire, se compliquent plus que les autres.

On peut distinguer des *formes malignes d'emblée*, et des *formes secondairement malignes*. Dans les premières, il s'agit d'une crise qui prend dès le début une allure sévère. Dans les secondes, c'est au cours de la crise que l'affection se transforme et revêt plus ou moins rapidement une marche grave. Dans tous les cas les grands symptômes sont à peu de chose près les mêmes.

Nous ne connaissons pas de circonstances étiologiques qui prédisposent spécialement à ces formes malignes. Ni les antécédents familiaux ou personnels, ni le terrain, ni le sexe ne semblent avoir d'influence sur ce point. Peut-être faut-il reconnaître à l'âge un peu plus d'importance ; Mme Grenet-Cazamian note que dans les formes secondairement malignes, on a le plus souvent affaire à un rhumatisme dont la première atteinte a touché un sujet très jeune (avant 7 ans dans 5 cas sur 6).

Prodromes. — Il n'est pas rare d'observer une *phase prodromique* assez nette, et cela surtout dans les formes malignes d'emblée : amaigrissement, anorexie, asthénie, pâleur, gêne de la marche, légère dyspnée d'effort alors qu'il n'existe encore aucun signe de lésion cardiaque. Cette période peut durer une semaine ; quelquefois elle se prolonge pendant quinze à vingt jours ; mais les troubles sont encore trop légers pour que le malade s'arrête et consulte le médecin.

Quant aux prodromes classiques du rhumatisme (angine, troubles digestifs) ils existent ici avec la même fréquence et les mêmes caractères que dans les formes les plus ordinaires.

Le début réel, dans les formes malignes d'emblée, est souvent assez brutal, arthrites très douloureuses, fièvre élevée.

Dans les formes secondairement malignes, les prodromes sont d'ordinaire moins nets. Pourtant le début de l'épisode malin est souvent marqué par l'apparition d'un caractère nouveau, qui traduit la diffusion de l'infection rhumatismale : élévation thermique brusque et reprise d'arthralgies, asystolie progressive, état infectieux grave, pouvant simuler une fièvre typhoïde, etc.

Il convient de relever un fait sur lequel insiste Mme Grenet-Cazamian, c'est que, presque toujours, les formes secondairement malignes sont observées chez des anciens rhumatisants, qui ont été atteints antérieurement d'une lésion cardiaque.

Les symptomes de malignité. — Les symptômes généraux ont ici une importance toute particulière ; ce sont eux qui traduisent souvent de la manière la plus frappante l'allure sévère de la maladie.

La fièvre est très variable. Tantôt, surtout dans les formes malignes d'emblée, la température est élevée, une brusque ascension thermique marquant le début de la maladie ; puis elle s'abaisse, quand on donne la médication salicylée, mais elle ne tombe pas complètement, et présente de temps à autre des recrudescences, en rapport souvent avec une nouvelle poussée sur les articulations ou avec une extension viscérale.

Il n'est pas rare de voir la température rester modérée, subfébrile, aux environs de 38, avec quelques irrégularités, quelques clochers à 39°.

Il est très important, dans tous les cas, de constater cette persistance de la fièvre : chez un rhumatisant, il convient de tenir un grand compte de cette courbe thermique qui s'abaisse sans doute sous l'influence de la thérapeutique, mais qui ne tombe pas

franchement ; et ces fébricules indéfiniment prolongées doivent toujours inciter à faire des réserves pour le pronostic et à craindre des accidents.

Le pouls suit à peu près la courbe thermique, mais il est bien plus influencé encore par l'état du cœur, et ses variations correspondent assez bien au degré de la décompensation cardiaque ; il est toujours accéléré, rarement normal, jamais ralenti.

La diurèse est le plus souvent diminuée ; elle est très basse surtout quand il y a des phénomènes d'asystolie. Les urines peuvent contenir de l'albumine, mais d'une manière inconstante, et presque toujours en petite quantité : des accidents rénaux se produisent parfois dans le rhumatisme, et j'en ai moi-même signalé ; mais ils sont rares, et les accidents malins ne sont pas souvent en rapport avec des phénomènes d'insuffisance rénale.

Le sang ne présente aucune modification caractéristique : l'anémie est constante, et porte à la fois sur le nombre des hématies et sur leur teneur en hémoglobine ; il ne semble pas que son degré soit en rapport avec la malignité ; la leucocytose est un peu élevée (10 à 12.000) et l'on constate une légère polynucléose (70 à 80 %), et quelquefois un certain degré d'éosinophilie.

L'azotémie est, dans quelques cas, assez élevée (0,85), sans lésions rénales décelables : nous pensons qu'il s'agit dans la plupart des cas d'une azotémie extra-rénale, par désassimilation azotée et par oligurie. Cependant, il ne faut pas oublier la possibilité d'une néphrite rhumatismale ; et j'ai rapporté, avec Delalande, un cas de néphrite azotémique et hypertensive, suivie de mort, au cours d'un rhumatisme chez un enfant.

J'ai pratiqué souvent des hémocultures chez les rhumatisants en période aiguë, et tout spécialement dans les formes malignes. La vérité m'oblige à déclarer que *jamais*, à quelque stade de la maladie que j'aie fait l'ensemencement, je n'ai obtenu un résultat positif. Certains ont été plus heureux ; et tout récemment encore R. Debré signalait que, en multipliant les hémocultures, on arrivait quelquefois à mettre en évidence un streptocoque non hémolytique et présentant tous les caractères du streptocoque viridans.

Par contre, j'ai à plusieurs reprises, et bien qu'il s'agisse d'une maladie bien plus rare, obtenu ainsi qu'il est classique, des cultures positives dans l'endocardite maligne lente, qui peut être une complication du rhumatisme, mais qui résulte d'une infection secondaire, et qui est en somme une nouvelle maladie, développée à la faveur du rhumatisme, dont elle demeure tout à fait différente.

Or nombre d'auteurs, surtout à l'étranger, admettent que le rhumatisme est d'origine streptococcique et qu'il n'y a pas de différence de nature entre le rhumatisme cardiaque évolutif et l'endocardite d'Osler. R. Debré et ses collaborateurs, M. Lamy et Mlle Jammet ayant eu, comme je viens de le rappeler, quelques résultats positifs, posent de nouveau la question sous une forme nouvelle. Il est, écrivent-ils, impossible d'assimiler l'une à l'autre la maladie de Bouillaud et l'endocardite maligne lente. « Toutefois, puisque le même germe est retrouvé dans la maladie de Bouillaud avec localisation cardiaque et dans l'endocardite maligne à évolution lente, puisque dans les deux cas, un sujet rhumatisant présentant une endocardite évolutive a le même germe dans le sang, — bien qu'il s'agisse ici d'un rhumatisme cardiaque qui est en train de guérir et là d'une évolution absolument fatale — on ne peut s'empêcher d'être frappé par certains liens cliniques et bactériologiques. N'est-on pas conduit à envisager une identité de nature profonde entre les deux maladies ? N'est-on pas autorisé à penser que les particularités symptomatiques et évolutives de l'une et de l'autre maladie tiennent en réalité à des différences dans l'état de sensibilité ou d'immunité où se trouve le sujet vis-à-vis du même genre infectant ? »

Il y a là sans doute des faits qu'il convient d'étudier et d'interpréter. Je me refuse pour ma part à accepter tout rapprochement entre l'endocardite maligne lente et le rhumatisme cardiaque, bien que celui-ci serve souvent de point d'appel à la première ; et je ne saurais considérer l'origine streptococcique de la maladie rhumatismale que comme une hypothèse tout à fait discutable.

Les symptômes de malignité dans le rhumatisme consistent pour une bonne part dans les caractères des *accidents viscéraux.*

Les arthralgies n'ont pas ici un très grand intérêt : leur intensité est très variable et sans aucun rapport avec la gravité de la maladie. Elles cèdent au salicylate de soude aussi bien que dans les formes les plus simples. Il est même des rhumatismes malins dans lesquels les arthralgies font complètement défaut.

Les symptômes cardiaques ont au contraire une extrême importance : je viens d'ailleurs d'y faire allusion en parlant des résultats de l'ensemencement du sang. Les formes simples du rhumatisme se compliquent souvent d'accidents cardiaques ; le développement à bas bruit d'une endopéricardite qui ne donne aucun symptôme de décompensation, et qui se manifeste par la persistance d'un souffle après la guérison de la maladie, ne saurait en aucune manière être considéré comme un signe de malignité. Mais il est des cas où la cardiopathie ne cesse d'évoluer. Il s'agit d'un rhumatisme cardiaque évolutif, suivant l'expression de Ribierre et Pichon. Ce qui est essentiel ici, c'est *l'atteinte du myocarde* ; elle est constante, et l'on peut dire que *le degré de la myocardite règle le pronostic.* Elle est presque toujours associée à une endo-péricardite, mais c'est elle qui domine la situation. L'assourdissement des bruits du cœur, le bruit de galop, la tachycardie, l'augmentation de la matité précordiale, en sont les principaux symptômes. Il peut être difficile de distinguer la myocardite, lorsqu'elle présente des signes accentués, d'une péricardite avec épanchement : la radiologie elle-même n'est pas toujours démonstrative ; dans plusieurs cas j'ai soupçonné un épanchement sur la foi d'une ombre large et peu battante, alors qu'il s'agissait de myocardite. Plus encore, on est tenté d'admettre une symphyse quand on voit s'installer une asystolie rapidement progressive, avec œdèmes, ascite, et très grosse

matité cardiaque ; l'examen radiologique peut montrer une ombre battant peu et à contours flous, alors que, à l'autopsie, on ne découvre que de grosses altérations du myocarde et de l'endocarde, sans péricardite : les ombres pulmonaires et broncho-vasculaires peuvent faire croire à une médiastinite accompagnant une symphyse qui n'existe pas.

Quand de tels signes existent, aussi accentués, le pronostic est très sombre, et d'ordinaire à brève échéance. Il l'est d'autant plus que des *troubles pleuro-pulmonaires* s'associent presque toujours aux accidents cardiaques.

Voici l'histoire très résumée de la jeune Madeleine C., âgée de 12 ans. Elle entre dans mon service le 28 *septembre* 1935. Elle est atteinte de douleurs articulaires assez discrètes qui ont été précédées par des douleurs abdominales et par une constipation intense. La température dépasse 40. La maladie a débuté il y a trois jours ; il s'agirait d'une première crise. L'examen permet de constater les signes suivants : pouls rapide, à 120 ; bruits du cœur bien frappés ; souffle systolique de la pointe se propageant vers l'aisselle, dédoublement du deuxième bruit ; râles fins aux bases des deux poumons ; gros foie douloureux. Le 7 *octobre*, on perçoit en outre un roulement diastolique, et un frottement péricardique. *Le* 10 *octobre*, matité, souffle à timbre pleural à la base du poumon gauche; on note en même temps l'assourdissement des bruits du cœur. Une ponction exploratrice pleurale donne issue à un liquide sanguinolent. Pendant tout ce temps la température oscille entre 38 et 39, en présentant de temps à autre un clocher à 40. L'état général est très médiocre ; la malade garde un teint d'une pâleur impressionnante. A plusieurs reprises, on perçoit un bruit de galop indiscutable. Les radiographies successives ont montré un cœur énorme, avec battements très visibles. La malade est restée neuf mois à l'hôpital ; presque toujours elle a été fébrile, avec des périodes d'apyrexie ne dépassant pas quinze jours ; sous l'influence des toni-cardiaques une certaine détente s'est produite dans les troubles généraux ; mais en définitive, on doit avouer que la malade n'a pas cessé de décliner ; ses parents l'ont reprise chez eux *le* 13 *juin* 1936, dans un état lamentable, et elle est morte à son domicile *le* 3 *octobre* 1936, en état asystolique, avec de la cyanose, du battement des ailes du nez et des œdèmes, d'après les renseignements que nous avons pu recueillir.

Pendant cette longue évolution, l'enfant n'a presque jamais cessé d'être en état d'infection active ; presque jamais les phénomènes d'insuffisance cardiaque n'ont cessé d'être manifestes ; l'évolution ne s'est en somme jamais arrêtée ; et cette observation, avec sa longue durée, sans rémission malgré les traitements appliqués, illustre bien l'histoire du rhumatisme malin, dont elle représente un bel exemple.

Il est d'ailleurs des cas où une guérison, partielle tout au moins, peut être obtenue.

En même temps que la malade dont je viens de résumer l'histoire, j'avais dans mon service l'enfant D., Guy, âgé de 11 ans. Il entrait *le* 22 *juillet* 1935. Il n'avait jamais eu de crise de rhumatisme auparavant. Il souffrait depuis la fin du mois de juin de dyspnée d'effort, d'inappétence ; il était pâle et avait des poussées passagères de fièvre. *Le* 13 *juillet*, il eut un accès de fièvre à 40 ; il accusait quelques arthralgies assez légères ; le médecin était frappé par sa pâleur et trouvait les bruits du cœur soufflants. A son entrée nous constatons l'existence d'arthralgies discrètes, une dyspnée notable, un peu de cyanose, de la tachycardie, et à l'auscultation, un souffle systolique apexien et un roulement diastolique ; les jours suivants on note un bruit de galop qu'on retrouvera par la suite d'une manière presque constante. Dans ses grandes lignes la marche de la maladie a été la suivante : persistance d'une fièvre irrégulière et en général modérée, n'atteignant que rarement 39, pendant cinq mois ; évolution des signes cardiaques, assourdissement des bruits, frottement péricardique, et à l'examen radiologique, très grosse ombre, avec battements à peine visibles, si bien que l'on crut à l'existence d'un épanchement péricardique; une ponction exploratrice fut même faite, avec un résultat négatif. Le foie était énorme. Des signes d'épanchement pleural furent nettement constatés, cliniquement et radiologiquement, à la base droite. C'est au bout de quatre mois et demi d'hospitalisation que la fièvre tomba définitivement. L'état du malade s'améliora progressivement à partir de ce moment. On permit le premier lever, avec une extrême prudence, en décembre, après six mois d'hospitalisation; et l'enfant quitta l'hôpital avec un bon état général *le* 1er *avril* 1936 ; on constatait les signes d'une double lésion mitrale et d'une insuffisance aortique. Il restait chez lui à un très grand repos ; au mois de juillet, il nous était de nouveau présenté, et nous lui trouvions alors un très bon état général. Mais tout récemment, il rentrait à l'hôpital, *le* 26 *octobre* dernier, en asystolie non fébrile ; il a très bien réagi aux toni-cardiaques ; mais l'avenir reste pour lui fort sombre ; et la reproduction des accidents d'insuffisance cardiaque est à prévoir et à redouter chez lui.

Voilà donc un cas relativement favorable de rhumatisme malin, et l'on voit quelles graves suites il comporte pourtant.

Les *manifestations pulmonaires et pleurales* sont extrêmement fréquentes ; elles constituent presque la règle. Elles sont liées en partie à l'insuffisance cardiaque, et en partie elles sont sous la dépendance directe de l'infection rhumatismale elle-même : foyers de congestion pulmonaire qui peuvent siéger au sommet des poumons, épanchements pleuraux, assez souvent bilatéraux, réagissant parfois rapidement au traitement salicylé, et parfois traînants, comme l'ont bien vu Mollard et Favre, et comme je l'ai signalé moi-même après eux.

Il importe de bien savoir que ces épanchements sont absolument indépendants de toute atteinte tuberculeuse : non seulement la formule cytologique est différente, mais encore, dans aucun cas nous n'avons pu déceler par les divers procédés la présence du bacille de Koch dans ces épanchements. En se plaçant à un point de vue différent, F. Joly, étudiant les pleurésies des cardiaques, n'a lui-même noté qu'exceptionnellement l'association de la tuberculose.

La rate est augmentée de volume dans la moitié environ des cas de rhumatisme malin.

Les *troubles hépatiques* paraissent être sous la dépendance directe de l'insuffisance cardiaque : le gros foie douloureux est presque la règle.

Je passe sous silence les *accidents nerveux :* le rhumatisme cérébral est tout à fait exceptionnel chez l'enfant.

Il est des symptômes qui pour être rares n'en ont pas moins un très grand intérêt, parce qu'ils sont l'apanage des formes malignes : ce sont *les symptômes cutanés et sous-cutanés*, en y comprenant *les bubons rhumatismaux.*

Le bubon rhumatismal a été décrit par Brissaud : il s'agissait dans son observation d'une adénite axillaire coïncidant avec des nodosités de la nuque et du cou. Dans un cas que j'ai observé, il y avait des adénites généralisées, inguinales, axillaires, cervicales, et des nodosités disséminées et extrêmement nombreuses.

Les nodosités rhumatismales de Meynet sont des petites tumeurs dures et un peu douloureuses à la palpation, dont la grosseur varie de celle d'un grain de mil à celle d'un gros pois ; elles peuvent siéger en presque tous les points du corps, mais principalement au front, au cuir chevelu, le long de la colonne vertébrale, et au pourtour des articulations ; elles apparaissent assez rapidement, et persistent ordinairement pendant plusieurs semaines. On en a décrit plusieurs variétés suivant leur durée (nodosités éphémères, nodosités durables de Widal) ; c'est en réalité toujours la même lésion ; elle a la même constitution histologique que le nodule d'Aschoff, que l'on rencontre surtout dans le myocarde et que l'on s'accorde à considérer comme ayant une valeur presque spécifique.

Les éruptions rhumatismales sont rares elles aussi.

Il n'y a lieu de retenir que le type décrit par Rayer et surtout par Besnier, qui l'a appelé érythème marginé en plaques discoïdes. Je l'ai signalé à maintes reprises en insistant sur sa valeur pronostique. Lehndorff et Leiner l'ont étudié sous le nom d'érythème annulaire rhumatismal. Il s'agit de plaques arrondies ou ovalaires, disposées surtout sur le tronc, poitrine, dos, abdomen, et quelquefois sur les membres ; elles ont une coloration rosée ou cuivrée, souvent une teinte chamois ; le centre est plus pâle que la périphérie ; le contour est nettement indiqué par un bord plus fortement coloré, de teinte plus vive ; elles ne sont pas prurigineuses ; elles sont de courte durée. Il n'est pas rare que l'on ne constate pas le placard tel que je viens de le décrire, mais seulement un anneau rosé, le centre de la plaque ayant disparu (d'où le nom d'érythème annulaire). Cette éruption est de courte durée, mais elle peut récidiver à échéances souvent rapprochées chez un même sujet. Dans un cas où il s'agissait d'une de ces formes extra-articulaires sur lesquelles j'ai attiré l'attention, j'ai vu l'érythème marginé au moment d'une première atteinte, qui a guéri après une évolution très sévère ; et j'ai revu le même érythème au moment d'une rechute mortelle. Chez un autre malade, l'érythème a récidivé à cinq reprises successives dans l'espace de deux mois ; pendant ce temps les lésions cardiaques ont évolué, des accidents de décompensation se sont produits, et l'enfant a fini par succomber.

Cet érythème est caractéristique des formes sévères ; la mort doit toujours être à craindre lorsqu'on l'observe ; ou pour le moins, une endocardite évolue et se développe ; c'est là un fait sur lequel j'ai insisté et qui avait été mis en valeur par Lehndorff et Leiner, et sur lequel Leichtentritt, puis Wallgren sont revenus. R. Debré et ses collaborateurs ont repris l'étude de cet érythème ; il a signalé ses rapports possibles avec une infection à streptocoque viridans ; j'ai déjà dit pourquoi je crois devoir faire toutes réserves sur l'interprétation qu'il convient de donner de ces faits.

Il importe donc de connaître et de savoir rechercher ces symptômes, nodosités et érythèmes, dont la valeur diagnostique et surtout pronostique est considérable.

*
**

Tels sont les principaux signes qui caractérisent les formes malignes du rhumatisme. Elles ne se confondent pas, on le voit, avec le rhumatisme cardiaque évolutif ; car, malgré l'extrême importance des accidents cardiaques, il y a dans les cas qui nous occupent une diffusion des symptômes viscéraux qui déborde largement le cadre des cardiopathies.

L'évolution est d'ordinaire assez longue et se juge sur plusieurs mois, comme on a pu le voir par les cas que j'ai cités à titre d'exemples. Il peut arriver, d'ailleurs, quoique moins souvent, qu'elle soit écourtée par des accidents brusques d'insuffisance cardiaque.

D'une manière très générale, la forme maligne d'emblée se caractérise souvent par une allure plus brutale d'infection aiguë, avec atteintes viscérales multiples presque simultanées. La forme secondairement maligne peut évoluer aussi de façon bruyante. Mais le plus souvent la température est moins élevée et les diverses manifestations viscérales s'échelonnent isolément. La mort survient d'ailleurs aussi rapidement que dans les cas précédents.

Le pronostic de ces formes est, on le voit, des plus graves : le plus grand nombre des malades qui en sont atteints succombent au cours même de l'évolution. Ceux qui en réchappent demeurent porteurs de graves lésions du cœur, et qui touchent non seulement le péricarde et l'endocarde, mais toujours aussi le myocarde ; ils sont destinés à subir dans un avenir qui, dans les cas les plus favorables, ne dépasse pas quelques années, à défaut d'une reprise de l'infection, des accidents asystoliques qui ne tarderont pas à les emporter.

Traitement. — Quelques indications thérapeutiques spéciales à ces formes méritent d'être mises en valeur.

Le salicylate de soude doit être donné à doses assez fortes : je ne le prescris pas pour ma part aux doses massives préconisées par certains auteurs, et je donne en moyenne chez l'enfant 40 gr., 75 cgr. à 1 gr. par année d'âge, sans dépasser 8 à 10 gr. Si la médication est bien supportée, on peut élever progressivement la dose. Je n'ai pas dépassé le taux de 12 gr. chez les grands enfants et chez les adultes. Il est essentiel de donner en même temps une dose double de bicarbonate de soude, afin d'éviter l'acidose salicylée. Mais ce sont là des règles générales, et qui ne s'appliquent

pas spécialement aux formes malignes du rhumatisme.

Il convient, à mon avis, dans toutes les formes graves, dans celles qui ne cèdent pas rapidement à la médication, de faire des cures successives, en donnant le salicylate pendant 6 à 8 jours, et en l'interrompant pendant 4 à 5 jours, temps nécessaire pour son élimination. On reprend alors la médication.

Je ne recours que rarement aux injections intra-veineuses de solution salicylée ; je pense que leur action n'est pas très supérieure à celle de la médication par la voie buccale ; mais surtout les injections intra-veineuses permettent de donner un complément de dose dans les cas d'intolérance digestive.

Pendant les interruptions de la médication salicylée, je prescris toujours *le pyramidon*, à doses modérées (1 gr. à 1 gr. 20 en trois ou quatre cachets ou en potion) ; il me semble certain que le pyramidon n'est pas seulement un antithermique et un analgésique banal, mais qu'il a vraiment une action spéciale sur les manifestations rhumatismales, ainsi que l'ont dit Schlesinger et Schottmüller : c'est quelquefois quand on donne le pyramidon que tombe, et d'une manière définitive, une fièvre qui avait résisté au salicylate.

Les médications de choc doivent être associées aux traitements précédents dans ces formes graves et résistantes. J'ai préconisé l'or colloïdal : il déterminait en injections intra-veineuses un choc très violent et qui devait être surveillé de près. Pour des raisons que j'ignore, les préparations que j'avais l'habitude d'employer ne provoquent plus qu'un choc insignifiant, et je n'obtiens plus les mêmes résultats. Je n'ai jamais eu d'effets démonstratifs avec les préparations soufrées associées au salicylate. Les différents vaccins peuvent avoir une certaine utilité en raison précisément de leur action de choc, mais sans qu'on puisse leur attribuer aucune spécificité ; il n'existe pas, à mon sens, de vaccin qu'on puisse dire anti-rhumatismal. Je recours surtout, à l'heure actuelle, à l'*auto-hémothérapie*, et il me semble que c'est avec ce procédé que l'on obtient le moins rarement des arrêts dans le processus évolutif : faire tous les deux jours une injection intramusculaire de 5 à 10 cc. du sang qu'on vient de retirer par ponction veineuse.

Indépendamment de ce traitement proprement anti-rhumatismal, il importe, bien entendu, de donner les toni-cardiaques, ouabaïne ou digitale, les diurétiques, etc., de faire en cas de nécessité une ponction pleurale ou péricardique, d'appliquer en somme la thérapeutique symptomatique imposée par l'évolution des accidents viscéraux.

Enfin il est une mesure sur laquelle on ne saurait trop attirer l'attention, c'est *le repos absolu et prolongé :* des malades qui ont résisté à une forme maligne doivent rester au lit avec interdiction absolue de mettre le pied par terre pendant *au moins* les deux mois qui suivent la chute complète et définitive de la température ; et les premiers levers seront extrêmement courts et très surveillés : il ne faut jamais oublier que le myocarde est profondément touché et que tout effort prématuré peut provoquer une syncope mortelle.

C'est en observant ces quelques règles qu'on réussira parfois à sauver des malades atteints de cette maladie terrible, et qui n'est malheureusement pas exceptionnelle ; les formes graves et malignes du rhumatisme grèvent lourdement la pathologie infantile.

Le traitement chirurgical de l'hallux valgus par le procédé du « bilboquet »

Par M. LANCE

En 1926 Tierny (d'Arras) a proposé (*Revue d'orthopédie*, n° 5, septembre 1926, pp. 445 à 452) de substituer dans le traitement de l'orteil en marteau, au procédé classique de la résection cunéiforme dorsale des phalanges (Terrier) qui laisse parfois une néarthrose douloureuse, un procédé nouveau dit du « bilboquet ». Il consiste, après résection du durillon et de la bourre séreuse, section du tendon extenseur, à forer dans la portion dorsale de la tête de la première phalange ainsi exposée un trou ; la diaphyse est ensuite sectionnée au ras de la tête, appointie et, l'orteil étant redressé, à enfoncer le bout de la diaphyse dans la tête phalangienne. On obtient ainsi un redressement parfait et stable. J'ai eu l'idée depuis 8 ans d'appliquer le même procédé à la cure de l'hallux valgus, en agissant de la même manière sur le premier métacarpien, mais cette fois le redressement se fait dans le sens frontal. Les résultats s'étant montrés excellents et supérieurs aux méthodes que j'employais auparavant, je crois utile de faire connaître ce procédé nouveau.

***

On semble mal venu à décrire une nouvelle technique de cure de l'Hallux Valgus. Albert Mouchet, dans son Rapport au IVe Congrès Français d'Orthopédie (*Revue d'orthopédie*, n° 6, novembre 1922, pp. 582-622) en cite un grand nombre, et Verbrugge, dans son Rapport à la Société Belge d'Orthopédie, compte 51 techniques différentes, et elles n'y sont pas toutes ! Mais cette abondance de méthodes n'est-elle pas la preuve directe que si chacune d'elles satisfait le chirurgien qui l'a imaginée, aucune ne satisfait pleinement tous les malades traités.

En fait, voyons en quoi consistent les lésions d'un hallux valgus accentué, le seul justiciable d'un traitement chirurgical.

Le gros orteil a basculé en dehors, le premier mé-

tatarsien en dedans autour de sa base comme pivot. Les phalanges et le métartarsien forment un angle ouvert en dehors dont le tendon de l'extenseur rétracté forme la corde (fig. 1). Le sommet de l'angle est constitué par la tête du métatarsien saillante en dedans. Sur cette saillie se développe peu à peu par le frottement de la chaussure un durillon et une bourse séreuse qui peut s'enflammer, suppurer.

Si l'on cherche à redresser l'orteil sur la tête métatarsienne, on est vite arrêté, non seulement par la tension du tendon extenseur, mais aussi par la subluxation phalango-métatarsienne. La phalange a glissé sur le bord interne de la tête, le ligament externe est rétracté, le ligament interne allongé. La partie déshabillée de la tête sous la bourse séreuse est hypertrophiée et peut se couvrir d'ostéophytes.

Il n'y a plus adaptation des surfaces osseuses, le replacement est impossible.

***

Comment doit-on tenter de remédier à cet état de choses ? Quels sont les buts que l'intervention doit atteindre ?

1° Allonger le tendon extenseur, ou, ce qui revient au même, raccourcir la tige osseuse qui le soustend.

2° Rétablir de manière stable l'axe du métatarsien sur l'avant-pied.

3° Rétablir de manière stable l'axe des phalanges dans le prolongement du métatarsien.

4° Accessoirement supprimer le durillon et la bourse séreuse et les exostoses du métatarsien.

Voyons comment ces buts sont réalisés par les opérations jusqu'ici proposées.

I. *Opérations sur les parties molles.* — La section ou l'allongement du tendon extenseur, le débridement du ligament externe, le plissement du ligament interne de l'articulation phalango-métacarpienne ne donnent qu'une correction incomplète et passagère.

II. *Opérations osseuses.* — La résection cunéiforme à base externe du premier cunéiforme (Brenner) ou du premier cunéiforme et de la base du premier métatarsien (Albrecht) rétablit bien l'orientation normale du métatarsien, mais ne raccourcit guère le pilier osseux, ne modifie pas la subluxation de l'orteil sur la tête métartarsienne, ne supprime pas l'exostose de celle-ci. Le résultat est incomplet.

Quant aux ostéotomies diaphysaires variées (ostéotomie à base externe de Loison-Balacescu-Juvara, ostéotomie oblique dorso-plantaire de Ludloff) qui ont joui il y a une vingtaine d'années d'une grande vogue, elles sont d'exécution délicate, et si elles donnent un raccourcissement suffisant pour relâcher le tendon extenseur et rétablir l'axe métatarsien, elles n'ont aussi aucune action sur les défectuosités de la tête métatarsienne.

Les opérations les plus logiques sont celles qui portent sur l'articulation métartarso-phalangienne.

La résection complète, portant à la fois sur la base de la phalange et la tête du métatarsien (P. Broca, Lovett) rétablit bien l'axe de l'orteil si on a soin de faire les 2 sections obliques délimitant un large coin à base interne (Mauclaire). Mais elle se termine le plus souvent par une ankylose qui gêne la marche. Aussi a-t-on proposé de lui substituer une arthroplastie véritable avec interposition d'un lambeau fibro-graisseux (Singley). Cela devient une opération complexe à laquelle on préfère la résection portant sur la tête seule du métatarsien.

La résection partielle de cette tête, résection de l'exostose seule (Schede) ou d'un coin à base interne (Reverdin) est insuffisante. Elle ne raccourcit pas le support osseux. C'est la résection totale de la tête (Hueter) d'un coup de pince, opération rapide et simple qui a conquis la faveur des chirurgiens. Elle raccourcit suffisamment les os, permet de redresser le métacarpien et l'orteil, conserve la mobilité articulaire. Elle répond donc à tous les desiderata.

Cependant on lui adresse des critiques nombreuses. Après l'ablation de la tête il reste un orteil ballant qu'il faut maintenir en bonne direction par des artifices de pansement, la section osseuse saignant dans cette cavité forme un hématome qui peut s'évacuer et nécessiter de nombreux pansements, un séjour au lit prolongé. On a proposé de remédier à ces inconvénients par des fixations ou réfections de la capsule articulaire qui enlèvent à l'opération le mérite de sa simplicité. Mais ce qui est plus grave c'est que la néarthrose résultant de l'opération est parfois douloureuse. Le bout du métatarsien constitue un appui douloureux sur le sol (Roux, de Lausanne). Pour éviter cet inconvénient on a proposé divers artifices : recouvrir le moignon métatarsien avec un morceau de la bourse séreuse (Mayo), du fascia lata (Edenreim), de la graisse (Alb. Mouchet), ou conserver la coque cartilagineuse articulaire pour en coiffer la section osseuse (Ombrédanne).

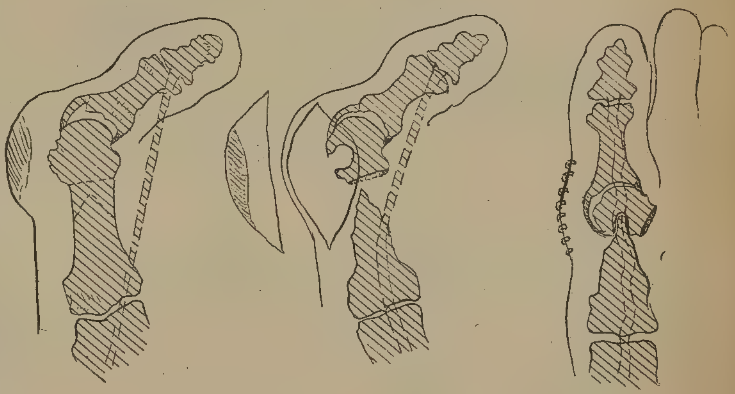


Fig. 1, 2, 3.

Temps divers de l'opération du « bilboquet ».

La suppression de l'appui de la tête métatarsienne prédispose au valgus, et, comme l'hallus valgus survient surtout chez les porteurs de pieds plats, l'intervention tend à exagérer la déformation (Mauclaire).

On voit donc que la résection simple de la tête métatarsienne ne va pas sans certains inconvénients et, pour les éviter, on est obligé de compliquer l'opération, de pratiquer des pansements longs et prolongés, de laisser le malade, souvent un vieillard, 15-20 jours au lit.

*
* *

L'opération du Bilboquet en restant une opération très simple obvie à tous les inconvénients de la résection de la tête métacarpienne. Voici comment je la pratique.

On opère soit à l'anesthésie locale, rachidienne ou générale.

Une double incision courbe encercle un lambeau



Fig. 4.
Soulier préparé pour permettre la marche sans appui sur le premier métatarsien.



Fig. 5, 6, 7.
Radiographies d'un hallux valgus avant et après opération du « bilboquet ».

de peau avec le durillon et la bourse séreuse qui sont enlevés en masse. Le col du métatarsien est dénudé à la rugine courbe et sectionné d'un coup de pince coupe-net à la limite de la tête. On passe alors l'écarteur de Farabeuf en dehors du métacarpien sectionné et on extériorise son extrémité. On en résèque 10 à 15 mm. à la pince gouge et on apointit l'extrémité. On remet le métacarpien en place. Faisant alors pivoter l'orteil jusqu'à complet redressement, on voit la surface de section du métatarsien tourner vers le dehors et c'est la partie interne de la tête, au niveau de l'exostose, qui vient se placer en face du bout du métatarsien. C'est en ce point, l'orteil étant remis en position vicieuse pour faciliter la manœuvre (fig. 2), que d'un coup de pince gouge fine on creuse un canal dans la tête métatarsienne. Ramenant ensuite l'orteil en rectitude, le tenant solidement d'une main, on enfonce à force le bout de la diaphyse dans l'orifice de la tête métatarsienne. La fixation est telle qu'aucune autre coaptation n'est nécessaire (fig. 3). Hémostase. Fermeture de la peau par des agrafes. Pansement. Aucun plâtre n'est nécessaire. Nous mettons en général une attelle de Boeckel pendant un jour ou deux.

Au bout de 48 heures on change le pansement.

L'hémostase osseuse étant faite par l'embrochement des os il n'y a pas d'hématome. Au bout de 4 à 5 jours, quand la douleur est calmée, nous laissons le malade marcher dans un soulier spécial qu'on lui a fait préparer. On prend une vieille bottine lacée. On fait enlever tout le cuir au-dessus de l'avant-pied, ne conservant que la semelle à ce niveau. On fait coller sous la semelle de l'arrière-pied un bloc de liège englobant le talon et recouvert sur sa face inférieure d'une feuille de cuir (fig. 4). Le malade peut ainsi marcher sans que la partie opérée ait à supporter le moindre poids ou effort. Au bout de 3 semaines il peut marcher dans des pantoufles ou un soulier à talon plat.

Cette intervention que j'ai pratiquée une dizaine de fois donne un résultat idéal comme on peut en juger par le calque de radiographie face et profil (fig. 5, 6, 7) d'un opéré. Le métacarpien raccourci est bien orienté, l'orteil redressé a conservé son articulation ancienne, dont les surfaces articulaires, les ligaments adaptés à leur position n'ont pas été modifiés.

Au total opération de technique simple, suites opératoires simplifiées, résultats éloignés excellents.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1936)

Reproduction expérimentale de la conjonctivite lymphogranulomateuse (maladie de Nicolas-Favre) chez le chimpanzé. — M. Constantin Levaditi, Mlle Rachel Schœn et M. Louis Reinié. La possibilité de la contamination de l'homme par voie conjonctivale devient probable, à la lumière des faits cliniques et expérimentaux exposés par les auteurs.

Transmission expérimentale à l'homme de la maladie des porchers. — MM. Paul Durand, Paul Giroud, Edouard Larrivé et André Mestrallet. Cette expérience a eu pour but d'utiliser la bénigne fièvre des porchers comme agent pyrétothérapique. L'innocuité de cet agent a été confirmée.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1936)

M. Hartmann, président, fait part du décès de M. le professeur Ed. Perroncito (de Turin), membre associé étranger.

Service des vaccinations. — M. Lereboullet présente le rapport sur la vaccine. Le rapport se termine par les vœux suivants, qu'il propose à l'Académie d'adopter :

« L'Académie insiste sur la nécessité d'une stricte observance des dispositions actuellement en vigueur réglementant la vaccination obligatoire.

« Elle souligne notamment qu'il est important d'obtenir : que les listes des assujettis soient établies par les municipalités avant la tenue des séances de vaccination et de revaccination ; que ces séances soient toujours suivies d'une séance correspondante de révision ; qu'aucun certificat, même provisoire, ne soit délivré si le sujet vacciné n'est pas revenu à la séance de contrôle ; que les maires des différentes communes se conforment à leurs obligations définies à l'article 11 du décret du 27 juillet 1903 concernant les réfractaires ; que la population féminine n'échappe pas à la revaccination obligatoire au cours de la 21e année.

L'Académie émet d'autre part le vœu qu'un contrôle systématique soit exercé par l'Institut supérieur de vaccine sur tous les lots de vaccin antivariolique au double point de vue de leur activité spécifique et de leur pureté bactériologique. Elle propose le rejet de toute préparation vaccinale glycérinée renfermant des germes anaérobies, des streptocoques ou plus de cinq mille germes par centimètre cube. »

Les contaminations intérieures dans les hôpitaux d'enfants. — M. Robert Debré, rapporteur de la commission chargée d'étudier cette question, propose à l'Académie les conclusions suivantes :

« 1° Le dispositif en boxes individuels doit être généralisé à tous les hôpitaux d'enfants.

2° Des dispositifs doivent être pris pour éviter dans les consultations et les services spéciaux (service radiologique, service de rayons ultra-violets, etc.) le contact des enfants hospitalisés entre eux et des enfants hospitalisés avec les enfants venus du dehors.

3° Les disciplines prophylactiques imposées au personnel infirmier et médical et aux étudiants en médecine doivent être renforcées.

4° Les visites des familles doivent être supprimées dans les pavillons de nourrissons et sévèrement réglementées dans les pavillons de grands enfants.

5° Le triage des enfants suspects dans les consultations doit être mieux assuré, notamment par l'adjonction d'un interne supplémentaire.

6° Il est tout particulièrement recommandé de créer un service spécial de lutte contre les contaminations intérieures dans chaque hôpital d'enfants. »

Rôle du bacille bovin dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse de l'enfant. — MM. E. Lesné, A. Saenz, M. Salembiez et L. Costil. Le rôle du bacille bovin dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse de l'enfant est une question fort peu étudiée en France. Et cependant il mérite d'être précisé, car le bacille bovin manifeste à l'égard de l'espèce humaine une virulence égale à celle du bacille tuberculeux type humain.

C'est surtout dans les pays scandinaves et en Angleterre — où l'ingestion de lait cru de vache ou de laitages crus est de pratique courante — que les travaux sur la recherche du bacille bovin dans la méningite tuberculeuse de l'enfant ont été poursuivis. En Angleterre et au Danemark, il est des statistiques impressionnantes, qui décèlent le bacille bovin dans 25 à 40 p. 100 des cas de méningite tuberculeuse de l'enfant.

Depuis quatre ans, M. Lesné et ses collaborateurs ont étudié 138 cas de méningites chez des enfants allergiques et n'ayant pas été vaccinés par le B C G.

Dans 8 cas seulement la culture du liquide céphalo-rachidien sur milieu de Lœwenstein est restée négative ; or l'évolution clinique a révélé qu'il s'agissait de syndromes méningés non tuberculeux et curables (réactions méningées secondaires, méningite séreuse bénigne). Cette méthode de dépistage du bacille de Koch est plus rapide et certainement aussi sûre que l'inoculation au cobaye, qu'elle remplace avantageusement.

Sur les 130 cas étudiés, 121 ont fourni une culture de type humain et 9 une culture de bacilles bovins.

La plupart des enfants contaminés par le bacille bovin avaient été élevés à la campagne, et avaient ingéré du lait ou des laitages crus pendant une longue période ; la notion de contamination interhumaine ne fut pas démontrée ; l'infection par le lait est donc évidente.

Le lait bacillaire est loin d'être exceptionnel, tant en France qu'à l'étranger, il provient de vaches atteintes de mammite tuberculeuse ou même de vaches tuberculeuses dont les mamelles sont apparemment saines ; il peut aussi être infecté par les poussières de l'étable ou les excréments d'animaux malades dans la même étable.

Certes, la contamination interhumaine est la règle et doit demeurer la notion essentielle de la prophylaxie en tuberculose infantile, et l'infection par le bacille bovin est l'exception ; mais cependant le nombre des cas de méningites tuberculeuses relevant de cette étiologie n'est pas négligeable, et *une fois de plus se pose la question toujours en suspens du contrôle du lait.*

Les conclusions pratiques qui découlent de ces recherches sont simples et nettes : c'est l'usage pour les enfants d'un lait contrôlé dès la production, à l'étable ; ce lait sera de plus bouilli ou stérilisé.

Etudes électroencéphalographiques. — MM. Marinesco, Sager et Kreindler.

Sur la vaccination anticharbonneuse au moyen des vaccins lanolinés. — M. Pinoy.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(Séance du 4 novembre 1936)

Hétérotopie osseuse appendiculaire. — M. Mouchet rapporte une observation de MM. Dupas, Pirot et Loyer concernant une appendicite rétro-cœcale avec ossification véritable à sa base.

Torsion de l'hydatide de Morgagni. — M. Mouchet rapporte cette observation de M. Salmon. L'auteur croit pouvoir opposer le syndrome aigu habituel chez la femme adulte au syndrome subaigu qui serait plus fréquent chez la fillette.

Kystes lutéiniques de l'ovaire. — M. Moulonguet analyse un travail de M. Portes étudiant les divers types de kystes de l'ovaire : les uns contenant de la folliculine, il s'agit de savoir si les kystes dits luténiques contiennent ou non de la progestine, mais ce dernier corps est difficile à identifier ; il cite une observation personnelle, où la réaction de Brouha sur la lapine avait semblé confirmer un diagnostic clinique de grossesse ectopique. Il faudrait donc faire dans tous les cas douteux une recherche quantitative de la folliculine suivant les conseils de Brindeau.

M. Menegaux demande si la réaction a été faite sur le souriceau mâle.

M. Moulonguet a connaissance d'une observation de M. Henri Redon, où la réaction fut positive sur le souriceau dans un cas de kyste ovarien.

A propos de l'évipan sodique. — M. Brocq communique une observation de MM. Perves et Badelon qui, dans un cas d'ulcus perforé, ont eu une mort par anurie après anesthésie à l'évipan. Ils ont par la suite étudié de très près 44 malades et ont constaté 14 anuries transitoires et plusieurs cas d'albuminurie, et ceci à l'encontre des résultats expérimentaux. Il est difficile de conclure de l'animal à l'homme surtout en ce qui concerne les toxiques.


sirop "roche"
au thiocol
toutes les affections des voies respiratoires
Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon —— PARIS

MM. Monod et Fredet font observer qu'effectivement, les expérimentateurs n'ont jamais observé de lésions rénales.

Infarctus post-opératoire du grêle. — M. SCHWARTZ, à la suite d'une opération d'appendicite particulièrement pénible, assiste à une entérorragie importante accompagnée d'une altération grave de l'état général : il croit pouvoir conclure à une invagination, d'autant qu'une injection d'adrénaline amène une véritable résurrection de l'enfant.

M. Mondor estime qu'il est difficile de porter le diagnostic d'infarctus en l'absence de la douleur cataclysmique qui semble le propre de cette affection.

M. Pierre Duval a observé plusieurs cas d'hémorragies postopératoires.

M. Gatellier a vu, lui, un infarctus massif sans entérorragie, mais avec une douleur intense.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1936)

Réactions cutanées à la tuberculine au cours de la syphilis secondaire. — MM. FLANDIN, POUMAU-DELILLE, LE MELLETIER. Réactions obtenues avec la cuti et l'intra-dermoréaction à la tuberculine dans la syphilis secondaire. Il y a dans 54 p. 100 des cas une phase d'anergie temporaire. Cette phase s'observe surtout chez les spécifiques ayant eu des accidents cutanés. Elle est de courte durée et raccourcie par la mise en œuvre du traitement spécifique.

Staphylococcémie grave traitée et guérie par l'anatoxine. — MM. PAGNIEZ, PLICHET et RENDU. Staphylococcémie très grave à la suite d'un abcès pulmonaire, guérie par l'anatoxine staphylococcique, sans autre médication. Le germe disparut de la circulation, mais l'infection continua à se manifester par des suppurations locales, qui disparurent après le traitement continué des injections d'anatoxine.

Diabète bronzé et insuffisance surrénale. — MM. LABBÉ, BOULIN et ULMANN. Observation d'un cas de diabète bronzé chez lequel une asthénie extrême, une hypotension accusée permirent de poser le diagnostic d'insuffisance rénale associée. Les auteurs insistent sur les difficultés de diagnostic dans ce cas ; sur la coïncidence du diabète avec l'insuffisance surrénale ; sur l'affinité du processus scléro-sidérosique à l'égard des glandes endocrines.

Syndrome de Cushing avec symptomatologie fruste et contrôle anatomique — M. METZGER, Mlle HOERNER et M. MAUREN. Malade de 27 ans, chez laquelle une augmentation rapide du poids coïncida avec l'apparition d'un trouble de la menstruation. Il y avait en outre un certain degré d'hypertension. On pensa à un adénome basophile de l'hypophyse. A l'autopsie : tumeur hypophysaire volumineuse constituée par des cellules basophiles avec prolifération des cellules basophiles dans le lobe glandulaire.

Infiltrats pulmonaires lobulés juxta-hilaires. — MM. AMEUILLE et THÉOBALT. Observation de quatre malades ayant été atteintes de grippe, qui firent soudainement des poussées thermiques à 40°, chez qui, à l'examen radiographique, on trouva une opacité pulmonaire homogène dans la partie postérieure du hile. Cette opacité disparut en huit à quinze jours.

Thrombose oblitérante de l'artère pulmonaire chez les tuberculeux. — MM. AMEUILLE, LEMOINE, Mlle DELHOMME et M. NOUAILLE. Trois observations de thrombose de l'artère pulmonaire, qui restèrent des découvertes d'autopsie. Ces faits se rapprochent des résultats expérimentaux de Villaret, Besançon, Delarue et Bardin, qui purent oblitérer par embolie artificielle de grosses branches de l'artère pulmonaire sans provoquer de troubles manifestes.

Radiothérapie thyroïdienne dans l'asystolie irréductible. — MM. PARAF, GALLY et ORINSTEIN. Femme de 63 ans atteinte d'asystolie irréductible qui fut améliorée par la radiothérapie profonde thyroïdienne. Les progrès furent précisés par les électrocardiogrammes.

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1936)

Facteur humoral dans l'anergie morbilleuse. — MM. LAVERGNE et ACCOYER. Il existe un facteur d'ordre humoral dans l'anergie morbilleuse. Du sérum de rougeoleux est recueilli chaque jour au cours de la maladie et de la convalescence. Les auteurs explorent l'action de ces échantillons par la méthode Prausnitz-Kutsner. Or, du 5e au 9e jour de la rougeole, le sérum possède un pouvoir atténuant. Le sérum d'un sujet non allergique possède le même pouvoir atténuant que le sérum de rougeoleux prélevé du 5e au 9e jour.

Difficultés de diagnostic d'une névrite optique apparue au décours d'un coma barbiturique chez une hérédo-syphilitique. — MM. SERGENT, FAVORY, DUPERRAT et FRANCHEL. Femme de 28 ans, née de parents spécifiques, ayant absorbé volontairement du véronal. Pendant le coma, le Wassermann apparut positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Pendant le coma, apparition d'une amaurose qui céda à l'acétylcholine, mais qui laissa après elle une névrite optique persistante. Cette névrite optique est-elle toxique ou spécifique ? Dans cette hypothèse, on peut se demander si le coma barbiturique n'a pas extériorisé une syphilis nerveuse.

Virage de la réaction tuberculinique au cours de l'érythème noueux. —M. Robert LEMAIRE.

Action paradoxale d'un diurétique mercuriel dans un cas de diabète insipide. — MM. DECOURT, FISCHER et GUILLAUMIN. On sait que les composés organo-mercuriels utilisés comme diurétiques dans le traitement des œdèmes sont doués, au cours du diabète insipide, d'un pouvoir antipolyurique. Les auteurs opposent le mode d'action du composé mercuriel à celui de l'extrait post-hypophysaire. Ils le comparent à celui du régime déchloruré, dont l'effet est le même.

Crise acétonémique à propos d'un coma hypoglycémique spontané. — MM. CATHALA, BRISKAS et Mlle LORAIN. Au cours d'une crise d'acétonémie à forme comateuse, les auteurs ont constaté :

1° La période de coma correspond à une dépression très forte de la glycémie et accroissement de la réserve alcaline ;

2° Les symptômes se dissipent spontanément avant que les perturbations aient été compensées ;

3° Pendant la période nocturne qui suit l'attaque, ces valeurs subissent un effondrement, sans caractéristique clinique ;

4° La prise de bicarbonate de soude exagère l'élimination urinaire des produits cétoniques.

Dans une autre période, les épreuves d'hyperglycémie et les régimes cétogènes ou chargés en glucides démontrent que des chutes profondes de la glycémie ne se traduisent par aucun phénomène clinique ; qu'un jeûne hydrocarboné de 24 heures ne se traduit pas cliniquement ; que l'hyperglycémie provoquée est lente à se produire ; qu'un régime cétogène déclenche une hypoglycémie sans acétonurie.

Les auteurs, enfin, signalent le danger des injections d'insuline sans repérage de la phytémie.

Insuline retard. — MM. Labbé et Boulin. Les auteurs ont expérimenté une nouvelle insuline représentant une combinaison de l'hormone langerhansienne avec une protamine extraite du saumon, étudiée à l'étranger. Ils ont étudié la courbe nycthémérale de la glycémie après injection d'une dose de cette insuline. Cette nouvelle insuline ne paraît pas avoir sur la courbe glycémique, non plus que sur la glycémie, une action différente de l'insuline habituelle.

Anévrysme de l'aorte thoracique à symptômes pleuro-pulmonaires impossibles à identifier par la clinique ou la radiologie. — MM. Benda et Kipfer. Les auteurs attirent l'attention sur les difficultés cliniques de leur observation.

Sarcoïdes noueuses disséminées avec diabète insipide associé. — MM. Flandin, Parat, Poumeau-Delille. L'examen par biopsie des lésions anatomiques sont intermédiaires entre la gomme scrofulo-tuberculeuse et l'érythème induré de Bazin. Recherches bactériologiques négatives. Le fait exceptionnel réside dans l'apparition d'un diabète insipide, résistant aux extraits post-hypophysaires, et semblant lié au développement d'une sarcoïde de la région tubérienne.

Maladie d'Ehlers-Danlos. (Etude anatomo-pathologique et biologique.) — MM. G. Dreyfus, Jean Weill, Martineau et Mathivat. Malade 33 ans, atteinte d'hyper-élasticité cutanée avec peau mince représentant le type de la maladie d'Ehlers. Les auteurs ont constaté en outre de l'acrocyanose, de la laxité des muqueuses. Wassermann *positif*.

Erythème noueux au cours de la maladie de Nicolas-Favre. — M. Milian. Dans ce cas, l'ensemencement et l'inoculation du pus du bubon ne permirent pas d'incriminer la tuberculose. Mais on put déceler un streptocoque qui paraît avoir été la cause de l'érythème noueux.

Syndrome de Guillain-Barré au cours d'une tuberculose pulmonaire évolutive. — M. Vasilesco.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(Séance du 8 novembre 1936)

Les anticorps tuberculeux et la vitesse de sédimentation globulaire chez les lapins prémunis par injection intraveineuse de bacilles tuberculeux à colonies lisses, puis éprouvés avec un bacille tuberculeux virulent. — M. F. Dwelshauvers. La résistance à l'infection tuberculeuse virulente que présentent ces lapins n'est pas en rapport avec la teneur de leur sang en anticorps tuberculeux, car ces derniers, d'abord très abondants après l'injection préparante, diminuent rapidement et évoluent sensiblement de la même façon chez les lapins prémunis et infectés en même temps et chez les lapins témoins. La vitesse de sédimentation globulaire reste normale chez les premiers, alors qu'elle est très accélérée chez les derniers.

Purification et isolement de la vagotonine comme substance à caractères définis et constants. — MM. D. Santenoise, Th. Brieu et E. Stankoff résument la série de recherches qui leur a permis d'obtenir la vagotonine à l'état de pureté.

La constance de composition et de propriétés chimico-physiques caractéristiques ainsi que la constance du seuil d'efficacité physiologique constituent un ensemble convergent de critères de pureté. L'obtention de la vagotonine comme substance à caractères chimiques définis et constants permet : 1° d'affirmer son individualité ; 2° d'entreprendre l'étude systématique de ses propriétés chimiques et physiques et de sa constitution.

Etude des réactions vaso-motrices des vaisseaux cutanés chez l'homme au cours de l'hyperthermie provoquée.— MM. Pasteur-Vallery-Radot, G. Mauric et Jacques Lemant, au

cours de leurs recherches sur les modifications apportées à l'organisme humain par l'hyperthermie provoquée, ont étudié les réactions vaso-motrices des petites vaisseaux cutanés. Ils ont employé la technique des injections intradermiques de substances provoquant des réactions vasculaires locales : histamine, acétylcholine, adrénaline. Ils concluent que le tonus vasculaire cutané ne paraît pas modifié chez l'homme au cours de l'hyperthermie provoquée.

Etude des réactions vaso-motrices des gros vaisseaux chez l'homme au cours de l'hyperthermie provoquée. — MM. Pasteur-Vallery-Radot, G. Mauric et Jacques Lemant. Au cours de l'hyperthermie provoquée, les réactions de vasoconstruction sont aussi nettes qu'en dehors de l'hyperthermie, alors que les réactions de vaso-dilatation, dans la majorité des cas, sont absentes. Parfois même, les réactions vaso-motrices constrictives sont si vives qu'elles se produisent dans des conditions qui, normalement, devraient produire une vaso-dilatation. Il semble qu'au cours de l'hyperthermie provoquée chez l'homme, il existe d'ordinaire un état de sympathicotonie mis en évidence par la prédominance nette de l'action des nerfs vaso-constricteurs.

L'ion ammonium, facteur d'acidose vraie et d'hyperglycémie. — MM. R. Hazard et C. Vaille. L'ion ammonium sous forme de sels injectés au lapin par voie intraveineuse, provoque l'abaissement de la réserve alcaline avec augmentation du chlore globulaire qui caractérise l'acidose vraie ; il élève la glycémie par action sans doute hépatique.

Technique d'étude des migrations de l'eau par les variations de l'hydrémie. — MM. Decourt et Ch.-O. Guillaumin étudient l'hydrémie en déterminant l'extrait sec séparément sur le sérum et sur les globules obtenus par centrifugation du sang sans addition d'aucun anticoagulant.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 23 novembre. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Loeper, Sergent, Portes. — M. Fouassier. Avortement médicalement provoqué chez la femme atteinte de tuberculose pulmonaire chronique. — M. Lichaa. Pronostic du coma diabétique.

Mercredi 25 novembre. — Jury : MM. Léon Binet, président ; Mathieu, Tanon, Quénu. — M. Dulot. Traitement des fractures du col du fémur par l'enchevillement. — Mlle de Mattos. Oxygénothérapie. Nouveau dispositif de vente d'oxygène. — M. Jalladeau. Malformations congénitales associées aux syndromes de Klippel-Feil. — M. Goldbrand. Distribution et prophylaxie de la fièvre typhoïde en Pologne. — M. Michel. La destruction des ordures ménagères par la méthode du dépôt contrôlé.

Jeudi 26 novembre. — Jury : MM. Bezançon, président ; Gougerot, Guillain, Laubry. — M. Soutelle. Etudes statistiques médico-sociales sur 2.000 bénéficiaires de l'assurance « invalidité ». — M. Girard. Statistique de 18 années de lutte anti-syphilitique au dispensaire d'Angers 1918-1935. — M. Martin. Etude du traitement des arthrites gonococciques par la sérothérapie. — M. Castro. Etude des méthodes de début des syndromes parkinsoniens.

Samedi 28 novembre. — Jury : MM. Brindeau, président ; Lenormant, Nobécourt, Vaudescal. — M. Devoucoux. Utilisation de l'extrait amygdalien dans le traitement des hypertrophies des amygdales. — M. Chevallier. Considérations sur le traitement de l'acrodynie infantile. — Mlle Griboval. La première attaque de la maladie de Bouillaud chez l'enfant.

PRATIQUE MÉDICALE

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX PERFORÉS DANS LE SERVICE CHIRURGICAL DU PROFESSEUR STOLZ (DE STRASBOURG)

Par le docteur S.-M. Calihman (de Strasbourg)

Nous avons pu suivre la thérapeutique appliquée dans 163 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés observés depuis 1907 dans le service chirurgical du professeur Stolz.

L'opération a comme premier objet l'aveuglement de la perforation, source de péritonite.

En second lieu, on est en droit de lui demander d'exercer une influence favorable sur l'évolution ultérieure de la maladie ulcéreuse.

Les techniques employées ont été :

1. La suture simple de la perforation : 40 cas ; 15 guérisons.
2. La suture jointe à une gastro-entérostomie : 100 cas, 59 guérisons.
3. La gastro-pylorectomie d'emblée : 11 cas, 7 guérisons.
4. Dans les 12 cas qui restent, on a pratiqué les tamponnements et drainages simples, les malades étant mourants.

Si l'on tient compte du nombre d'heures écoulées entre la perforation et l'opération, c'est la suture simple qui donne la plus faible mortalité.

En effet, le relevé des sutures simples exécutées depuis 1933 nous donne les chiffres suivants :

9 sutures simples exécutées moins de 12 heures après la perforation : 8 guérisons.

Dans 4 sutures simples exécutées après ce délai, nous avons eu 4 morts.

C'est la raison pour laquelle nous avons abandonné le principe d'autrefois qui consistait à réserver la suture simple aux cas désespérés.

A la suite des recherches expérimentales qui ont été poursuivies par les professeurs A. Weiss et E. Aron et des applications qui ont été faites à l'ulcère humain par les professeurs A. Stolz et Weiss, tous les ulcéreux sont systématiquement traités depuis 1935 *par les injections de laristine « Roche »*.

Cette méthode est mise en œuvre non seulement pour le traitement de la maladie ulcéreuse en évolution, mais encore, à titre prophylactique, chez les malades qui ont subi une intervention pour l'ulcère.

Forts des résultats que cette thérapeutique a donnés pour l'ulcère simple, il était logique de l'utiliser également dans les cas d'ulcères perforés avec l'idée de prévenir, après l'intervention, le retour offensif des poussées ulcéreuses.

C'est pour cette raison que nous avons renoncé à pratiquer la chirurgie maxima en matière d'ulcère perforé, c'est-à-dire la gastro-pylorectomie.

Nous donnons notre préférence à la chirurgie minima moins mutilante et moins choquante, c'est-à-dire la suture pure et simple, presque toujours possible, ou la suture jointe à une gastro-entérostomie, si le canal pylorique est par trop rétréci par l'enfouissement de la perforation, jointe aux cures de laristine.

La suture simple, une fois l'accident perforatif guéri, nous place dans les conditions où nous nous trouvons lorsque nous avons à traiter un ulcère non compliqué.

Nous demandons à des cures périodiques de laristine d'interrompre l'évolution de la maladie ulcéreuse, *dont l'intervention n'a guéri qu'une complication accidentelle.*

Nous utilisons les ampoules de 5 cc. de laristine « Roche » de la façon suivante :

Première cure de 21 injections aussitôt après l'intervention.

Deuxième cure identique 5 semaines après, puis de nouvelles cures d'entretien de douze piqûres tous les trois ou quatre mois.

Il nous paraît très important d'insister auprès des malades pour qu'ils se soumettent aux cures périodiques d'entretien sans attendre le retour des poussées ulcéreuses.

Nous constatons *qu'aucun des malades opérés depuis 1933 et soumis régulièrement aux cures de laristine, n'a dû être réopéré pour une récidive d'ulcère ou pour un ulcus jéjunal anastomotique.*

Cette méthode de chirurgie minima, complétée par des injections de laristine, nous paraît donc devoir être poursuivie.

CHRONIQUE

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES ENTRE LA FRANCE ET LES PAYS ÉTRANGERS (A. D. R. M.)

L'A.D.R.M., qui rend de si grands services pour les échanges français et étrangers, n'est pas assez utilisée par les médecins français. Les médecins étrangers connaissent mieux que nous cette organisation si pratique. Ils savent qu'ils peuvent y trouver tous les renseignements leur permettant de travailler utilement pendant leurs séjours en France.

Le bureau de renseignements se trouve à la Faculté de médecine de Paris (salle Béclard). Il est ouvert tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi. Tous les renseignements concernant les leçons, les séances opératoires, les cours complémentaires, etc... y sont centralisés. Les renseignements peuvent être donnés en français, anglais ou en espagnol, par la Directrice, Mlle Huré. Ils peuvent être donnés aussi par correspondance adressée à l'A.D.R.M., à la Faculté de médecine à Paris, ou par téléphone (Danton 09-59 et Danton 55-36).

Le docteur Mathé reçoit le mardi et le jeudi, de 16 à 17 heures, les médecins de langue espagnole. M. le professeur Hartmann, président de l'A.D.R.M., président de l'Académie de médecine, reçoit le mardi, de 16 h. 30 à 17 heures.

Rappelons enfin que l'A.D.R.M. publie un bulletin trimestriel dans lequel on trouve de nombreux et précieux documents sur la vie médicale à l'étranger. Ce bulletin montre quel effort a été réalisé par M. Hartmann et ses collaborateurs. On leur doit une grande reconnaissance pour leurs efforts soutenus en faveur de la propagation de la science et de l'influence de notre pays.

F. L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

STÉNOSE HYPERTROPHIQUE DU PYLORE CHEZ LE NOURRISSON

Cette affection du nourrisson apparaît de plus en plus fréquente et cela sans doute parce qu'elle est mieux et plus tôt diagnostiquée. Sitôt le diagnostic fait, et après échec du traitement médical que l'on devra toujours essayer mais sans trop, la sténose hypertrophique relève du traitement chirurgical.

La sténose hypertrophique du nourrisson survient chez le nourrisson âgé de 15 jours à 2 mois, des garçons le plus souvent. Très fréquemment, de tels enfants se sont trouvés dans les meilleures conditions d'alimentation, nourris au sein, et rien ne pouvait faire prévoir l'éclosion de l'affection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, la lésion est essentiellement caractérisée par la présence d'une tumeur qui occupe la région pylorique.

Cette tumeur a le volume d'une olive et est limitée tant du côté gastrique que du côté duodénal par 2 sillons qui font démarcation entre cette masse anormale et les régions sus et sous-jacentes normales.

Elle est plus blanche que l'estomac et le duodénum normal.

Elle est dure, donnant au palper l'impression de cartilage.

Incisée selon son grand axe, la coque qui en forme le plan superficiel s'éverse avec une tranche blanche et grenue.

Cette coque étrangle le tube muqueux qui forme son axe, et si l'olive ne fait pas de saillie du côté gastrique, elle soulève du côté *duodénal, un véritable petit cul-de-sac muqueux.*

Histologiquement, cette tumeur est constituée par une hyperplasie de la musculeuse portant surtout sur la couche circulaire, sphinctérienne ; de plus les fibres musculaires prises isolément, paraissent hypertrophiées.

On ne peut admettre une cause inflammatoire comme pathogénie de cette affection ; la sténose hypertrophique du pylore est *une hyperplasie d'origine congénitale.*

CLINIQUE

Nous décrirons tout d'abord la *forme aiguë précoce.*

Elle représente au moins deux tiers des cas.

Début. Notion capitale : *entre le début des accidents et la naissance*, il existe un *intervalle libre* de 8 jours à un mois en moyenne.

Pendant tout ce temps, l'enfant est en parfaite santé.

Puis l'enfant commence à vomir :

Ces vomissements sont explosifs, d'un seul jet, éliminant toute la précédente tétée. Ils ne contiennent jamais de bile.

Ces vomissements, au début, succèdent à chaque tétée, puis s'espacent, revenant toutes les 2 ou 3 tétées.

Etat. — L'enfant a faim, il réclame avidement son biberon.

On voit se dessiner sous la partie haute de la paroi abdominale, des *ondes péristaltiques* allant de haut en bas et de gauche à droite. Il existe de plus du durcissement intermittent de la région épigastrique qui, avec les ondulations, marque la lutte de l'estomac contre l'obstacle pylorique. Puis survient le vomissement.

Et en palpant doucement la région de l'hypochondre droit, après un vomissement, on peut, mais cela est difficile, sentir la petite tumeur allongée que forme l'olive.

A mesure que s'installe l'imperméabilité pylorique ; les SELLES deviennent rares ; elles sont vert foncées, prenant *l'aspect du méconium.* Les *urines* sont émises en petite quantité, le nourrisson ne souille plus ses langes que une ou deux fois par 24 heures.

Enfin, la *courbe du poids* baisse lentement au début, puis rapidement, brutalement, fait une chute impressionnante atteignant 20 p. 100 du poids initial.

Très souvent, la *température* est hypothermique aux environs de 36°. L'enfant résiste au maximum 1 mois à 6 semaines après le début des vomissements.

Une radioscopie est indispensable ; elle montre dans un *premier stade*, un estomac qui *lutte contre la sténose*, puis dans un *deuxième stade*, un *estomac fatigué avec dilatation prépylorique.*

Forme chronique. — Il faudrait peut-être mieux dire *forme incomplète de la sténose.* C'est dans ces formes que l'on se rend compte de l'importance du spasme surajouté qui conditionne un arrêt complet, mais intermittent, des passages pyloriques.

Aussi, il y a plutôt arrêt d'augmentation que diminution franche du poids. Ces formes d'évolution irrégulière cèdent bien au traitement médical ; encore faut-il proposer une intervention si le pylore ne laisse pas passer la moitié de la baryte ingérée.

DIAGNOSTIC

Dans la forme aiguë, le diagnostic s'impose.

Dans la *forme chronique*, il est beaucoup plus délicat : on élimine facilement le mérycisme, les vomissements de la très rare méningite tuberculeuse à cet âge ;

Beaucoup plus difficiles sont les *intolérances au lait*, qui surviennent chez des hyper ou des hypoalimentés.

Le gros diagnostic reste avant tout le *pylorospasme.*

Dans cette affection, survenant chez des enfants issus de parents névropathes, souvent spasmophiles, les vomissements ne sont pas constants ; ils sont fréquents. Les selles ne prennent jamais le caractère méconial. A la radioscopie, on constate un retard à l'évacuation qui ne commence que 2, 3 heures après l'ingestion barytée.

TRAITEMENT

On doit toujours tenter un traitement médical, mais ne pas trop s'y attarder :

Changement d'alimentation ;

Antispasmodiques (sulfate d'atropine) ;

Chlorure de Ca ;

Les rayons ultra-violets ont dans certains cas donné des résultats remarquables.

Mais dès que la baisse de poids est considérable, l'intervention s'impose, après, cependant avoir fait du sérum sous-cutané.

On pratique la *pylorotomie extra-muqueuse*, avec incision sous-costale droite.

La libération de la muqueuse se fait en fendant longitudinalement l'olive, en prenant soin de ne pas léser la muqueuse du côté duodénal. La gastro-entérostomie trans-mésocolique semble infiniment plus sérieuse comme intervention parce qu'infiniment plus longue.

Les résultats sont bons si le nourrisson n'est pas par trop cachectique. En surveillant bien les soins post-opératoires, on peut abaisser la mortalité à 2 ou 3 p. 100.

R. J. CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 95. — SAMEDI 28 NOVEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Le jury définitif du *Concours d'électro-radiologiste* est ainsi composé : MM. Delherm, Duhem, Joly, Bréchot et Tzanck.

— Le jury définitif du *Concours de la médaille d'or* est ainsi composé :

Médecine : MM. Garcin, Célice, Ravina, Chevallcy et Kourilsky.

Chirurgie et accouchements : MM. Robineau, Basset, Küss, Parfonry et Metzger.

Hôpitaux d'Angers. — Après concours, le docteur M. Fronteau a été nommé médecin stomatologiste des hôpitaux d'Angers.

Hôpitaux de Lille. — *Concours d'internat.* — Les concours d'internat des hôpitaux de Lille et des hôpitaux des Facultés catholiques ont eu lieu simultanément. En voici le résultat :

Internat des hôpitaux de Lille. — MM. Dehouck et Lagarde, internes titulaires ; M. Rogez, externe en premier. Classés à la suite : MM. Sorrant, Alexandre, Coustenoble.

Internat des hôpitaux des Facultés catholiques. — MM. Dehouck, Lagarde, Rogez et Sorrant, internes titulaires.

MM. Dehouck et Lagarde ayant opté pour les hôpitaux de Lille, MM. Rogez et Sorrant ont été affectés, conformément au règlement, à l'hôpital Saint-Philibert.

Concours d'externat. — Ont été nommés :

Externes des hôpitaux de Lille : MM. Parisis, Protin, Bradier, Boudailliez, Rémond, Desoutter, J. Delaoutre, Nolf.

Externes des hôpitaux des Facultés catholiques : MM. Parisis, Bradier, Nolf, Rémond, Protin, P. Delaoutre, Tréca, Dutilheul.

Classés à la suite : MM. Bernard, Blanc, Guennic.

Faculté de médecine de Paris. — La cérémonie de la pose de la première pierre des nouveaux bâtiments de la Faculté de médecine aura lieu le jeudi 3 décembre, à 15 heures, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale et en présence de M. le sous-secrétaire d'Etat à la Recherche scientifique.

(Angle du boulevard Saint-Germain et de la rue des Saints-Pères.)

— *Nouveau régime. Session de février* 1937. — Les consignations pour la session de réparation de février 1937 seront reçues les lundi 7 et mardi 8 décembre, au secrétariat de la Faculté : de midi à 15 heures, guichet II pour les 1re, 2e et 3e années ; guichet III pour les 4e et 5e années.

Avis aux étudiants. — Les listes publiées par le Bureau universitaire de Statistique concernant les examens et concours ouverts aux éudiants diplômés ou non, et en général toutes les informations relatives aux situations, emplois et débouchés qui leur sont offerts, sont centralisées au Bureau des renseignements de la Sorbonne, où elles peuvent être consultées tous les jours, de 10 h. à 12 heures et de 14 h. à 16 heures.

Facultés de médecine. — LILLE. — M. Machebœuf, agrégé, est chargé de la suppléance de M. Giberton, professeur sans chaire.

Sont chargés de cours complémentaires : MM. Combemale (pharmacologie) ; Gernez (bactériologie) ; Sonneville (physique) ; Painblanc (ophtalmologie) ; Müller (déontolo-

gie) ; Soleil (stomatologie) ; Swynghedauw (médecine opératoire).

— ALGER. — M. Houel, agrégé, est pérennisé ; il assurera à ce titre le cours théorique des élèves sages-femmes.

Ecoles de médecine. — BESANÇON. — Le docteur Pierre Gomet est institué pour 9 ans professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales.

— DIJON. — M. Quanquin, chef de physiologie, est prorogé dans ses fonctions du 1er novembre 1936 au 30 septembre 1937.

— LIMOGES. — M. Malabou, pharmacien, est délégué, jusqu'à l'issue d'un prochain concours, dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— POITIERS. — Le docteur Foucault est institué pour 9 ans professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— REIMS. — M. Techoueyres, professeur d'histologie, est nommé professeur d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — Sont nommés *au grade de chevalier* : MM. Auroussseau, pharmacien à Paris, et Courgeon, médecin chef honoraire à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Ministère de la Santé publique. — Le *J. O.* du 25 novembre 1936 publie un avis de concours pour la nomination de l'*inspecteur départemental d'hygiène* de la Charente-Inférieure.

— Et un avis de vacance de poste de médecin directeur d'*asile public d'aliénés* à Saint-Gemmes-sur-Loire, par suite du départ de M. le docteur Baruk.

— Il est créé au ministère de la Santé publique une *commission permanente du rhumatisme* et une *commission permanente des laboratoires.*

Marine. — Le titre de spécialiste des hôpitaux maritimes (branche ophtalmologie-oto-rhino-laryngologie) a été accordé, pour compter du 25 novembre 1936, à M. le médecin principal Farges, en service à l'hôpital maritime de Sidi-Abdallah (application des dispositions du paragraphe 3 de l'article 11 de l'arrêté ministériel du 23 décembre 1930).

Marine marchande. — MM. les docteurs Clerc, Perre et Chefneux ont été nommés membres du Conseil supérieur de santé de l'établissement national des invalides de la marine.

— On annonce qu'un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, *aura lieu à Bordeaux, les* 18 *et* 19 *décembre* 1936.

S'inscrire avant le 8 décembre prochain auprès du Directeur de l'Inscription maritime à Bordeaux.

Statistique des diplômes d'Université (mention Médecine). — Le nombre des diplômes d'Université (mention médecine) délivrés par les Facultés françaises pendant les neuf dernières années scolaires est le suivant :

1927-1928 : 96.
1928-1929 : 104, soit 8 en plus.
1929-1930 : 120, soit 16 en plus.
1930-1931 : 132, soit 12 en plus.
1931-1932 : 176, soit 44 en plus.
1932-1933 : 170, *soit 6 en moins.*
1933-1934 : 191, soit 21 en plus.
1934-1935 : 240, soit 49 en plus.
1935-1936 : 262, soit 22 en plus.

Les diplômes d'Université. Statistique générale. — Les diplômes d'Université (mention médecine) délivrés par les Facultés françaises depuis 38 ans (époque de la création de ce titre) atteignent le chiffre de 3.309, répartis comme suit :

Alger : 12 ; Bordeaux : 164 ; Lille : 11 ; Lyon : 404 ; Marseille : 5 ; Montpellier : 520 ; Nancy : 187 ; Paris : 1.714 ; Strasbourg : 140 ; Toulouse : 152.

214 titulaires du diplôme d'Université ont ultérieurement obtenu un diplôme d'Etat.

(Tous ces renseignements nous ont été aimablement communiqués par le docteur Darras, de *la Vie médicale*).

Hommage national au commandant Charcot et aux victimes du « Pourquoi Pas ? — Mercredi soir, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. le Président de la République et sous la présidence du Ministre de l'Education nationale, un hommage national a été rendu à la mémoire de Jean Charcot et de ses compagnons. Parmi les messages dont il a été donné lecture, signalons, en particulier, celui de M. Jean-Louis Faure, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine qui fut le compagnon de Charcot dans une de ses dernières explorations.

Hommage à M. le professeur A. Gosset. — La remise d'une épée d'honneur à M. le professeur A. Gosset, à l'occasion de son élection à l'Académie des Sciences, aura lieu à l'hospice de la Salpêtrière (47, boulevard de l'Hôpital), dans l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières, le samedi 28 novembre 1936, à 11 heures très précises, sous la présidence de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique.

Médaille du docteur Georges Labey. — La remise de la médaille offerte au docteur Georges Labey aura lieu le lundi 21 décembre, à 11 heures, à l'hôpital Boucicaut (78, rue de la Convention).

Nécrologie. — On annonce la mort du docteur Léon Defontaine, ancien interne des hôpitaux de Paris (1878), chirurgien honoraire de l'hôpital du Creusot, correspondant de l'Académie de chirurgie, ancien conseiller général, décédé au Creusot, à l'âge de 81 ans.

— Du docteur Antoine de Rocca Serra, à Marseille.

— De M. Henry Rogier, docteur en pharmacie, directeur des Laboratoires Rogier. Nous adressons à son gendre, le docteur Boutin, toutes nos sincères condoléances.

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR CHARLES LAUBRY

Il était une fois une salle de garde particulièrement bruyante, et, dans cette salle de garde, un « provisoire » qui « potassait » ses questions sans que le vacarme parût troubler son ardeur. Il faut croire que sa méthode avait du bon, puisqu'au concours d'internat suivant, il se classait second. Aussi n'a-t-il garde d'en changer. Elle lui vaut, en 1911, le titre de médecin des hôpitaux. Il prend, après la guerre, ce beau service de Broussais qu'il ne devait plus quitter. Et voilà que, par la voix populaire autant que par le vote unanime de ses pairs, il est jugé digne d'entrer à la Faculté. Le 17, il faisait, au grand amphithéâtre, sa leçon inaugurale. Ses premières paroles sont, conformément à la tradition, toutes de gratitude : à ceux qui ont facilité la création de la chaire qu'il occupe aujourd'hui ; au Parlement, qui a voté les crédits nécessaires ; au ministre de l'Instruction publique ; à ses nouveaux collègues ; à M. le Doyen, qu'il remercie pour son « compliment » délicat, et, comme toujours, si bien tourné ; à son père, auquel il doit son goût pour l'éclectisme ; à ses maîtres : Caussade, Brocq, flanqué de Veillon, Babinski, Darier, et, surtout, Achard et Vaquez, sans oublier les chirurgiens : P. Bazy, *détracteur* de quintessence, A. Gosset, énergie ordonnée. En passant, il honore d'une « citation » ses élèves : D. Routier et J. Walser. N'est-ce point avec eux que, depuis tant d'années, il s'occupe de cet organe central de la circulation, de ce viscère qui ne le cède en dignité à aucun autre ? Pour en étudier les fonctions, rien ne vaut la clinique, à condition qu'elle s'appuie sur des techniques scientifiques. C'est, en effet, à la physiopathologie que l'on doit la plupart des progrès réalisés dans le cours de ces dernières années : sphygmanométrie, examen des tracés veineux : capillaroscopie, exploration de ce tissu nodal qui préside à l'automatisme et qui produit l'excitation, tandis qu'au myocarde est dévolue la contraction ; repérage des lésions, grâce à l'électrocardiographe d'Einthoven ; phonocardiogrammes ; radiologie, qu'elle s'adresse aux orthodiagrammes, aux téléradiogrammes ou aux radiokimogrammes, etc. C'est à l'application de ces méthodes comme à leur confrontation avec les données classiques de la séméiologie que l'on doit tant de découvertes, les unes d'ordre théorique : révision des valeurs fonctionnelles circulatoires, création de nouveaux syndromes, explication de troubles morbides tels qu'hypertension, aortite, artérites pulmonaires, démembrement de l'ancienne asystolie, introduction dans la science d'une entité jusqu'alors méconnue, les *neurotonies ;* les autres, d'ordre pratique : emploi de médicaments doués d'une activité extrême : succédanés de la digitale, quinidine, ouabaïne ; utilisation des procédés physiothérapiques les plus modernes ; recours, dans certains cas, à la chirurgie ; hygiène et assistance des cardiaques. Ces découvertes méritent d'être vulgarisées et amplifiées. Pour cela, un seul moyen : la création d'un Institut de cardiologie, richement doté en ressources et où sera enseignée, non la pathologie, mais la clinique, non, je ne sais quel passé vieillot, mais le présent et même, à l'occasion, l'avenir.

De chaleureuses ovations saluent la fin de cette magnifique leçon dont les tendances novatrices, ainsi que la haute tenue littéraire, ont été très goûtées. Comment les élèves n'auraient-ils pas manifesté leur affection à celui dont le prodigieux labeur, la jeunesse d'esprit et les qualités d'organisateur ont fait, depuis si longtemps, un chef d'école ? N'apprennent-ils pas de lui, chaque jour, que, comme le veut son ami Montaigne, « la médecine se forme par exemple et expérience » ? N'éveille-t-il pas autour de lui la sympathie par son accueil cordial et simple, par cette « aménité bourguignonne » propre à cette charmante contrée, où « les villes mettent des pampres dans leurs armes, où tout le monde s'appelle frère ou cousin, pays de bons vivants et de joyeux noëls ? » En l'entendant parler avec reconnaissance de ses chefs, avec tendresse de ses malades, ne se disait-on pas que, pour professer la cardiologie, il fallait un homme de cœur ?

L. BABONNEIX.

Edoardo PERRONCITO

(de Turin)

L'illustre savant italien qui vient de mourir était né en 1847 à Viale d'Asti. Après avoir fait ses études à l'Ecole vétérinaire de Turin, il obtient en 1868 le diplôme de docteur vétérinaire. A *vingt-sept ans*, il occupe la chaire de pathologie générale et d'anatomie pathologique, où il succède à son maître Sebastiano Rivolta.

Il s'adonne d'abord à des travaux histopathologiques. C'est à lui que l'on doit d'avoir prouvé l'identité de structure du tubercule humain et du tubercule bovin. Il décrit la phtisie perlée et la phtisie caséeuse des bovidés.

Peu à peu, il se consacre entièrement à la *Parasitologie* et son œuvre se déroule admirable et féconde. Est-il nécessaire de rappeler ses études, classiques depuis longtemps, sur les Distomes des bovidés, l'Echinococcose ? C'est lui qui isole le premier les cysticerques du Toenia-solium et qui décrit le cycle du Tœnia saginata.

Mais voici deux grandes découvertes qui assurent sa réputation mondiale.

En 1879, après avoir isolé la trichine chez le chien, il recherche et trouve le Nématode dans les viandes de porc importées d'Amérique. Il dénonce les dangers de la *Trichinose* et en établit la prophylaxie.

En 1880, il établit que la maladie des mineurs du Saint-Gothard est une helminthiase due à l'*Anchylostoma duodenale*. En moins de trois mois, ses recherches lui permettent d'indiquer la thérapeutique et la prophylaxie de la maladie.

On comprend que lors du cinquatenaire de l'inauguration du tunnel du Saint-Gothard, en 1931, un hommage particulier ait été rendu à l'illustre savant. L'Institut de France lui décerna un prix Montyon à cette occasion.

Parmi les innombrables travaux de Perroncito, il faudrait citer encore ses recherches sur le choléra des animaux de basse-cour, sur la vaccination contre le charbon, sur la transmission du virus rabique de la mère au fœtus. Il n'est pas de sujet en parasitologie et en zoologie qu'il n'ait étudié et éclairé.

Depuis 1880, il dirigeait le Laboratoire de parasitologie de Turin. C'est là qu'il mit au point ses principales découvertes et qu'il écrivit son magnifique traité sur *les Parasites de l'homme et des animaux.*

Dans sa belle vieillesse, Ed. Perroncito connut tous les honneurs. Les Académies du monde entier lui ouvrirent leurs portes. En France, l'Institut, l'Académie de médecine, l'Académie d'agriculture, la Société de biologie, le comptèrent parmi leurs membres. Il était commandeur de la Légion d'honneur. Une grande douleur assombrit ses dernières années. Son fils, qui, très jeune, était devenu le brillant doyen de la Faculté de Pavie, disparut prématurément. C'était un biologiste éminent qui portait dignement un grand nom. C'était aussi un parfait ami dont nous tenions à rappeler le souvenir en rendant hommage à l'illustre savant qui vient de mourir (1).

F. L. S.

(1) Nous tenons à remercier M. le professeur Brumpt qui, avec une grande amabilité, a bien voulu nous aider à compléter notre documentation.

REVUE GENERALE

PHYSIOPATHOLOGIE DES ANÉMIES DIGESTIVES NON HÉMORRAGIQUES ET EN PARTICULIER DES ANÉMIES ACHYLIQUES

Par A.-C. GUILLAUME (1)

Le métabolisme du fer et les anémies

Comme la plupart des remèdes efficaces, le fer a été introduit dans le traitement des malades pour des raisons empiriques ; ultérieurement, par l'effet de la curiosité scientifique, on a voulu connaître les raisons de son utilité thérapeutique et adapter les constatations empiriques à des précisions scientifiques. Ceci a conduit à des constatations souvent contradictoires, mais qui, aujourd'hui, permettent de se faire une opinion sur le processus du métabolisme du fer. L'étude de ces différentes conceptions relatives au rôle du fer dans l'organisme, à ses fonctions physiologiques et à son rôle thérapeutique, va nous donner une explication des faits constatés. Le fer peut être introduit dans l'organisme sous deux formes : le fer organique, dans lequel le fer participe à la constitution d'un composé organique ; le fer inorganique, dans lequel le métal se présente sous sa forme minérale et celle de ses composés les sels de fer.

L'hémoglobine du sang est, dans l'organisme, l'élément qui, en définitive, fixe le fer dans une combinaison organique. Les aliments apportent à l'organisme les quantités de fer nécessaires à son entretien et les fournissent sous une forme organique.

D'après les constatations de Stockman, l'alimentation habituelle contient assez de fer pour remplacer les pertes habituelles (physiologiques) de fer, par les selles et par les urines ; *l'alimentation est cependant insuffisante pour compenser les pertes pathologiques qui peuvent venir s'ajouter aux pertes physiologiques.*

La plupart des aliments contiennent du fer ; seuls en sont dépourvus le lait, le riz, le pain blanc et beaucoup de fruits. Il est donc facile de donner une alimentation contenant du fer en suffisance ; mais, si une alimentation dépourvue de fer, ou trop faible en fer, favorise l'apparition d'une anémie, il semble bien qu'*une alimentation riche en fer organique, ou l'administration de fer organique sous forme thérapeutique, n'ont aucune action bien remarquable dans les anémies, même dans les anémies hypochromes* (chlorotiques), et *n'empêchent pas ces anémies de se produire quand il existe, par ailleurs, d'autres raisons à la production de ces chloroanémies.* On peut dire que le fer organique des aliments apporte à l'organisme tout ce que celui-ci peut utiliser de fer organique et que les composés thérapeutiques organiques ne font pas mieux que les aliments.

D'ailleurs, Wildt a montré que l'absorption du fer organique dans les parties hautes de l'intestin ne modifie pas sensiblement l'élimination urinaire du fer et sa fixation dans l'organisme, car tout l'excès de fer absorbé est rejeté par l'organisme dans les parties basses de l'intestin et éliminé avec les selles.

Par contre, *le fer inorganique, les sels de fer, ont une action certaine et favorable sur les anémies hypochromes.*

Pour expliquer cette différence d'action thérapeutique, fait certain, on a pensé alors que le fer inorganique était absorbé en quantités importantes, contrairement au fer organique ; mais les recherches faites pour préciser cette absorption de fer inorganique ont montré, les unes que cette absorption est nulle ou douteuse, et d'autres que cette absorption existe mais qu'elle est quantitativement très faible.

On trouve la preuve de l'absorption du fer inorganique : dans les recherches microchimiques faites par Mac Callum, Quincke, Gaule, sur la muqueuse intestinale ; dans la constatation, par Gaule, de la présence de fer dans la lymphe des gros vaisseaux lymphatiques peu de temps après l'administration dans l'estomac de sels de fer ; dans les expériences de Kunkel, Cloetta, Abderhalden, Fartkowsky, sur des animaux saignés puis alimentés avec du lait avec ou sans sels de fer. Dans ces conditions, seuls les animaux auxquels on administre des sels de fer réparent leur anémie et l'on constate, chez eux, la présence du fer dans le foie. Abderhalden constate également que si les sels de fer (fer inorganique) donnent de tels résultats, par contre le fer organique ne donne aucun résultat dans les mêmes conditions.

Toutes ces recherches montrent que le fer introduit dans l'organisme est absorbé dans les parties hautes de l'intestin, qu'il va s'amasser dans le foie qui libère dans la circulation des quantités insuffisantes pour que leur concentration dans le sang devienne excessive et toxique, mais suffisantes pour les besoins du sang. Une partie de ce fer est transformée, passe dans les globules et sert à l'élaboration de l'hémoglobine. La plus grande partie du fer est éliminée par l'intestin, car le fer contenu dans les selles augmente beaucoup après administration de fer par la bouche ou en injections sous-cutanées ; le rein en élimine une quantité assez fixe mais minime, la quantité de fer contenue dans les urines n'augmente pas dans les mêmes conditions expérimentales (Gottlieb). Ce sont les parties basses de l'intestin qui assurent cette élimination du fer, et cette élimination est directe, faite par les glandes de l'intestin, puisque les constatations de Novi montrent que la bile ne contient que des traces de fer. *Le cycle du fer est donc intestinal pour son absorption et l'élimination de l'excès absorbé, le cycle du fer va de l'intestin à l'intestin ; entre l'intestin qui absorbe et l'intestin qui élimine, le fer circule dans l'organisme.* Le rein ne constitue pas une voie d'élimination de l'excès de fer.

D'après Asher, la rate serait l'organe régulateur du métabolisme du fer. Ceci trouverait sa confirmation dans les troubles de l'élimination du fer constatés après extirpation de la rate, chez l'animal, par Grossenbacher et par Zimmermann, et chez l'homme par Bayer.

Dans son passage dans l'organisme, le fer aurait des actions multiples : il stimulerait les fonctions des cellules qui forment l'hémoglobine (à la constitution

(1) Fin. Voir *Gaz. hôp.*, 1936, n° 93.

de laquelle il participe), il agit ainsi sur les fonctions hémopoiétiques de la moelle osseuse, comme l'indiquent les expériences de Fr. Muller et sur le métabolisme de la croissance et des échanges des tissus. En particulier, il fait disparaître l'excès d'eau des tissus dans les cas de chlorose.

Mais ces multiples fonctions n'utilisent qu'une minime partie, quelques milligrammes seulement, des sels de fer absorbés. Or, les constatations thérapeutiques montrent que pour obtenir de bons résultats dans les anémies hypochromes, et dans les troubles qui accompagnent souvent les anémies (manifestations métanémiques pendant et en dehors des anémies), il faut employer des quantités importantes de fer (plusieurs grammes par jour). Et ce fer absorbé en excès, dans un but thérapeutique, ne va pas passer dans l'organisme, il va être rejeté très vite, par l'organisme, dans l'intestin.

On est donc amené à constater que le fer organique, forme voisine du fer fixé dans l'organisme, est bien absorbé dans la proportion nécessaire à l'entretien du métabolisme normal du fer dans l'organisme, mais qu'il n'est d'aucune utilité dans les conditions pathologiques, puisqu'il n'empêche pas la production des chloro-anémies et n'amène pas leur guérison. Le fer inorganique est, lui aussi, absorbé, même par une muqueuse non altérée ; on ne sait pas s'il participe aux besoins du métabolisme normal du fer dans l'organisme, mais il est certain qu'il participe aux processus de guérison des anémies et des troubles associés à ces anémies, et, pour obtenir un bon résultat, il faut, dans ces cas, employer des doses de fer qui constituent un excès de fer par rapport aux quantités utilisées dans l'organisme.

Tout ceci permet de penser que le fer organique et le fer inorganique ont des effets différents et participent peut-être à des fonctions différentes, l'une physiologique (fer organique), l'autre pathologique (fer inorganique), d'où utilité de combiner les deux traitements par les sels de fer et une alimentation riche en fer.

Comment interviennent ces quantités de fer en excès et qui produisent cependant des effets thérapeutiques certains. Il est probable que *le fer en excès a une action locale sur le tube digestif et en particulier une action d'absorption des sulfides toxiques contenus dans l'alimentation, et une action sur les pullulations microbiennes intestinales.* Le fer serait alors *un médicament antitoxique et antimicrobien, destructeur des poisons intestinaux* qui, eux, agissent sur le sang pour produire l'anémie.

Le rôle du fer paraît donc être double : il agit par sa minime partie en édifiant les globules, il agit par sa majeure partie en modifiant dans un sens favorable les conditions intestinales.

F. H. Bethell, S. M. Goldhamer, R. Isaacs et O. S. Sturgis ont, récemment, indiqué les caractères des anémies par insuffisance de fer. L'anémie par insuffisance de fer est due à la diminution de la quantité de fer nécessaire à la formation de l'hémoglobine. Cette déficience peut être la conséquence de la diminution des réserves de fer par l'effet d'hémorragies répétées, de l'insuffisance de l'apport alimentaire du fer, ou de l'inaptitude du sujet à l'assimilation du fer. Le type de l'anémie est dans ces cas l'hypochrome microcytaire. Le traitement nécessite des quantités élevées de fer. Il y a une période initiale de latence qui représente le temps nécessaire à la maturation des érythrocytes dans la moelle osseuse.

Chez les sujets qui ont une sécrétion gastrique acide, on constate une plus rapide réponse du sang à la médication par le fer. Il faut six à huit semaines de traitement pour ramener l'hémoglobine et les globules rouges à la normale. Dans l'achlorhydrie, il faut continuer le traitement pour éviter la récidive de l'anémie. L'achylie semble agir par l'absence d'acide chlorhydrique dans l'intestin.

Le mode d'administration du fer est important. Par la bouche, et en dehors des phénomènes locaux d'irritation ou des troubles digestifs (constipation) qu'ils produisent, les sels de fer n'ont aucune toxicité ; à l'inverse, si ces sels de fer sont injectés directement sous la peau ou dans les veines ils produisent des accidents toxiques analogues à ceux produits par l'arsenic (Meyer et Williams). Ce fait a été interprété comme une preuve de la non-absorption digestive des sels de fer. C'est un phénomène observé pour d'autres substances que les sels de fer, par exemple les sels de potassium ; il est donc possible d'expliquer, comme le montre Rothberger, cette non-toxicité des sels de fer ingérés, par l'action du foie, action protectrice contre les effets toxiques, qui agit en retenant les sels de fer pour les libérer progressivement à un taux compatible avec les possibilités d'élimination intestinale et sans que la concentration dans le sang devienne excessive, donc toxique.

Le métabolisme des protéines et les anémies

La molécule protéique peut être considérée comme une mosaïque d'acides aminés différents, une molécule d'albumine pouvant renfermer 40 à 50 molécules d'acides aminés. Dans le tube digestif et sous l'action des ferments gastriques, pancréatiques et intestinaux (pepsine, trypsine et érepsine), qui agissent par une véritable hydrolyse biologique, les protéines sont peu à peu dissociées en leurs éléments constituants, d'abord des formes assez grossières, les albumoses, puis des formes plus simples, les peptones, et l'aboutissant de cette désintégration est la molécule d'acides aminés. Schutzenberger disait « que la rupture de la molécule complexe d'albumine en divers éléments se fait par hydratation entre les éléments azotés et les groupes élémentaires carboxylés ». Ces acides aminés ne sont pas tous séparés en même temps les uns des autres, ils sont détachés graduellement de la molécule protéique, d'abord la tyrosine, puis le tryptophane et la cystine, puis l'acide glutamique, la leucine, l'alanine ; enfin, la molécule albuminoïde réduite à l'état de peptide, libère la proline, la phénylalanine, le glycocolle. La forme chimique de ces acides aminés ainsi séparés les uns des autres est variable. Il y a des acides aminés acycliques monoaminés (Glycocolle, Acide glutamique), diaminés (Lysine), triaminés (Arginine), sulfatés (Cystine) et des acide aminés cycliques à noyau phénolique (Phénylalanine et Tyrosine), à noyau pyrrolique (Proline et Oxy-

proline), à noyau indolique (Tryptophane), à noyau imidazolique (Histidine).

Ces produits de la destruction des molécules protéiques (fournies par l'alimentation) vont être utilisés par l'organisme pour la réparation et l'entretien de ses cellules, ou pour la construction de tissus nouveaux. Ainsi, *les acides aminés sont des matériaux apportés par l'alimentation et parmi lesquels l'organisme puise les substances indispensables au maintien de l'équilibre vital des tissus ou à leur croissance.* Pour assurer ces fonctions tissulaires, l'organisme reconstruit une molécule albuminoïde complexe avec les acides aminés qui provenaient de l'alimentation ; l'organisme fait la synthèse de ses protéines et constituants des polypeptides, où se trouvent réunies jusqu'à 50 molécules d'acides aminés. Cette synthèse des polypeptides depuis les acides aminés provenant de l'alimentation, fait intervenir les graisses et les hydrates de carbone, et intervient aussi dans le métabolisme des graisses et des hydrates de carbone (acides aminés glycoformateurs et acides aminés cétogènes). Par ces processus, les acides aminés sont des éléments essentiels des processus qui interviennent dans la croissance et le maintien du poids. Les graisses agissent (par leur glycérine et leurs acides gras) comme agents de condensation des acides aminés dans la constitution des polypeptides. Les acides aminés agissent également dans les processus d'oxydation et de réduction qui s'effectuent dans les tissus. Une partie des processus d'oxydation se fait dans les tissus en l'absence de l'oxygène de l'air, et, pour se produire, ces réactions d'oxydation nécessitent une réaction d'hydrogénation. Dans ce processus intervient un dipeptide constitué par deux acides aminés, c'est le *glutathion*, réunion d'une molécule d'un acide aminé acyclique, l'acide glutamique, et d'une molécule d'un autre acide aminé acyclique sulfuré, la cystéine.

Par oxydation, la cystéine se transforme en cystine, et la cystine, en recevant l'hydrogène, se transforme en cystéine. Ainsi, les acides aminés sulfurés ont un rôle prépondérant dans les phénomènes cellulaires, dont ils assurent les mécanismes couplés d'oxydation-réduction. Il y a un *glutathion réduit*, qui, par oxydation, donne un disulfure ou *glutathion oxydé*, et le glutathion oxydé se transforme en glutathion réduit sous l'action des réducteurs. Ainsi, le glutathion est un catalyseur qui produit l'oxydation des acides gras non saturés (combinés à la glycérine dans la constitution des graisses ou en combinaison du type lécithine), et l'oxydation des protéines dans les tissus. Le métabolisme des protéines rejoint par ce moyen le métabolisme du soufre, et l'on voit toute l'importance des glandes endocrines dans ce processus, par la grande quantité de glutathion contenue dans ces glandes, en particulier dans la surrénale et le foie. Les tissus cancéreux contiennent également beaucoup de glutathion. Les processus très compliqués de transformation des protéines montrent que *la composition des albumines construites par l'organisme n'est pas influencée par les matériaux fournis, mais dépend uniquement de l'individu et de la fonction à laquelle il destine ces matériaux.* La valeur alimentaire qualitative des protéines dépend de la nature, du nombre et de la proportion des divers acides aminés. Et il apparaît, alors, que l'absence de certains acides aminés dans l'apport alimentaire produit des troubles, et l'administration de certains acides aminés permet de remédier à certains états pathologiques. De nombreux faits expérimentaux montrent qu'en supprimant certains acides aminés, en produisant une carence, les animaux perdent du poids, cessent de croître ou deviennent cachectiques. A l'opposé, en associant un ou plusieurs acides aminés, dans une proportion déterminée, et en les administrant à l'animal, on produit la croissance, ou on maintient en vie les animaux. Il est donc nécessaire aux processus vitaux que l'alimentation contienne certains acides aminés, et il semble bien que les différents acides aminés ne sont pas tous interchangeables. Dans certains cas, cependant, et pour certains acides aminés, les produits du métabolisme d'un acide aminé peuvent remplacer cet acide aminé. Les expériences de Willcock et Hopkins, celles de Totani, d'Osborne et Mendel, de Champy et Gley, d'Ackroyd et Hopkins, démontrent la nécessité des acides aminés pour la vie tissulaire, et que ces acides aminés agissent parfois à la manière des hormones.

Il est des noyaux aminés, ceux du pyrrol et de l'imidazol (Tryptophane et Histidine) par exemple, dont la synthèse ne peut être faite par l'organisme et qui doivent être apportés tout constitués. Ces mêmes noyaux occupent une place spéciale parmi les acides aminés, en ce sens qu'ils ne sont pas détruits, comme les autres acides aminés, par les processus chimiques du glucose (acides aminés glycoformateurs) et par ceux des graisses (acides aminés cétogènes).

Dans ces processus d'utilisation des acides aminés, il y a une quantité d'un acide aminé au-dessous de laquelle il se produit un trouble de la vie cellulaire ou de la croissance, c'est le minimum indispensable.

Les acides aminés du sang

Les protéines ont une part importante dans la composition du sang.

Les globules rouges sont constitués de deux éléments séparables : le stroma ou élément cellulaire véritable ; l'hémoglobine ou pigment fixé sur le stroma qui lui sert de support physiologique. Le stroma est constitué par un tiers de cholestérine et de lécithine, et deux tiers de substances protéiques et de corps minéraux (nucléoalbumines, globulines). Les hématoblastes sont une combinaison de protéines et de nucléines.

Les globules blancs sont constitués surtout de protéines (nucléoprotéines), de lécithine, phosphatides, cholestérine, corps puriques et glycogène. Il existe aussi des enzymes, surtout protéolytiques (leucocytes en général), des lipases (lymphocytes), des amylases, catalases, peroxydases (polynucléaires). Le plasma contient en dissolution un grand nombre de substances normales ou pathologiques qu'il transporte pour les besoins de l'organisme : l'urée, l'acide urique, le glucose, le chlorure de sodium, les sels de calcium sont les principales de ces substances. De plus, le plasma contient des ferments (enzymes), des hormones et les substances qui assurent les phénomènes de coagulation. Parmi toutes ces substances normales du sang, l'hémoglobine

est spécialement importante. L'hémoglobine est la réunion de trois éléments bien différents : Il y a un métal, le fer. Il y a une albumine bien particulière, la globine. Il y a un groupement constitué par quatre noyaux pyrrol.

La réunion du fer et du noyau tétrapyrrolique constitue l'hématine ou groupement prosthétique de l'hémoglobine. La globine constitue le groupement protéique du chromoprotéide sanguin. La globine contient une forte proportion d'un acide aminé, l'histidine, caractérisée par le noyau imidazol.

La molécule d'hémoglobine est de celles qui, à chaque moment de la vie, se reconstituent et se dissocient. Dans ces actions de reconstitution-dissociation, le fer est mis en dépôt dans le foie et dans la rate, le groupement tétrapyrrolique est éliminé par le foie, car il sert à la constitution des pigments biliaires et de leurs dérivés l'urobiline et la stercobiline ; la globine, comme toutes les protéines, va se transformer en urée, acide carbonique et eau. A l'exception du fer, les produits de destruction de l'hémoglobine sont éliminés comme des déchets et ne servent pas à la reconstitution de l'hémoglobine. Pendant que l'hémoglobine se détruit, d'autres processus la reconstituent, de telle sorte que, dans les conditions normales, la teneur du sang en hémoglobine se maintient constante. Le processus de formation de l'hémoglobine utilise des éléments qui, à l'exception d'une partie du fer, proviennent d'éléments nouveaux apportés de l'extérieur par les aliments et non par les matériaux organiques qui proviennent de la destruction de l'hémoglobine. Ces produits de destruction sont en partie traités par l'organisme comme des déchets et éliminés hors de l'organisme. L'organisme reçoit des aliments la partie de fer qui n'est pas restée en réserve (et qui a été éliminée par les urines et les selles) et la totalité des produits qui vont constituer le groupement pyrrolique et le groupement de la globine.

Dans les conditions habituelles, l'organisme reçoit en suffisance les différents acides aminés nécessaires à l'entretien de ses fonctions tissulaires et, en dehors des conditions pathologiques par altération des appareils de la digestion et de l'assimilation, il faut des conditions absolument anormales de restriction alimentaire pour que les protéines de l'alimentation n'atteignent plus, pour chaque acide aminé, le minimum indispensable. Mais *dans certaines conditions d'altération des fonctions digestives, il semble qu'il y ait un trouble de l'assimilation des protéines, trouble qui aboutit à des carences en certains acides aminés.* Ainsi *les troubles d'assimilation des acides aminés apparaissent comme une conséquence de troubles et lésions de l'intestin.*

Les constatations expérimentales de Mann et Williamson, de Weiss et Aron sur la production de l'ulcère gastrique (par dérivation de leur cours normal des sucs alcalins duodénaux), ont montré que l'ulcère expérimental n'est pas seulement dû à la suppression du reflux, dans l'estomac, du contenu duodénal, protecteur éventuel de la muqueuse gastro-duodénale, mais est également le fait de troubles graves de la nutrition, qui aboutissent à une perturbation des processus de mise en liberté des acides aminés et de leur absorption. Les acides aminés qui manquent alors dans l'apport alimentaire digestif vont faire défaut dans l'organisme, car l'organisme ne peut, à lui seul, faire la synthèse de certains de ces acides aminés avec les matériaux dont il dispose et il est, pour ces acides aminés, entièrement tributaire de l'apport des acides aminés fournis par la dissociation des protéines des aliments. Parmi les acides aminés qui manquent dans ces cas de perturbation digestive, et que l'organisme ne peut produire seul, il y a par exemple le tryptophane et l'histidine. C'est à une carence en histidine que Weiss et Aron attribuent la prédisposition à l'ulcère, qui serait la conséquence d'une véritable maladie ulcéreuse beaucoup plus qu'une atteinte locale d'un facteur local, l'histidine étant un acide aminé nécessaire à la régénération incessante des cellules de la muqueuse digestive et au maintien de l'intégrité de cette muqueuse soumise à l'action du suc acido-peptique. L'histidine appliquée au traitement des ulcères gastriques et duodénaux a donné à certains des résultats favorables qui ont, pour cette raison, semblé confirmer l'exactitude de la conception théorique. Ceci reste un problème thérapeutique non résolu. Mais il est à remarquer que les résultats obtenus par Lenormand dans le traitement des douleurs épigastriques indiquent aussi une sédation de ces douleurs, même quand la cause de la douleur n'est pas un ulcère gastro-duodénal. De même, les acides aminés donnent des résultats favorables dans les douleurs non digestives, dans les aortites, l'hypertension artérielle, les faits cliniques d'angine de poitrine et d'angor, les crises de cholécystite, l'asthme des foins, les syndromes circulatoires classés dans le groupe de la maladie de Raynaud, les vomissements incoercibles de la grossesse, et d'une façon générale les affections sensibles à la protéinothérapie et aux chocs thérapeutiques sont, d'après les constatations de Lenormand, sensibles également à la thérapeutique par les acides aminés.

A moins d'admettre, dans toutes ces affections, l'existence d'un trouble du métabolisme des protéines et d'une carence des acides aminés, on est amené à conclure que l'argument thérapeutique des bons effets de l'histidine dans l'ulcus gastro-duodénal est de ceux qui ne dépassent pas la simple constatation d'une action pharmaco-dynamique, sans pouvoir être interprétée comme une preuve d'un mécanisme physio-pathologique exact.

Fontès et Thivolle ont montré que les acides aminés jouent un rôle capital dans les processus de l'hématopoièse. Le tryptophane est un acide aminé indispensable à la croissance et au maintien du poids, il n'est pas glycoformateur ni cétogène. On peut se demander si cela n'est pas dû à ce que la phénylpyrrolalanine représente le précurseur du noyau tétrapyrrolique de l'hémoglobine. La perte en noyaux tétrapyrroliques est continuelle et importante (pigments biliaires, urobiline, stercobiline, porphyrines) et aucun de ces pigments, pas plus que l'hématine et l'hémoglobine introduits dans l'organisme directement, n'a une action hématogène. Il faut donc que la synthèse du groupement prosthétique de l'hémoglobine s'effectue par des voies chimiques autres que celles du

noyau tétrapyrrolique préformé, mais toutefois grâce au noyau pyrrol, que l'organisme paraît fabriquer lui-même. Or, parmi les constituants de nos aliments, seuls la proline, l'oxyproline et le tryptophane sont vecteurs de ce noyau hétérocyclique. Les prolines n'étant pas indispensables à la conservation du poids et étant glycoformateurs, ne sont pas les précurseurs du groupement tétrapyrrolique sanguin. Il reste donc seulement le tryptophane. La carence en acides aminés d'un type particulier, créerait donc, dans l'organisme, des conditions pathologiques qui empêcheraient la construction de l'hémoglobine par l'organisme, car il est impossible, pour l'organisme, de faire, par synthèse, certains acides aminés, quand ceux-ci ne sont pas apportés par l'alimentation. A l'origine des troubles sanguins dus à la carence de certains acides aminés, il y aurait donc un trouble du métabolisme azoté, d'origine vraisemblablement digestive.

Fontès et Thivolle donnent du mécanisme de production des anémies biermériennes une explication qui illustre assez bien le rôle éventuel des troubles des acides aminés dans l'anémie. Par l'effet de l'achylie gastrique, il y a pullulation microbienne ; à la longue il y a perturbation des sucs pancréatiques et intestinaux. La digestion a une tendance de plus en plus marquée à s'arrêter à la production des gros polypeptides, dont l'absorption est plus malaisée que celle des acides aminés. De plus, le tryptophane et l'histidine sont particulièrement sensibles à la destruction bactérienne des protéines. Chez le biermérien, l'indoxylurie est d'une prodigieuse intensité, indiquant le trouble de la digestion des protéines. S'il se produit, en plus, une perturbation associée de la digestion pancréatique, les troubles sont plus intenses, car la digestion des albuminoïdes est encore plus perturbée. Le foie et l'extrait de foie agiraient d'ailleurs dans les anémies hyperchromes, parce qu'ils apportent, à l'organisme, de l'histidine et du tryptophane.

Le fait de donner à l'organisme, par la voie parentérale, les acides aminés qui manquent et qu'il ne peut élaborer par synthèse, assurerait la guérison des troubles sanguins.

Par les mêmes processus, l'injection intramusculaire d'acides aminés est capable de rétablir le bilan des protéines cellulaires, de stimuler la croissance, l'appétit, de redonner des forces, augmenter le poids, améliorer le bilan azoté et constituer ainsi un traitement de certaines déchéances organiques de cause tissulaire et métabolique.

Les troubles sanguins attribués à une carence des acides aminés montrent que ces troubles ne sont pas primitifs mais qu'ils sont secondaires à des troubles digestifs ou à des troubles endocriniens, en particulier thyroïdiens.

Rôle des amines toxiques

Les acides aminés peuvent participer à la production des anémies digestives par un processus de carence, ils peuvent participer également à leur production par un processus d'action toxique sur le sang.

Depuis longtemps et en particulier depuis les travaux d'Armand Gauthier, on sait que les fermentations et putréfactions microbiennes des produits alimentaires dans l'intestin, aboutissent à la formation de substances toxiques.

Parmi ces substances, les ptomaïnes, bases aminées, ont des effets toxiques bien connus. Metchnikoff a même attribué à ces produits toxiques intestinaux de putréfaction une large part des maladies humaines et de la sénilisation prématurée. Récemment, Loeper, constate la présence dans le sang des hypertendus de Tyramine, produite (par action microbienne sur la tyrosine) dans l'intestin, dans les conditions pathologiques. Ivao, Leites, Hess et Muller ont reconnu l'action sur le sang des acides aminés. Cet ensemble de travaux a conduit à expliquer l'anémie pernicieuse par une action anémiante des amines toxiques, produites, dans l'intestin, par action bactérienne sur les acides aminés des protides.

Guggenheim et d'autres ont isolé un grand nombre d'*amines toxiques*, produites par décarboxylation (perte de la fonction acide) des acides aminés, et cette décarboxylation est, elle-même, produite par de nombreuses espèces microbiennes présentes dans l'intestin. La connaissance de ces amines toxiques produites dans l'intestin, la parenté de ces dérivés azotés des aliments avec les substances connues pour leur particulière toxicité pour le sang (la phénylhydrazine par exemple), ont fait rechercher l'éventuelle action des amines intestinales dans la production des anémies. L. Hess et H. Muller, T. Ivao, Hanke et Koessler, Leites, P. Schenk ont ainsi étudié l'action sur le sang de plusieurs amines dérivées des acides aminés par décarboxylation bactérienne (Méthyl et Ethylamine, Di et Triéthylamine, Isoamylamine, Putrescine, Isobutylamine, Cadaverine, Tyramine, Phényléthylamine, Paraminophénol, Indoléthylamine, Histamine, Indol, Pyrrolidine). Ils ont obtenu des résultats quelque peu contradictoires, qui, dans l'ensemble, montrent cependant une inconstante action anémiante de ces substances (dans d'autres cas une augmentation des hématies). D'autre part, Ehrlich et Pappenheim, Rosenthal, Wislicki et Kollek ont, depuis longtemps, indiqué l'action anémiante de l'Hydroxylamine (dérivé des nitrates sous l'action bactérienne), corps qui, d'après les travaux de J. Blom et ceux de Lindsey et Rhines, peut se former dans le tube digestif. Dans un travail récent, P. Cogny a repris l'étude de l'action sur le sang des amines biologiques et des produits azotés, qu'il divise en trois catégories : les amines dérivées des acides aminés par action bactérienne dans le tube digestif sur les protides de l'alimentation ; les dérivés de l'ammonium quaternaire (Hydrate de tétraméthylammonium, Choline, Neurine) ; les dérivés des nitrates (l'Hydroxylamine). Il constate, chez l'animal, dans la plupart des cas, une action anémiante ; qui est faible ou nulle pour la Choline, l'Histamine, la Méthylamine et les Ethylamines ; nulle pour l'Isoamylamine, l'Indol ; modérée pour la Putrescine et la Cadavérine ; inconstante ou temporaire pour la Tyramine et le Paraminophénol, l'Hydrate de Tétraméthylammonium, la Neurine ; importante et persistante pour l'Hydroxylamine.

De toutes ces recherches, il apparaît possible de conclure que des substances, produites dans le tube digestif par action de microbes d'infection intestinale sur les substances azotées des aliments, peuvent avoir une action toxique sur le sang et, en particulier, une action anémiante. Cette action anémiante prend souvent la forme d'une anémie mégalocytaire mégaloblastique avec hyperchromasie, en particulier pour l'Hydroxylamine ; toutefois, il existe quelques différences entre l'anémie pernicieuse observée en clinique et cette anémie hyperchrome expérimentale : l'hyperchrome expérimentale ne réagit pas à l'hépatothérapie comme le fait la pernicieuse ; contrairement à la pernicieuse, elle montre la présence d'une crise réticulocytaire en l'absence de tout traitement. Ces deux formes ont seulement en commun une formule normochrome ou hyperchrome avec mégalocytose (réaction mégaloblastique). Mais il ne faut pas oublier que, dans les conditions expérimentales, on prend des organismes neufs, auxquels on inflige brutalement l'action d'un facteur morbide ; on peut, ainsi, agir isolément sur un ou plusieurs organes, mais on ne rencontre pas, chez l'animal en expérience, tous les à-côtés morbides d'atteintes pluriviscérales et pluritissulaires qui existent dans la maladie spontanément et lentement constituée ; les réactions de défense de l'organisme ne peuvent être les mêmes dans la soudaine et brutale agression sur un organisme animal sain et dans la lente progression de désordres dont la maladie chronique est l'aboutissant.

Le rôle de l'infection

Attribuer l'anémie pernicieuse à l'effet de microbes lésant les globules et la moelle osseuse est une hypothèse qui a été souvent faite. La faveur tyrannique dont a joui la bactériologie à la suite des immenses progrès qu'elle a fait réaliser en pathologie, écartait longtemps jusqu'à l'idée qu'il puisse exister, hormis quelques rares affections, des maladies dont un agent infectieux ne serait pas la cause ; on a donc cherché le microbe de l'anémie pernicieuse et celui des différentes formes d'anémies alors connues. Frankenhauser et d'autres ont cru trouver dans le sang des éléments en forme de bacilles, auxquels on avait attribué le rôle d'agent causal de la maladie de Biermer.

L'origine intestinale de cette infection anémiante avait également été indiquée. Il s'agissait de ces pseudo-parasites décrits par Hayem et qui sont des érythrocytes déformés, où il s'agissait aussi d'infections d'origine intestinale qui ne pouvaient expliquer l'anémie. Ultérieurement, W. Hunter attribuait la maladie de Biermer à une infection chronique de la muqueuse digestive : les toxines produites par les microbes intestinaux agiraient sur les globules du sang, dans le système veineux mésentérique, pour produire l'anémie.

Autre hypothèse : Grawitz attribue à l'absence de sécrétion acide de l'estomac une puissante action favorisante des putréfactions intestinales albuminoïdes, ce qui constituerait une diminution des défenses de l'organisme contre l'action microbienne.

Plus récemment, on a attribué à des microbes contenus dans des foyers infectants buccaux (amygdales, dents) le rôle de cause de la maladie de Biermer.

Ces hypothèses microbiennes ont été reprises bien souvent, avec ou sans modifications importantes, sans que l'on puisse, en tout cas, reconnaître l'existence d'un microbe spécifique de l'anémie pernicieuse, d'un streptocoque ou d'un bacille intestinal anémiant.

Actuellement, on s'éloigne d'une explication directement bactérienne, on peut penser que les microbes n'agissent ni par leur pullulation dans le sang, ni par les toxiques qu'ils diffusent dans les humeurs, et qu'ils agissent par d'autres mécanismes de transformation toxique du contenu digestif, par destruction des substances alimentaires indispensables ou par les altérations de l'intestin et de l'estomac qu'ils produisent.

Les endocrines et les anémies

Sauf la rate, dont la participation est indiquée dans certains cas par une splénomégalie, mais dont l'intervention est expliquée beaucoup plus par des hypothèses que par des faits établis, on ne trouve pas, dans ces états d'anémie d'origine digestive, de preuve certaine de l'existence d'une endocrinopathie.

Cela ne veut pas dire, d'ailleurs, que les endocrines ne participent pas, au moins par la constitution du terrain individuel, à la genèse de ces anémies digestives. Cela indique seulement que les endocrinopathies ne jouent pas le rôle d'élément primordial dans ces états. Il est fort probable, par contre, que les endocrines, dont les hormones sont des substances voisines des vitamines, participent à ces carences multiples que sont les processus pathologiques anémiants ; dans ces cas, les endocrines interviennent au titre de moyen, d'élément intermédiaire ; elles participent aux troubles, elles n'en sont pas la cause. L'étude des faits cliniques montre, dans les anémies digestives, la très grande fréquence des troubles nerveux organo-végétatifs chez les patients ; ces troubles sont peut-être secondaires, mais les conditions familiales souvent observées dans ces cas permettent de penser qu'ils constituent un état prédisposant, qu'il faudrait rapporter, peut-être, à des troubles thyroïdiens ; sans que l'on trouve cependant la preuve d'une altération importante de la thyroïde.

Il est important de remarquer qu'il existe un rapport assez constant entre les troubles de la sécrétion chlorhydrique de l'estomac et les troubles thyroïdiens, et qu'une activité endocrinienne exagérée, en particulier thyroïdienne, conduit à une désintégration accélérée des protéines qui peut produire des troubles dans l'assimilation des acides aminés.

Le rôle des carences en vitamines dans les anémies

L'équilibre vitaminique intervient pour *maintenir l'intégrité du tube digestif et celle du sang*, et, par cette double action, une perturbation de cet équilibre vitaminique peut contribuer à produire une anémie.

Les vitamines, *substances nutritives accessoires, hormones alimentaires*, sont en abondance dans l'alimentation normale de l'homme, et les difficultés que

l'on éprouve, expérimentalement, pour réaliser un régime dans lequel une ou plusieurs vitamines sont absentes ou en quantités insuffisantes, indiquent combien il est improbable, chez l'adulte, sauf dans certains régimes de famine, qu'il puisse exister habituellement une carence vitaminique provenant d'une alimentation défectueuse.

Il apparaît donc, en clinique, que les carences en vitamines sont moins le fait d'une absence de vitamines dans les aliments que de *leur mauvaise absorption par suite des troubles digestifs, de lésions intestinales et de la digestion très défectueuse de certains aliments, ou des constituants élémentaires de ces aliments.* Ces perturbations digestives détruisent les vitamines ou transforment leur absorption. Seyderhelm a signalé l'existence d'anémies dues à une insuffisance en vitamine D par suite de troubles digestifs et hépatiques aboutissant à un trouble important de la résorption des graisses qui, notons-le, sont les solvants habituels des vitamines. Ces anémies étaient guéries par les injections intramusculaires de vitamine D (antirachitique). Ainsi, la vitamine A (antixérophtalmique, de croissance ou de développement), soluble dans les graisses, n'est absorbée que s'il existe des graisses dans l'alimentation. Destruction dans le tube digestif, défaut d'absorption sont les deux troubles qui peuvent expliquer l'intervention des vitamines dans les anémies digestives. Parmi les troubles produits par la carence en vitamine A, les troubles neuro-endocriniens ont pour effet *des modifications dans la composition du sang, dans les échanges osmotiques des tissus et des troubles tissulaires.*

La vitamine E (de reproduction) joue un rôle important dans le métabolisme du fer ; elle intervient donc probablement aussi, pour produire les anémies de nutrition, qui sont peut-être dues aux troubles de l'assimilation du fer.

La carence en vitamine B (antinévritique) produit des troubles digestifs et une anémie portant sur les érythrocytes et l'hémoglobine. Ces troubles digestifs (arrêt des sécrétions gastriques et pancréatiques, troubles de la motricité intestinale) ont pour effet des putréfactions intestinales et des troubles dans la transformation des protéines.

La vitamine H (d'utilisation nutritive ou d'entretien) est un catalyseur des oxydations et des réductions, elle a probablement des rapports avec le glutathion. La carence vitaminique H peut donc intervenir dans la production des anémies.

Il en est de même pour la vitamine P (antipellagreuse), puisque les troubles pellagreux sont accompagnés d'importants troubles digestifs de la nutrition et d'anémie.

La vitamine C (antiscorbutique ou de régulation sanguine) assure l'intégrité des capillaires sanguins et participe au métabolisme du fer. La carence en vitamine C est accompagnée de modifications de la moelle osseuse, d'une anémie grave et d'hémorragies. On sait aussi que des désordres intestinaux font apparaître les troubles dans les cas de scorbut latent. Notons enfin que la vitamine C facilite l'excrétion des phénols, dont le rôle toxique est connu.

Toutes les vitamines contribuent donc à maintenir le bon état du sang et du tube digestif, et toutes les avitaminoses sont accompagnées de troubles sanguins et de troubles digestifs. Dans l'avitaminose A, Kramer et Kingsburg ont d'ailleurs constaté des lésions de la muqueuse intestinale avec signes d'infection secondaire indiquant une diminution de la résistance de la muqueuse intestinale. Bloch attribue certaines diarrhées à la même cause. Enfin la Sprue a été expliquée par une avitaminose A.

Rôle des produits minéraux

En plus du fer, les autres minéraux ont un rôle important dans la composition du sang et dans les anémies. En plus du calcium, sodium, phosphore, magnésium, soufre, le cuivre et le zinc joueraient un rôle important. Les travaux de Waddel, Elvehjem, Steenbock et Hart montrent l'existence d'une stimulation de l'hématopoièse par les minéraux, en particulier le cuivre, qui joue le rôle de catalyseur et participerait ainsi au métabolisme du fer. Fontès et Thivolle montrent que le cuivre ajouté au fer améliore nettement les effets thérapeutiques du fer. L'arsenic, le manganèse et le zinc interviennent, semble-t-il, également.

Tous ces minéraux ont aussi un rôle dans le fonctionnement digestif. Les carences minérales ont ainsi au moins autant d'importance que les carences vitaminiques.

Pour les minéraux, on peut reproduire les mêmes discussions que pour le fer, les acides aminés ou les vitamines : on comprend difficilement qu'il puisse exister, chez l'homme, dans les conditions alimentaires habituelles qui sont celles des sujets atteints d'anémies digestives, une *carence d'apport* en ces éléments.

Tout permet de penser que l'alimentation des sujets leur assure un apport plus que suffisant en minéraux. On est alors amené à imaginer qu'il existe une *carence d'utilisation* produite par les troubles digestifs, les lésions de l'intestin et de l'estomac, les transformations anormales des substances alimentaires dans l'intestin.

Par suite de ces processus anormaux, les minéraux indispensables ne sont pas libérés, ou le sont sous des formes peu assimilables.

Il est du moins curieux de constater, pour certains de ces minéraux, le calcium par exemple, que tout comme pour le fer, l'absorption normale est minime et les importantes quantités administrées par la bouche sont aussitôt rejetées dans l'intestin et éliminées avec les selles. Il y a en effet une disproportion considérable entre les doses thérapeutiques des différents minéraux employés dans le traitement des anémies et les doses absorbées normalement par l'organisme, qui, seules, semblent pénétrer de l'intestin dans le milieu intérieur de l'organisme et y participer à la vie des cellules et des humeurs.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut se demander si les effets thérapeutiques de ces minéraux sont attribuables à une action qui s'opère dans le milieu intérieur, ou si l'action thérapeutique n'est pas tout simplement une action dans l'intestin et sur le

contenu intestinal, ces minéraux intervenant pour ramener à la normale les processus digestifs intestinaux, réduire l'infection et faciliter l'absorption de substances nutritives correctement et complètement transformées par une digestion normale et complète.

Essai d'une physiopathologie des anémies digestives

En matière de conclusion, résumons les faits mis en évidence par l'étude attentive des anémies digestives, des données physiologiques, pathologiques et thérapeutiques.

Il apparaît évident, même pour l'anémie pernicieuse, que *le facteur gastrique, considéré isolément, ne peut à lui seul expliquer la physio-pathologie des anémies digestives*. Il est certain que l'on ne peut, en aucun cas, ramener la physiopathologie de ces anémies à une proposition simple : l'anémie est la conséquence directe d'une gastrite primitive produisant l'agastrie hormonale et, par ce moyen, le trouble de fonction de la moelle osseuse. L'hormone de Whipple-Castle n'est pas l'α et l'ω des anémies digestives.

Si cette déficience hormonale n'explique pas, à elle seule, toute la physiopathologie des anémies digestives, elle n'est pas, pour cela, une vaine théorie, une erreur ou un mirage, elle intervient certainement, mais *à titre de chaînon intermédiaire*, dans la succession des phénomènes morbides dont l'aboutissant est le trouble sanguin. Les autres éléments de la chaîne sont l'ensemble des conditions que l'on peut grouper sous le nom de *facteur extragastrique ;* en réalité, il serait préférable d'opérer une autre classification de ces éléments et de les séparer en : *facteur digestif, facteur extradigestif, facteur constitutionnel.*

Le facteur digestif est, nous l'avons vu, celui auquel on revient toujours, quel que soit le côté par lequel on aborde l'étude de ce problème des chloroanémies et des pernicieuses. Que l'on cherche à préciser les données cliniques, thérapeutiques, pharmacodynamiques, expérimentales, on constate presque toujours, sinon toujours, qu'il existe, en définitive, un désordre digestif complexe. Ce désordre digestif est fait de multiples éléments : d'infection intestinale agissant par les toxines et les microbes qu'elle lance dans la circulation des humeurs ; de transformations (chimiques et bactériennes) anormales des éléments nutritifs apportés par les aliments ; de substances toxiques nées de ces transformations anormales alimentaires; de substances toxiques nées, probablement, dans la paroi de l'intestin, des interactions chimiques entre le contenu intestinal et les protéines tissulaires ; enfin de troubles de l'absorption des substances indispensables à l'équilibre vital (vitamines, sels minéraux). Il est extrêmement probable que ces différents processus agissent simultanément ou se remplacent éventuellement l'un l'autre ; aucun de ces éléments n'étant absolument indispensable et pouvant être parfaitement remplacé par un équivalent. Ainsi se constitue, dans la chaîne physiopathologique, un chaînon complexe à plusieurs éléments, *dont chacun des éléments représente une condition qui n'est pas nécessaire, mais qui est suffisante.*

Il n'y a pas une espèce microbienne qui joue le rôle de microbe spécifique de l'anémie, mais l'infection intestinale par ses toxines et ses poussées septicémiques, contribue, proportionnellement à son degré et à son caractère de virulence, à augmenter le processus normal de destruction érythrocytaire (hémolyse) et à entraver le processus normal de réparation hématique médullaire. Altérant la fonction normale des organes (foie, cœur, vaisseaux, système nerveux), elle réduit les possibilités d'adaptation de l'organisme aux besoins sanguins nouveaux, elle fait naître les toxiques issus d'un métabolisme perturbé, elle réduit la capacité fonctionnelle normale d'échanges des globules et des humeurs circulantes. La parasitose intestinale agit de la même façon.

Les produits toxiques, nés dans l'intérieur de l'intestin des transformations anormales des aliments, ceux qui sont nés, dans la paroi intestinale, des interactions chimiques du contenu intestinal altéré et des éléments cellulaires érodés par ce contenu et les produits microbiens, agissent de la même façon que les microbes ou leurs produits ; il n'y a pas de substance toxique spécifiquement anémiante et capable, à elle seule, de créer en totalité la maladie anémique, mais il y a toute une série d'amines toxiques, de dérivés des protéines putréfiées, dont l'action sur le sang, sur la moelle osseuse, sur les fonctions viscérales et les humeurs, produit *une intoxication complexe*, qui accentue les processus de destruction sanguine, et paralyse ou dévie la fonction réparatrice de la moelle osseuse.

Les transformations anormales apportées aux aliments, les lésions et altérations des parois intestinales et des viscères annexés à la digestion, amènent des troubles importants dans l'absorption et l'assimilation des substances nutritives indispensables et des ferments apportés par l'alimentation. Le clivage anormal de la molécule protéique ne permet pas la préparation de certains acides aminés indispensables à la constitution cellulaire, celle du sang en particulier. Les vitamines sont détruites ou ne sont pas correctement libérées. Les minéraux et leurs sels sont mal fixés et mal absorbés, comme sont mal absorbés aussi les protéines et les vitamines. Ainsi l'organisme ne reçoit pas les matériaux et les ferments indispensables à la réparation sanguine, bien que ces matériaux et ces ferments soient fournis *en quantités physiologiquement suffisantes* dans le régime alimentaire.

Tous ces processus conjugués créent, dans l'organisme, des conditions nouvelles, des conditions pathologiques, qui *augmentent la destruction sanguine* et *réduisent les possibilités de réparation*. Et ceci pour de multiples raisons : parce qu'ils ne fournissent pas les éléments nécessaires au métabolisme normal du fer (formation de l'hémoglobine), au métabolisme normal des protéines (formation de l'hémoglobine et du stroma globulaire) ; parce qu'ils altèrent plus ou moins gravement les fonctions de la moelle osseuse et gênent sa fonction de production érythrocytaire (formes globulaires trop jeunes et hâtivement construites), et vont parfois jusqu'à l'inhiber complètement (aplastique) ou à la réduire à une tentative amortie, à une velléité de réparation (réaction plastique embryonnaire). Ici intervient vraisemblablement le facteur gastrique,

dont l'altération associée perturbe la production, l'absorption et la distribution du facteur hormonal (résultant de la combinaison chimique du facteur extrinsèque et du facteur intrinsèque). L'absence de cette hormone aggrave le trouble de la fonction médullaire et oriente la réaction sanguine vers les aspects du type pernicieux. Ainsi, le trouble de la sécrétion gastrique apparaît comme *condition nécessaire à la genèse de la pernicieuse*, mais comme *une condition qui n'est pas suffisante*, car, seule, la suppression de la sécrétion gastrique antrale est certainement sans effets sur le sang.

La réunion de ce *facteur gastrique* et de ce *facteur digestif* est-elle une condition suffisante à la production de l'anémie ? Pour que se produise l'anémie, la présence d'au moins un des éléments d'un autre facteur, le *facteur extra digestif* est, semble-t-il, nécessaire. Celui-ci est constitué par les conditions d'âge, de sexe, par les fonctions physiologiques (règles), par le mode de vie (oxygénation insuffisante, surmenage), par des conditions pathologiques surajoutées (hémorragies, opérations, maladies infectieuses ou toxiques), qui agissent toutes pour accentuer la destruction sanguine et augmenter les exigences fonctionnelles imposées au sang. En plus de tous ces éléments, il y a la condition de constitution individuelle ou familiale, le *facteur constitutionnel de terrain*, cette vulnérabilité particulière sanguine et de la moelle osseuse, qui prédestine l'individu aux anémies.

L'anémie digestive est donc la combinaison, la superposition, d'une façon étagée, de plusieurs *plans pathologiques*, dans lesquels chacun des éléments révélés par l'étude étiologique joue le rôle d'un équivalent (dans un même plan). Dans chacun de ces plans, chaque élément a un potentiel équidynamique, il peut remplacer un élément du même plan ; mais, d'un plan à l'autre, il n'y a pas équivalence et possibilité de remplacement, et il faut la conjugaison des plans successifs pour produire la maladie anémique, ou pour produire une anémie d'un type particulier (aplastique, pernicieuse, compensée ou métanémique). C'est ce qui explique que des conditions en apparence semblables, ne produisent pas un même effet sanguin ; pour ouvrir le coffre de la maladie (anémie en général ou anémie d'un type particulier), il faut la réunion, dans le même terrain, de trois clefs (les trois plans pathologiques), et c'est aussi ce qui explique qu'un même type d'anémie peut être observé comme une conséquence d'un état digestif et comme une conséquence d'un état qui n'est pas digestif.

La plus simple réflexion montre qu'il est facile d'adapter cette théorie générale à chacun des cas particuliers que représente un malade quelconque atteint d'anémie digestive, et les faits rapportés ici rendent aisée cette adaptation.

Prenons l'exemple des anémies après gastrectomie : elles sont observées presque uniquement chez la femme en période de vie génitale active (conditions extra digestives), et on constate, dans ce cas, que la gastrectomie a été suivie d'une infection du grêle et de l'apparition d'une *dyspepsie intestinale post-opératoire* (conditions digestives), mais il n'y a en général pas de pernicieuse (absence des conditions constitutionnelles prédisposantes à la pernicieuse, ou caractère inopérant de la gastrectomie au point de vue de la suppression de l'hormone antipernicieuse), et c'est seulement une chloroanémie que l'on constate.

Pour comprendre l'apparition de la dyspepsie intestinale, on trouve de faciles explications : évacuation trop rapide des éléments non modifiés par les ferments protéolytiques, reflux du contenu intestinal dans l'estomac, perturbation secondaire des sécrétions intestinales et pancréatiques, d'où constitution d'un milieu favorable aux putréfactions et infection secondaire ascendante (d'origine colique).

La physiopathologie n'aurait qu'un simple intérêt de curiosité et le mérite de fournir seulement une explication des faits cliniques observés, si elle n'avait, en plus, l'immense intérêt de constituer la plus heureuse des préfaces à l'œuvre thérapeutique clinique. Ou bien on traite tous les malades de la même façon et par des recettes uniformes qui s'adressent à la maladie et pas au malade, ou bien on traite un malade déterminé qui souffre d'une maladie. La première manière de faire est la thérapeutique rigide, la seconde est le travail thérapeutique en souplesse. Seule la physiopathologie permet cette thérapeutique souple qui s'adresse à chaque malade ; dans un problème aussi complexe que les anémies digestives, c'est un inappréciable avantage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1936)

Sur la présence et la répartition de l'aluminium dans les tissus animaux. — M. Paul MEUNIER.

Taille approximative du virus poliomyélitique. — MM. Constantin LEVADITI, Carl KLING, Mladen PAÏC et Perez HABER. Une souche de virus poliomyélitique, virulente au 1/1000e, ultrafiltrée à travers des membranes en collodion dont les pores ont un diamètre de 0 μ 15 et de 0 μ 058, fournit des filtrats virulents, alors que le résultat est négatif, si l'ultrafiltration est effectuée à travers une membrane de 0 μ,013. Toutefois, l'ultrafiltration détermine un appauvrissement considérable du virus en unités virulentes.

Le point terminal doit donc se trouver entre 0 μ,058 et 0 μ,013.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1936)

Vaccination antityphoïdique. — Le manque de place nous force à remettre le compte rendu de cette séance à la semaine prochaine. Signalons cependant à la suite d'une communication de MM. TANON, ROCHAIX et CAMBESSEDÈS, une très importante intervention de M. H. VINCENT.

Il a fait voter à l'unanimité par l'Académie le vœu que : *la vaccination soit rendue obligatoire et aussi précoce que possible à tous les membres de la famille et à toutes les personnes vivant en contact avec un malade atteint de fièvre typhoïde ou paratyphoïde.*

— La séance annuelle est fixée au mardi 8 décembre 1936.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


UNE NOUVELLE FORME DE LA
BULGARINE
Adultes et enfants : XX gouttes
Enfants de moins de 3 ans et nourrissons : X gouttes
4 fois par jour
BULGARINE THÉPÉNIER
THÉPÉNIER
GOUTTES DE BULGARINE
BULGARINE
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DR. THÉPÉNIER
10, RUE CLAPEYRON - PARIS 8e

N° 96. — MERCREDI 2 DECEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'externat des hôpitaux. Le jury est ainsi composé : MM. les docteurs Degos, Cachera, Cattan, Rouquès, Patel, Merle d'Aubigné, Sicard, Redon, Suzor.

Hôpital de Saint-Denis (Seine). — Le concours d'internat aura lieu à l'hôpital-hospice de Saint-Denis, les *lundi* 11 *et mardi* 12 *janvier* 1937.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est, à Saint-Denis (Seine), de 9 h. à 12 h., et de 14 à 17 heures.

Faculté de médecine de Nancy. — *Prix de fin de première année :*

1er *prix* : M. Dambrine ; *Mention « honorable »* : M. Wahl.

Prix de fin de deuxième année : 1er *prix* : M. Roux ; *Mention « Très honorable »* : Mlle Bolikowski, Mlle Strub.

Prix de fin de troisième année : 1er *prix* : M. Castelain.

Prix de fin de quatrième année : 1er *prix* : M. Bussienne ; *Mention « honorable »* : M. Abel.

Prix Bénit, dit « de l'Internat » : M. Grumillier H.

Prix Pierre Schmitt (décerné à l'interne des hôpitaux reçu le premier au concours de 1935) : M. Jacops.

Prix Alexis Vautrin : 1er *prix* : M. Girard ; 2e *prix* : M. Grumillier.

Prix Ritter : M. Feder.

Prix décernés exceptionnellement par l'Association des externes et anciens externes, en l'année 1936, *aux externes des hôpitaux reçus* 1er *et* 2e *au concours* : 1er M. Bertin ; 2e Mlle Noël.

Prix de fin d'études dentaires : Mention « honorable » : M. Rubinsztejn.

Prix de thèse. — Prix du département de Meurthe-et-Moselle et de la Ville de Nancy : Ex aequo : M. Chavarot et M. Weber. — *Prix de la fondation Schemel* : ex aequo : Mlle Binet et M. Petit.

Mention « Très honorable » : (Les étudiants sont classés par ordre alphabétique) : M. Canel, Mlle Gonand, M. Lardin, Mlle Petit, M. Vaxman, M. Vernier, M. Vial.

Mention « honorable » : M. Benoit, M. Cognard, M. Couillault, M. Geller, M. Juillien, Mlle Marécaux, Mlle Morel, M. Roizenboim.

Académie vétérinaire. — La séance solennelle de l'Académie vétérinaire de France aura lieu le jeudi 3 décembre 1936, à 15 heures, 12, rue de Seine, sous la présidence de M. le ministre de l'Agriculture.

Société médico-chirurgicale corse. — Sur l'initiative du Dr Dufour, Président du Syndicat des médecins, une société médico-chirurgicale corse vient d'être créée à Bastia.

Le but de cette société est l'étude de tout ce qui concerne l'art médical.

Le bureau est ainsi composé : Président, le Dr Paravicini ; vice-président, le Dr Joseph Zuccarelli ; secrétaire, le médecin-lieutenant Peiffer ; trésorier, le Dr Pancrazi.

Fédération de la presse médicale latine. — A la suite du IVe congrès tenu à Venise en septembre, sous la présidence du sénateur professeur Davide Giordano, la Fédération vient de renouveler son bureau. Le professeur Giordano (de Ve-

nise) et le professeur Austregesilo (de Rio de Janeiro), sont appelés à faire partie du Comité d'honneur.

Ont été élus : Président, M. le professeur Reynaldo dos Santos (Lisbonne) ; vice-présidents, MM. les professeurs Nicolà Pende (Rome), Danielopolu (Bucarest), N. Fiessinger (Paris), Horno Alcorta (Saragosse). Secrétaire général : M. L.-M. Pierra (Paris). Trésorier : M. Henri Tecon (Lausanne). Secrétaires généraux adjoints : MM. Beckers (Bruxelles), de Sanctis Monaldi (Rome), Juan Noguera (Madrid).

Le Ve congrès aura lieu à Lisbonne pendant les vacances de Pâques 1938, sous la présidence d'honneur du prof. Ricardo Jorge et sous la présidence effective du professeur Reynaldo dos Santos.

Erratum. — Dans l'article de M. Grenet sur *les formes malignes de la maladie rhumatismale chez l'enfant*, paru dans le N° 94 du 25 novembre 1936, s'est glissée une faute d'impression qu'il importe de rectifier.

P. 1627, deuxième colonne, dernier paragraphe. Au lieu de : 40 gr., 75 cgr à 1 gr. par année d'âge sans dépasser 8 à 10 gr., lire : *je donne en moyenne chez l'enfant 0 gr. 75 centigrammes à 1 gr. de salicylate de soude par jour et par année d'âge sans dépasser 8 à 10 gr.*

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DE M. LE PROFESSEUR ABRAMI

M. le professeur Abrami a pris possession vendredi de la chaire de pathologie médicale. Devant un auditoire extrêmement brillant, le nouveau professeur a été installé avec le cérémonial d'usage par M. le Doyen Roussy.

Les premiers mots de M. Abrami ont été pour remercier ceux qui ont rétabli la chaire de pathologie médicale, précédemment supprimée, et ses collègues de la Faculté qui l'ont appelé à l'occuper. Mais sa gratitude s'adresse surtout à ceux qui furent ses maîtres : d'abord à M. Paul Claisse qui l'encouragea à entrer dans la voie des concours, puis au maître inoubliable, Fernand Widal. S'adressant à Mme Widal, Abrami lui dit avec une émotion très vive le souvenir qu'il garde de celui qui fut et qui reste son *patron*, de celui qui demeure le chef incomparable de l'Ecole française.

On connaît le grand talent d'enseignement de M. Abrami. Dans sa leçon inaugurale sur le *Rôle des troubles fonctionnels en pathologie*, il a donné une fois de plus toute sa mesure. Sa leçon est une des plus belles, des plus solides et des mieux équilibrées qu'il nous ait été donné d'entendre : aussi l'auditoire lui a-t-il fait une magnifique ovation, traduisant ainsi son estime et son amitié au nouveau professeur.

F. L. S.

HOMMAGE A M. LE PROFESSEUR A. GOSSET

A l'occasion de son élection à l'Académie des Sciences, un Comité d'élèves et amis s'était formé pour lui offrir une épée d'honneur. Elle lui a été remise le 28 novembre à l'hôpital de la Salpêtrière. L'amphithéâtre de l'école des infirmières était trop exigu pour contenir la foule des notabilités, amis, élèves de Paris et de province, venus le féliciter. Des allocutions, dépeignant sous ses diverses faces cette magnifique carrière de chirurgien, de professeur, d'organisateur et chef d'école, furent prononcées successivement par le prof. agrégé Petit-Dutaillis au nom des élèves français : le prof. Daniel (de Bucarest), pour les élèves étrangers ; M. Jean Berger, pour les chirurgiens des hôpitaux ; M. Crouzon, pour les médecins de la Salpêtrière ; le prof. Roussy, doyen de la Faculté de médecine, le médecin général inspecteur Rouvillois, président de l'Académie de chirurgie ; le prof. Cunéo, de l'Académie de médecine ; le prof. Leclainche, de l'Académie des Sciences ; le docteur Calmeils, conseiller municipal du quartier ; M. de Fontenay, conseiller municipal ; M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique.

Dans sa réponse, le professeur Gosset sut trouver pour tous, et pour ceux qui l'avaient aidé à conduire cette magnifique carrière : maîtres, amis, élèves, personnel infirmier, personnel administratif, généreux donateurs, des paroles empreintes de gratitude et de cette cordialité souriante qui lui ont conquis tant d'amis.

M. L.

RENSEIGNEMENTS

Administration Générale de l'Assistance publique à Paris

SOUS-DIRECTION DES HÔPITAUX ET HOSPICES.
SERVICE DE L'EXPLOITATION

Le vendredi 18 décembre 1936, à 15 heures, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication de la fourniture des instruments de chirurgie à anneaux, des instruments en gomme, caoutchouc, cristal, etc... nécessaire au service des divers établissements de l'Administration pendant l'année 1937, savoir :

1er lot. — Instruments de chirurgie à anneaux : 60.000 fr.
2e lot. — Instruments en gomme et caoutchouc : 180.000 fr.
3e lot. — Gants et doigtiers en caoutchouc, tubes à drainage : 950.000 fr.
4e lot. — Gants extra-minces moulés au trempé, sans soudure : 3.000 paires.
5e lot. — Articles de caoutchouc : 250.000 fr.
6e lot. — Tétines et obturateurs : 94.000 fr.
7e lot. — Thermomètres médicaux : non mis en adjudication.
8e lot. — Seringues en cristal : 330.800 fr.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, de l'Approvisionnement et du Matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des lettres de demande d'admission jusqu'au 2 décembre 1936, avant 16 heures.

UN NOUVEAU CAS DE MALADIE DE MÖBIUS

Par MM. L. BABONNEIX et J. GOUYEN

Sous le nom de *fonte nucléaire infantile* (infantile Kernschwund), Möbius a décrit une affection caractérisée par la paralysie congénitale des IIIe, IVe, VIe, VIIe et XIIe paires (1). L'étiologie en est mal connue : tout au plus, peut-on signaler le caractère familial de la maladie, comme l'influence possible de la naissance avant terme, des traumatismes obstétricaux, de l'asphyxie congénitale, notés par Möbius dans son premier cas. Plus nette est sa symptomatologie : atteinte des IIIe, IVe, VIe, VIIe et XIIe paires, les deux dernières étant prises plus légèrement que les deux premières. A ces symptômes essentiels s'adjoignent toujours : 1° un certain degré d'atrophie ; 2° des troubles variables de l'excitabilité électrique ; parfois, des anomalies des sécrétions lacrymale, sudorale et salivaire, des paralysies du voile, des masticateurs et de la déglutition, et, aussi, des malformations diverses : scoliose, manque d'une phalange, thorax en entonnoir, agénésie de tel ou tel muscle, etc. Quant aux lésions, elles ont été bien étudiées par Heubner qui, dans son cas, a trouvé une hypoplasie bilatérale, mais non symétrique, portant principalement sur les noyaux des VIe, VIIe et XIIe paires, dont les cellules manquaient à peu près complètement, peu de développement des filets radiculaires correspondants. A ces lésions s'adjoignaient diverses malformations : agénésie du faisceau longitudinal, de la substance réticulaire, anomalies de situation et de forme des olives, des cellules de l'écorce cérébrale, le tout sans trace de processus inflammatoire du système nerveux, de lésions dégénératives, intéressant les muscles. Il s'agirait donc d'une « hypoplasie très marquée du bulbe et de la partie antérieure de la protubérance », dont nous venons d'observer un cas, dont voici l'observation, soigneusement recueillie par Mlle Thiollier, externe du service.

OBSERVATION. — J. Gilberte, 4 ans et demi, amenée le 24 octobre 1936, à notre consultation, pour diplégie faciale, congénitale.

A. H. et A. P. — Le père, très nerveux, aurait été atteint, vers la trentaine, d'une paralysie faciale passagère.

La mère jouit d'une bonne santé. Elle a fait récemment une fausse couche de deux mois. La grossesse qui s'est terminée par la naissance de la petite Gilberte a été médiocre : la maman aurait perdu du sang les deux premiers mois de sa grossesse et accouché trois semaines avant terme. Deux réactions de Bordet-Wassermann, faites pour son sang, auraient été négatives.

L'enfant, qui pesait sept livres le premier jour, n'a marché qu'à vingt mois, n'a parlé qu'à trois ans. Elle a eu ses premières dents à six mois.

H. de la M. — Dès le début, on s'est aperçu qu'elle « avait quelque chose aux yeux », que son visage était immobile, sa voix monotone, et qu'elle s'étranglait en avalant. Elle a été, à deux reprises, soumise au traitement spécifique (acétylarsan, quinby).

(1) Cf. G. PERITZ, *Die Nervenkrankheiten des Kindesalters*, Leipzig, 1932, in-8°, p. 203-207.

E. A. — Les mêmes signes occupent encore aujourd'hui la première place dans le tableau clinique. Le facies est inerte, sans expression, les joues pleines, le front sans rides (fig. 1) ; il est impossible d'obtenir, par les excitants habituels, des jeux variés de physionomie. Elle ne sait pas se moucher. Lorsqu'elle pleure, elle n'a pas de larmes. Le signe de Bell existe des deux côtés. L'examen des yeux, effectué par M. Coutela, aboutit aux résultats suivants : mouvements verticaux possibles, mais d'une amplitude très limitée, mouvements de convergence à peine ébauchés, mouvements de latéralité inexistants, ce qui donne à la figure un aspect particulier. Il n'y a pas de stase papillaire, pas de tache rubis de la macula. La contraction pupillaire s'effectue normalement. La langue est peu mobile : il semble



FIGURE 1.

qu'elle ne puisse, à volonté, sortir de la bouche (elle reste collée sur le plancher de la bouche) et qu'elle soit le siège d'une certaine atrophie. L'enfant ne sait pas mastiquer, avale difficilement et, souvent, s'engoue lorsque les bouchées sont trop volumineuses. Sa voix est lente, monotone. Elle bave abondamment. Son intelligence est à peu près ce qu'elle doit être chez un enfant de cet âge : elle sait ses lettres et commence à savoir compter sur les doigts.

Il n'y a rien à signaler, en plus de ces constatations, à l'exception d'une certaine vivacité des réflexes rotuliens et de dents cariées. Nous n'avons observé aucune malformation : anomalie, spina bifida, pied bot. Les réactions électriques des muscles innervés par le facial n'ont pu être recherchées. De même, la ponction lombaire n'a pas été pratiquée.

Ainsi donc, et malgré les lacunes de cette observation, prise chez une enfant toute jeune, que nous n'avons vue qu'une fois à notre consultation, paralysie congénitale des deux faciaux, et, probablement aussi, d'une partie au moins des muscles oculaires, puisque, seuls, les mouvements de verticalité persistent, quoique ébauchés. On peut donc, avec les réserves d'usage, admettre que nous avons affaire à un cas d'*atrophie nucléaire infantile*, au sujet duquel nous voudrions présenter quelques brèves remarques.

1° L'existence, chez les malades, de paralysies identiques, donne à leur physionomie un aspect très ressemblant, comme on peut s'en rendre compte en regardant les figures 1 et 2, concernant, celle-là, notre petite cliente, celle-ci, une enfant suivie avec le re-

gretté A. Miget, dont l'observation a paru ici même (1) et qu'on pourra comparer aux figures 3 et 4 représentant la malade vue par l'un de nous avec P. Harvier. La figure 5 représente, d'autre part, les lésions hypothétiques des noyaux moteurs craniens dans ces deux cas.

vaut-il pas mieux mettre en cause une agénésie portant sur le centre correspondant, centre que l'on peut, *a priori*, placer dans l'encéphale et rattacher au sympathique, mais sur lequel, à vrai dire, nous n'avons aucune donnée précise ? Tout au plus, peut-on supposer qu'il n'est pas loin du noyau moteur du triju-



Fig. II. — Malade de L. Babonneix — A. Miget



Fig. III. — Malade de L. Babonneix — P. Harvier.



Fig. IV. — Malade de L. Babonneix — P. Harvier.

2° Si les renseignements fournis par les parents sont exacts, l'enfant ne pleure pas. Comment interpréter cette absence de toute sécrétion lacrymale ? Par l'absence de glandes correspondantes ? L'hypothèse est possible : elle est bien invraisemblable. Ne

meau, puisqu'il semble exister, chez notre petite malade, une gêne de la mastication. Les classiques ne sont pas riches de renseignements sur ce sujet. Nous n'avons trouvé quelques détails que dans le livre de J. Soury (1). Cet auteur rappelle les recherches de MM. W. Bechterew et N. Mislawski (Ueber die Inner-

(1) L. Babonneix et A. Miget, Paralysies faciales congénitales, *Gazette des Hôpitaux*, 22 juin 1932, n° 50. Cf. aussi L. Babonneix et P. Harvier, Paralysie faciale unilatérale et ophtalmoplégie externe bilatérale congénitales (*Gazette des Hôpitaux*, 5 novembre 1908, n° 127, p. 1515-1516).

(1) J. Soury, *Le système nerveux central*, Paris, 1899, in-8°, t. II, p. 1225-1227. — Nous devons cette indication à notre ami, le Prof. Laignel-Lavastine, dont l'érudition n'est jamais en défaut quand il s'agit de questions concernant le sympathique.

vation und die Hirncentren der Thränenabsonderung, *Neurologisches Centralblatt*, 1891, 481-6), faites sur le chien curarisé et qui tendraient à placer au voisinage de la couche optique le principal centre de la sécrétion lacrymale. Il serait en connexion, d'une part, avec la partie de l'écorce qui occupe les parties internes des lobes antérieur et postérieur du gyrus sigmoïde, de l'autre, avec la glande lacrymale, par l'intermédiaire du sympathique cervical et du trijumeau.

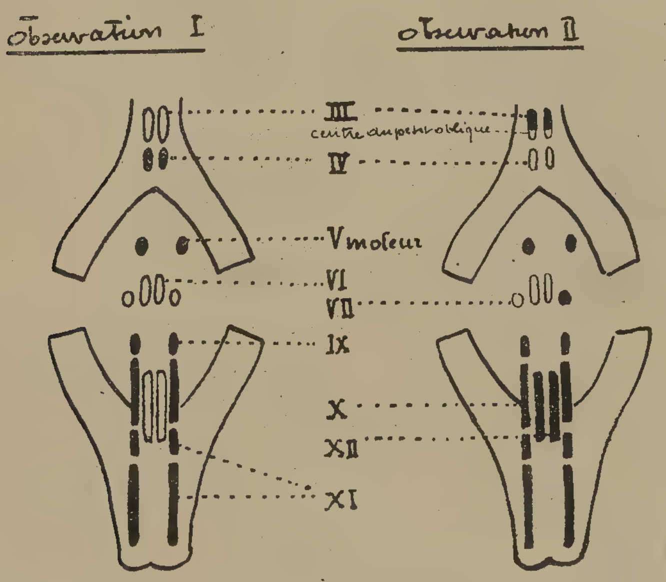


FIG. V. — Aplasies nucléaires supposées. A gauche, dans le cas Babonneix-Miget ; à droite, dans le cas Babonneix-Harvier.

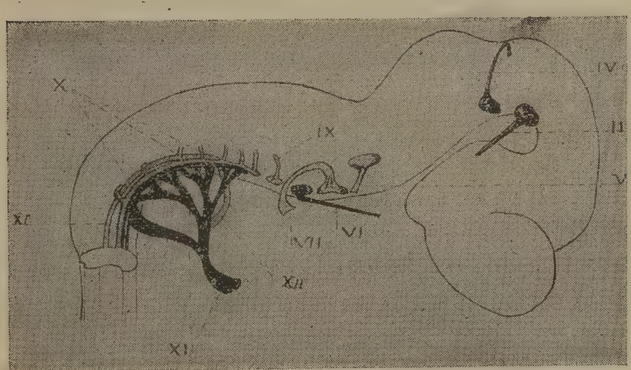


FIG. VI. — Reconstruction et situation des nerfs craniens moteurs chez un embryon humain (schématisé d'après Fischel).

3° Nous n'avons pas retrouvé chez elle, ni chez les autres sujets atteints de la même affection et qu'il nous a été donné de suivre, le pied bot congénital signalé par MM. Perrol et Bouvier, puis par MM. Alajouanine, Huet et Gopcewitch : il est vrai que, dans le cas de ces auteurs, il s'agissait seulement de diplégie faciale congénitale, associée à une paralysie, également congénitale, des VIes paires.

4° Nous avions espéré trouver, dans les *Traités d'Embryologie*, quelques données susceptibles d'être appliquées à la clinique. Dans ceux que nous a aimablement indiqués le professeur Rouvière, et, particulièrement, dans l'ouvrage d'Alfred Fischel (1), nous n'avons trouvé aucune explication des raisons qui placent dans un même groupe les IIIe, IVe, VIe, VIIe et XIIe paires (fig. 6).

5° De même, il est encore trop tôt pour que l'on puisse « standardiser » l'anatomie pathologique de la maladie de Möbius. Divers auteurs ont trouvé des lésions entièrement différentes de celles qu'avait décrites Heubner : dédoublement de l'aqueduc dans un cas de ptosis congénital (Oppenheim), imperforation du rocher avec absence de fibres du nerf facial, d'où agénésie du noyau correspondant (A.-B. Marfan et P.-F. Armand-Delille), etc. Ziehen émet l'hypothèse, en cas de naissance difficile, comme chez un de ses petits malades, d'une inondation hémorragique de certains noyaux moteurs craniens. La question est donc loin d'être résolue.

6° La chirurgie contemporaine peut se permettre les interventions les plus audacieuses. Dans un cas de ce genre, que nous avons jadis publié avec le regretté A. Miget (1), M. V. Veau n'a pas hésité à intervenir sur la langue et à réséquer le noyau fibreux central qui s'opposait à sa mobilisation. L'opération a été bien supportée ; complétée par des séances de gymnastique vocale, exécutées sous la direction de Mme Borrel, elle a donné des résultats inespérés, et dont il faudra se souvenir dorénavant.

(1) Alfred FISCHEL, *Entwicklung des Menschen*, Wien und Berlin, 1929, in-8°, p. 453-462.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 1er décembre. — Jury : MM. Balthazard, président ; Carnot, Claude, Piédelièvre. — M. CHARTON. Orifices d'entrée des plaies par armes à feu dans les tirs obliques. — M. CHARTIER. Paralysies multiples des nerfs craniens par métastases au cours des néoplasies pulmonaires. — M. MAYMÉ. Démence précoce et tuberculose.

— Jury : MM. Lemaître, président ; Rathery, Tanon, Halphen. — M. GERBIER. Aspect clinique des septicémies post-angineuses. — M. BLOMME. Les injections locales de novocaïne en thérapeutique dermatologique. — M. GÉRARD. Du traitement de la syphilis par les injections simultanées et prolongées intramusculaires d'arsenic trivalent et de bismuth.

Vendredi 4 décembre. — Jury : MM. Clerc, président ; Couvelaire, Gosset, Lacomme. — M. DESTARAC. Etude des modifications électrocardiographiques au cours des plaies du cœur. — M. BOUCHARD. Fonctionnement du service obstétrical à Baudelocque. — M. PUJOL-SÉGALAS. L'absence congénitale du tibia et les difformités consécutives.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Psychiatrie, Médecine et Sociologie, par le Dr Henry DAMAYE. In-8 de 214 pages. Chez Félix Alcan 1936. Prix : 12 francs.

Essai sur la psychologie et la physiologie des obsédés, par le docteur M. GALLOT. In-8° de 168 pages, à Paris, 1935, chez Le François, 91, boulevard Saint-Germain.

Les suppurations gangréneuses du poumon, par Léon BERNARD et PELLISSIER. Petit in-8° de 89 pages avec 12 figures. Chez J.-B. Baillière et Fils, 1933. Prix : 4 fr. 50.

(1) L. BABONNEIX et A. MIGET, Paralysies faciales congénitales, *Gazette des Hôpitaux*, n° 50, 22 juin 1932.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1936)

M. le PRÉSIDENT annonce la vacance d'une place dans la section des membres libres, en remplacement de M. Jean CHARCOT, décédé.

Considérations sur l'efficacité et la durée de l'immunité dans la vaccination antityphoïdique. — MM. TANON, ROCHAIX et CAMBESSÉDÈS, en se plaçant au point de vue épidémiologique, et en comparant les statistiques dès cas de fièvre typhoïde lors des épidémies de Lyon 1926 et Paris 1933, pensent y trouver un argument en faveur de la longue durée de l'immunisation par la vaccination. En effet :

1° Lors des épidémies du genre de celles citées, la morbidité est grande chez l'enfant (à Lyon, par exemple, 889 cas de 0 à 15 ans contre 657 de 16 à 30 ans) ;

2° La comparaison des courbes de l'élément féminin par rapport à l'élément masculin met en évidence une différence très manifeste de celles-ci à partir de 20 ans, qui ne peut être en relation qu'avec la vaccination effectuée chez l'homme au service militaire (à Paris, de 11 à 15 ans, 20 filles, 19 garçons ; de 16 à 20, 20 filles, 21 garçons ; de 21 à 25, 30 filles, 9 hommes) ; (à Lyon, de 6 à 15 ans, 367 filles, 385 garçons ; de 16 à 30 ans, 447 femmes contre 210 hommes) ;

3° Le nombre plus grand des cas féminins se poursuit (à Lyon, de 31 à 40 ans, 153 femmes, 20 hommes ; de 41 à 50 ans, 113 femmes, 44 hommes).

Ces faits semblent confirmer les observations des professeurs Vincent, Achard, Lemierre, concernant la longue durée de l'immunisation par les vaccins antityphoïdiques.

Sur la vaccination antityphoïdique. — M. H. VINCENT. « Mes premières vaccinations, faites en 1910-1911-1912, l'ont été avec un vaccin mixte, c'est-à-dire antitypho-paratyphique, non seulement en France, mais encore au Maroc et en divers pays étrangers.

L'expérience a définitivement montré que la vaccination peut être appliquée en pleine épidémie, et être faite sans aucun inconvénient sur un certain nombre de sujets en état d'infection latente : ils peuvent même être préservés contre l'infection. Ce fait a été souvent observé, notamment lors de la grande épidémie d'Avignon, dans laquelle les militaires non vaccinés eurent près d'un cas de fièvre typhoïde sur cinq, alors que tous les vaccinés furent indemnes. Dans la population civile de cette ville, 644 déclarations furent faites, mais le nombre total fut beaucoup plus élevé ; il y eut 64 décès, ce qui équivaudrait pour Paris à plus de 3.600 morts par fièvre typhoïde.

La possibilité pratique de vacciner à toutes les phases d'une épidémie a été vérifiée dans un grand nombre de circonstances semblables, et aussi pendant la dernière guerre. La protection ainsi assurée a été remarquable.

Comme je l'ai montré, ce pouvoir protecteur du vaccin a d'ailleurs été vérifié en quelque sorte expérimentalement par l'immunité dont ont bénéficé des étudiants ou des médecins ayant avalé involontairement du bacille typhique (dans un cas, 10 c.c. de culture en bouillon) ou du bacille paratyphique B, et vaccinés un à quatre jours après. D'autre part, Thiroloix a signalé que des sujets vaccinés ont pu boire le contenu de tasses entières remplies de culture vivante en bouillon, de bacille typhique, soit 200 milliards de bacilles, sans avoir présenté le moindre symptôme morbide, tant était solide leur immunité vaccinale.

Les vaccinations pratiquées avant la guerre et pendant celle-ci ont également donné lieu à une immunité prolongée, ainsi que l'ont montré A. Chauffard, Ch. Achard, E. Sergent, J. Renault, moi-même, chez d'anciens soldats qui ont, plusieurs années plus tard impunément traversé des épidémies massives en n'offrant qu'un faible nombre d'atteintes. Je signalerai le même effet protecteur complet, se manifestant après 10 et 15 années, chez des vaccinés appartenant à la population civile (Avignon, Jargeau, Pleine-Fougères, Puy-l'Evêque, etc...).

On a constaté d'ailleurs que très souvent, pendant les épidémies, les deux premières injections de vaccin avaient suffi à mettre les vaccinés à l'abri de la fièvre typhoïde.

Une dernière observation fréquemment relevée est que si, dans une famille ou un village gravement infecté, la vaccination n'est pas généralisée, les non-vaccinés servant, en quelque sorte, de témoins, ne tardent pas à payer tribut à la maladie infectieuse.

D'autre part, la vaccination faite aussitôt à des sujets en incubation de la maladie, peut leur épargner la fièvre typhoïde, comme le fait la vaccination antivarioleuse pour la variole.

Enfin, certains malades, vaccinés au début même de leur fièvre typhoïde, ont fait des formes courtes et presque abortives de la maladie.

Ces considérations et ces faits m'ont conduit depuis longtemps à me demander s'il ne serait pas nécessaire d'étendre davantage les applications de la vaccination antityphoïdique. Il ne saurait, à mon avis, être question de la rendre partout obligatoire, comme elle l'est déjà dans l'armée, la marine, chez les étudiants, les infirmiers ou infirmières, etc. Mais, après avoir étudié ce problème, je considère que nous devons faire un pas de plus dans la prophylaxie des maladies typhoïdes, en demandant que *la vaccination soit rendue obligatoire et aussi précoce que possible à tous les membres de la famille et à toutes les personnes vivant en contact avec un malade atteint de fièvre typhoïde ou paratyphoïde.* Il va sans dire qu'on tiendra compte des contre-indications d'usage.

La vaccination sera conseillée par voie d'affiches aux autres habitants de la localité atteinte par l'épidémie.

Tel est le vœu que j'ai l'honneur d'adresser à l'Académie. »

Le vœu, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

Recherches sur les échanges respiratoires et le débit cardiaque. — MM. CORDIER, ENSELME et Mlle NURY (note présentée par M. HUGOUNENQ). Les auteurs ont étudié le rapport débit $\frac{\text{cardiaque}}{\text{surface}}$ de 25 sujets normaux ou pathologiques par la méthode du CO^2, en établissant pour chaque sujet une courbe de dissociation du CO^2 dans le sang artériel.

Ils montrent que le rapport débit $\frac{\text{cardiaque}}{\text{surface}}$ rend seul compte d'une façon exacte de la valeur fonctionnelle du cœur.

Transmission au furet du virus de la grippe humaine. — MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et J. CHEVÉ ont pu infecter des furets avec du virus de la grippe humaine.

La maladie du furet est contagieuse pour l'homme, comme le prouvent les inoculations faites en Amérique et en Angleterre à des volontaires, et les contaminations de laboratoire.

Le virus est un virus filtrant qui traverse les bougies Chamberland L2 et même les filtres à membrane de collodion. L'homme et les animaux qui ont été infectés par le virus du furet possèdent, pendant un certain temps, une immunité solide.

Séance annuelle. — La séance annuelle est fixée au mardi 8 décembre 1936.

PRATIQUE MÉDICALE

LES TROUBLES DE LA CIRCULATION CORONARIENNE

d'après le docteur Mallet (1)

L'auteur rappelle que dans une récente revue générale sur les troubles de la circulation coronarienne, le professeur Clerc, P.-N. Deschamps et Boucomont se sont attachés à mettre principalement en évidence les facteurs de l'ischémie du myocarde et le rôle capital du spasme coronarien.

C'est la raison, dit Mallet, qui a fait essayer l'aminophylline, vaso-dilatateur coronaire, comme antalgique cardiaque.

Par le même mécanisme, elle assure en outre une meilleure nutrition du ventricule ; le débit systolique s'en trouve accru (Smith, Miller et Graber). Enfin, augmentant le diamètre des vaisseaux du faisceau de His, elle régularise le rythme. On emploiera donc caréna, aminophylline pure :

1° Dans *l'angine de poitrine* comme préventif des crises à la dose de 2 à 6 comprimés par jour en trois ou quatre fois. Elle éloigne indiscutablement le retour des crises et peut les supprimer définitivement. Son action est beaucoup plus prolongée et beaucoup plus élective que celle des nitrites sur les coronaires ;

2° Dans *l'infarctus du myocarde*, dans les douleurs atroces de la *thrombose coronarienne*, pendant la période qui succède à la phase aiguë, il faut recourir à l'aminophylline (caréna) ;

3° Dans *l'oppression douloureuse des cardiaques*, des aortiques, des urémiques, l'aminophylline lève cette sensation de poids, de barre thoracique si particulière et si pénible. Les aortites, les insuffisances aortiques, les anévrysmes aortiques avec algie médiastinale devraient constituer des indications formelles. Chez les cardio-aortiques qui restent facilement anhélants après une cure toni-cardiaque, l'aminophylline fait disparaître l'oppression : elle donne du souffle aux cardiaques. De même l'insomnie des cardiaques est heureusement influencée par cette médication, l'oppression de décubitus est supprimée.

L'aminophylline fournit une arme de choix avant d'entreprendre la morphine. Le plus souvent, il ne sera pas nécessaire d'utiliser la morphine, car caréna s'est toujours révélé comme une médication antalgique, parfaitement tolérée et sans accoutumance, même après un usage quotidien de plusieurs mois ou de plusieurs années.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Thèses soutenues pendant l'année 1935-1936 (2).

Doctorat d'Etat. — 72. Abadie. — Traitement des tumeurs de la vessie par l'électrocoagulation étincelage.

120. d'Albris (Mme), née Winckler. — Les calcifications péri-articulaires de l'épaule.

139. Arvor. — Les verres de contact.

112. Auguy. — Complications oculaires de la vaccine.

1. Badets. — La réaction de Vernes à la résorcine, en particulier dans la kératite phlycténulaire.

140. Bareille. — Contribution à l'étude des fractures pathologiques du maxillaire inférieur.

32. Barthère. — Traitement des abcès pulmonaires.

12. Bascheri. — Contribution à l'étude du traitement de la maladie de Hodgkin par la rœntgenthérapie.

146. de Bérail. — La psychothérapie.

47. Béréni. — Contribution à l'étude de la césarienne basse dans l'infection amniotique.

109. Bergouignan. — Corps strié et fonction d'équilibre.

125. Bernard (Mme), née Lafeuille. — Plastique mammaire.

52. Bertaud du Chazaud. — L'étiologie de la démence précoce.

6. Berthon. — Contribution à l'étude de la tuberculose rénale chez le sujet âgé.

61. Billot. — Contribution à l'étude des fractures du calcanéum.

74. Blanche. — Etude sur les causes d'erreur du diagnostic biologique de la grossesse par le test de Friedman.

10. Blanquie. — Etude critique du traitement actuel des varices du membre inférieur.

63. Bonnel. — La spirochétose ictéro-hémorragique à Bordeaux.

133. Borros. — Sur quelques cas de forme floride du cancer de l'estomac.

24. Bouilloc. — Contribution à l'étude de l'épilepsie diabétique.

108. Breffeil. — Etude critique sur le syndrome de Dercum.

41. Brochen. — Une épidémie de poliomyélite dans le Sud-Ouest de la France en 1934.

23. Brugère. — Etiologie et pathogénie de la pneumonie bilieuse. Quelques cas chez des noirs.

132. Bugeaud. — L'albuminurie gravidique est-elle une cause prédisposante de l'infection puerpérale ?

20. Calvary. — De l'utilité de la rupture précoce des membranes au cours de l'accouchement normal.

151. Capgrand. — Contribution à l'étude du traitement des fractures du plateau tibial.

114. Capsec. — Contribution à l'étude du cancer primitif du poumon chez l'enfant.

56. Carel. — Etude morphologique sur le trajet et le mode de ramescence de l'artère sous-clavière.

27. Carpentier. — Des indications opératoires dans le rein polykystique.

46. Chamfrault. — Etude d'une nouvelle épreuve du fonctionnement hépatique.

134. Chauderon. — Le scoutisme devant le médecin.

144. Chauvin. — Pleurésies et épanchements intarissables.

141. Chavenon. — Des fractures comminutives de la rotule et de leur traitement.

62. Chippaux. — Etude anatomique des artères iliaques primitives chez l'homme.

106. Clastres. — Contribution à l'étude du traitement physiothérapique du cancer de la langue.

102. Clus. — Les brucelloses dans le sud-ouest.

29. Collos. — Les hémorragies conjonctivales spontanées.

44. Constant. — Le vin et la longévité.

138. Corvest. — Contribution à l'étude bactériologique et chimique des eaux de la Garonne lors de leur passage à Bordeaux.

28. Corvez. — Contribution à l'étude des modifications des couches antérieures du vitré dans l'opération de la cataracte dans sa capsule.

14. Coulloc'h. — Contribution à l'étude de la tuberculose musculaire primitive.

35. Coupigny. — Contribution à l'étude des lésions des vaisseaux fémoraux dans les fractures de la cuisse.

105. Courdès. — La fréquence du cancer chez les jeunes.

90. Coustou. — Contribution à l'étude des pneumonies et broncho-pneumonies au cours des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

36. Couzigou. — La tuberculose prostatique et son traitement.

---

(1) *Journal des Praticiens*, 4 novembre 1936.

(2) Voir *Thèses de Lille*, n° 72, p. 1260. — *Thèses de Montpellier*, n° 76, p. 1321. — *Thèses de Strasbourg*, n° 76, p. 1323. — *Thèses de Marseille*, n° 77, p. 1339. — *Thèses d'Alger*, n° 85, p. 1472. — *Thèses de Hanoï*, n° 85, p. 1472. — *Thèses de Toulouse*, n° 94, p. 1613.

129. DAGRÉOU. — Y a-t-il un terrain cancéreux ?
117. DANDRIEU-BERGEZ. — Contribution à l'étude de l'invagination rétrograde du grêle dans la bouche de gastro-entérostomie.
111. DAUBIN. — Contribution à l'étude des injections alcooliques dans la région du trou ovale.
155. DAUSSAT. — Insuffisance surrénale et syndromes addisoniens d'origine syphilitique.
89. DAYOUB. — L'alimentation du paysan égyptien.
122. DECAN DE CHATOUVILLE. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie dans les annexites.
104. DELAROCHE. — Une épidémie de peste à Loudun en 1632.
123. DELAUNAY. — Contribution à l'étude du traitement du charbon.
147. DE DIEULEVEULT. — Contribution à l'étude du choc obstétrical.
81. DUBERNAT. — Contribution à l'étude de la lympho-sarcomatose du médiastin.
143. DUBOS. — Contribution à l'étude de l'opération d'Ody.
100. DUCOURNAU. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques musculaires.
88. DUFRÈCHE. — L'inclusion des canines supérieures et ses complications.
87. DUGOUJON. — Contribution à l'étude de l'épithélioma de l'oreille externe.
113. DUSSERT. — Respiration et collapsus dans la tuberculose pulmonaire.
85. DUVIOL. — Contribution à l'étude des moignons douloureux avec névrome.
57. EGGENBERGER. — Contribution à l'étude radiologique et électrocardiographique du cœur des sportifs.
82. ESCHAUZIER (Mlle). — Conditions de développement de la tuberculose chez les infirmières.
118. FARGEOT. — Etude de l'insomnie postopératoire.
135. FAURE (G.). — Chateaubriand. Essai médico-psychologique.
39. FAVREAUX. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des prostatites chroniques rebelles au traitement médical.
110. FERRADOU. — Le bistouri électrique et la cicatrisation de la paroi gastrique.
4. FERRAND. — De la coloraphie sur tube après colectomie.
65. FERVILLE. — Dosage de l'hémoglobine dans les anémies expérimentales et cliniques.
59. FLEURIOT. — Le contrôle sanitaire de l'ostréiculture.
51. FONVIELLE. — Sur les troubles observés à la poudrerie nationale de Saint-Médard chez les ouvriers affectés à la fabrication des poudres S. D.
93. FORGEAUD. — Indications et résultats de la césarienne basse à Bordeaux.
26. FUCHS. — Le blépharospasme encéphalitique.
9. FURET. — Contribution à l'étude de l'amputation fémoro-rotulienne de Gritti.
75. GARIOU. — Le pronostic tardif de la kératite interstitielle.
69. GAY. — Contribution à l'étude des foyers secondaires atténués de l'ostéomyélite aiguë.
96. GÉRARD. — Le service social à l'hôpital. La situation actuelle de cette œuvre à Bordeaux.
25. GIDE. — Contribution à l'étude de la pathogénie nerveuse du purpura.
53. GINESTE. — Traumatismes et leucémies.
17. GIRAUDEAU. — Traitement chirurgical des phlegmons du pied.
58. GOUNELLE. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes intrathoraciques.
92. GOUX. — Contribution à l'étude du traitement par la diodotyrosine.
8. GRAZIANI. — Sténoses et cicatrices vaginales.
5. GRENET. — La voie d'accès postérieure sur le ganglion étoilé.
60. GRIFFON. — Contribution à l'étude des myosites aiguës suppurées.
18. GUÉRARD. — La tuberculose sténosante de l'intestin grêle.
38. GUÉRIN. — Contribution à l'étude du traitement opératoire des abcès chauds de la prostate.
149. GUILLON. — Etude de la capacité vitale en fonction de la taille, du poids et de la surface du corps chez l'enfant et chez l'adulte.
86. HAPETTE. — Contribution à l'étude des réactions annexielles au cours de manœuvres thérapeutiques sur le col.
55. HEBRAUD. — Le volvulus de l'intestin chez le nouveau-né.
34. HOLLECKER. — Etude comparative et critique des différents procédés opératoires dans les lésions méniscales du genou.
115. HURABIELLE. — Le cancer du col de l'utérus chez la femme jeune.
15. JEAN. — Contribution à l'étude des ulcères simples perforés de la vessie.
101. JOUANDON. — Contribution à l'étude des conjonctivomes de la gaine des vaisseaux fémoraux.
19. JOURDAIN. — Les plaies accidentelles du plexus brachial.
119. JULIEN LA BRUYÈRE. — Contribution à l'étude des ossifications métatraumatiques paracondyliennes internes du fémur.
49. KERSAUDY. — Botryomycose de la joue et des lèvres.
152. LACAZE. — Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire.
126. LAFFITTE. — Considérations sur la médecine et les études médicales.
142. LAFITTE (Mlle). — Contribution à l'étude des splénectomies.
42. LANGEARD. — Des avantages des sérums de titres antitoxiques élevés dans le traitement de la diphtérie.
103. LATIER. — Tendances actuelles pour la construction des hôpitaux.
124. LAURENT. — Les accidents et les complications de l'anus contre nature.
71. LE BOURHIS. — Contribution à l'étude du traitement des pyélonéphrites gravidiques.
37. LE FLOCH. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'anurie dans l'évolution du cancer du col utérin.
11. LE HÉNAFF. — Les réveils en sursaut.
70. LEMOINE. — Contribution à l'étude de l'examen radiographique dans l'occlusion intestinale aiguë.
67. LESTRADE. — Contribution à l'étude de la syphilis hépatique tertiaire fébrile.
21. MALATERRE. — Contribution à l'étude de la greffe cornéenne.
107. MALLET. — Les complications oculaires d'origine génitale chez la femme.
150. MATHIO (A.). — Les fractures spontanées dans la maladie de Paget.
95. MATHIO (P.). — Valeur clinique de la recherche du temps de circuit circulatoire par la méthode du saccharinate de soude.
154. MÉRIC. — Le traitement des tumeurs malignes de la face et du bucco-pharynx par la thermocautérisation.
128. MINICONI. — Amiel. Etude médico-psychologique.
22. MIQUEU. — Sur les aurides cutanées.
127. MOEVUS. — Le pneumothorax spontané à répétition.
16. MORAND. — Complications tardives de l'opération de la cataracte.
2. NANCEL-PÉNARD. — Les réactions des éléments blancs du sang au cours de la chrysothérapie.

77. NÉEL. — Contribution à l'étude des relations entre le rhumatisme chronique et le cancer.
148. PELLEGRINO. — Etude de l'action des ondes courtes sur le système vago-sympathique.
116. PENAUD. — Recherches anatomiques sur les artères de la vessie.
145. PEYRON. — La timidité.
84. POUGET (Marc). — L'huître. Sa composition chimique. Sa valeur alimentaire et ses applications thérapeutiques.
83. POUGET (Pierre). — L'huître. Biologie et salubrité.
31. POULIC. — Contribution à l'étude de la chrysothérapie des rhumatismes chroniques.
66. PRÉCEPTIS. — Hypertensions par tumeurs de la médullaire surrénale.
68. PUYUELO. — La jalousie. Etude médico-psychologique.
80. QUÉGUINER. — De la fistule consécutive à la cowpérite blennorragique.
76. RANNOU. — Contribution à l'étude de la télécuriethérapie du cancer de l'estomac.
78. RATIER. — Contribution à l'étude des corps d'Auer dans les hémopathies.
54. RAYMOND. — Sur le développement du poumon humain et de ses dispositifs élastiques.
137. RICHARD. — Etude de deux souches de bacilles acido et alcoolo-résistants.
130. RICHARD-NICOLAS. — Le devenir de l'amblyopie strabique.
156. RICHOU. — De l'effet correcteur des fortes dépressions barométriques sur la toxicité de l'oxygène pur.
7. RIPOLL. — Contribution à l'étude des pneumothorax artificiels inefficaces.
73 RODALLEC. — Le secourisme.
131. ROLLAND. — Les verres colorés en ophtalmologie.
79. ROQUES. — Dysplasies et tumeurs du pavillon de l'oreille.
97. ROTGÈS. — Contribution à l'étude de la téléroentgenthérapie. Son état actuel. Ses indications.
48. ROUQUETTE. — Contribution à l'étude de l'avenir immédiat des nouveau-nés.
153. ROUSSET. — Contribution à l'étude radiologique du larynx en phonation.
13. SALAÜN. — La vie et l'œuvre de David Gruby.
121. SALESSE-LAVERGNE. — Symptômes et diagnostic des hypernéphromes.
43. SAPPEY. — Traitement des anémies expérimentales aiguës par saignée chez le chien à l'aide de solutions d'oxy-hémoglobine de cheval.
99. SARIC. — L'exploration fonctionnelle du pancréas interne.
40. SEINCE. — Parmentier et l'hygiène alimentaire.
94. SUCRET. — La tuberculose est-elle génératrice de caries dentaires ?
98. SZNITKIÈS. — La stérilité féminine. Classification. Pathogénie et traitement.
136. TAILLIANDIER. — Sur l'hérédité dans la psychose maniaco-dépressive.
33. TEXIER. — Contribution à l'étude des corps étrangers articulaires.
30. TORRESI. — Contribution à l'étude du traitement de l'inversion utérine puerpérale.
45. TOUANEN. — La cure hélio-marine au sanatorium de Perach'idy.
91. TRAN-CONG-DANG. — Les réactions d'immunité dans la fièvre typhoïde.
3. TURON. — Amyotrophie Charcot-Marie et amyotrophies pouvant la simuler.
50. VIAUD. — Etude sérologique du sang et des humeurs du cadavre.
64. WEBER. — La vaccination contre la fièvre jaune.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 261. EL RAISS. — Contribution à l'étude des fractures de la cavité cotyloïde par enfoncement.
268. GOLDBERG. — L'endométriome de la cloison recto-vaginale.
263. HALATCHEFF. — L'autohémothérapie dans le traitement de l'hypertension artérielle permanente.
267. HARRIS. — Le traitement de la lèpre.
266. MOLINA. — La lutte contre les fumées en France et à l'étranger.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE

La colique néphrétique est un syndrome douloureux paroxystique extrêmement pénible, nécessitant une thérapeutique calmante d'urgence. Ultérieurement, il faudra reconnaître sa cause lithiasique ou non pour tâcher d'éviter la récidive de l'accident.

SYMPTOMATOLOGIE

Il s'agit le plus souvent d'un homme adulte, souvent arthritique, sédentaire et gros mangeur.

L'accident peut être *provoqué* par un choc, un mouvement, une course en voiture, un début de cure thermale, un examen, une fatigue, ou survenir spontanément.

Il peut être précédé de *prodromes :* douleur et endolorissement lombaire ;

— Urines laissant un sédiment abondant ;

— Petite hématurie.

Signes fonctionnels. — a) *Le début* est brusque, par une *douleur* intense,

Siégeant dans la région lombaire d'un seul côté ou parfois des deux côtés par irradiation au côté sain,

Irradiant le long de l'uretère vers la vessie, l'urètre, le méat chez l'homme,

Suivant les trajets nerveux voisins vers le testicule, le périné, la cuisse.

Dans l'ensemble, elles sont unilatérales et descendantes.

Son *intensité est extrême*, c'est une sensation de broiement, de déchirure.

Elle est continue, avec des paroxysmes plus violents.

Pendant la crise, il existe de plus :

b) *Des troubles urinaires.* Le malade a une envie incessante d'uriner.

Parfois il émet quelques gouttes d'urine sanglante.

Parfois l'anurie est complète.

c) *Des troubles viscéraux.* Ils sont inconstants.

Parfois existent des nausées, des vomissements, un arrêt des matières et des gaz avec ballonnement du ventre.

A l'examen :

Insp. — Le malade est agité, pâle, lipothymique parfois ;

Il se met en chien de fusil, cuisses et jambes fléchies ;

Il comprime sa région douloureuse.

Palp. — La palpation n'est possible qu'en période d'accalmie ; elle montre l'existence de douleurs aux points :

Costo-lombaires : dans l'angle formé par la 12e côte et le bord externe de la masse sacro-lombaire ;

Urétéraux :

Le supérieur répondant au bord interne du grand droit à la hauteur de l'ombilic ;

Le moyen répondant aux deux tiers de la ligne joignant les deux épines iliaques antéro-supérieures au bord externe du grand droit ;

L'inférieur répondant à l'extrémité inférieure de l'uretère. Ce dernier est donc perçu :

— Chez la femme, par le toucher vaginal à l'union du cul-de-sac vaginal antérieur et du cul-de-sac latéral ;

— Chez l'homme, par le toucher rectal sur le bord antérieur des faces latérales du rectum.

La palpation peut aussi relever :

1. Des *points douloureux à distance :*

Sus-intra-épineux à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure (répondant au N. abdomino-génital ;

Epineux, au niveau de l'épine pubienne (répondant au N. génito-crural) ;

Sus-iliaque, répondant au N. fémoro-cutané.

2. L'*existence de défenses musculaires* au niveau de la région lombaire.

Signes généraux. — Le *pouls est souvent rapide.*

La *température* est généralement normale.

EVOLUTION

A mesure que la crise évolue, le siège des douleurs descend avec la progression du calcul.

Au bout de quelques heures, les douleurs s'arrêtent brusquement ; le malade ressent une sensation de bien-être.

Une crise polyurique survient, les urines sont parfois claires, parfois hématuriques.

On recherchera le calcul dans les urines :

Ces calculs peuvent être durs, irréguliers : calcul oxalique ; blancs ramifiés : calcul phosphatique.

L'endolorissement lombaire, les points urétéraux disparaissent en quelques jours, mais il faut toujours craindre la récidive de l'accident.

COMPLICATIONS

Des complications peuvent d'ailleurs modifier l'évolution du syndrome.

Rarement celui-ci entraînera une syncope, une asystolie aiguë, l'avortement.

Les véritables complications de la colique néphrétique sont d'ordre mécanique.

I. *Le calcul peut rester dans le bassinet*, déterminant des douleurs sourdes avec des paroxysmes au moment d'efforts, de marche. Il peut y avoir aussi des hématuries sous la même influence.

II. *Le calcul peut s'arrêter dans l'uretère :*

1. Si l'obstruction est incomplète et se complète progressivement, on pourra voir survenir une hydronéphrose ;

2. Si l'obstruction est complète, il se produit alors généralement une anurie par réflexe réno-rénal sur le rein opposé.

Pour Leguen, ce réflexe n'agit que sur un rein déjà très altéré et presque physiologiquement détruit.

Le diagnostic repose sur : l'absence d'émission d'urine ; la vacuité vésicale ; les antécédents lithiasiques.

Le diagnostic du côté obstrué se fera par :

L'examen clinique : recherche d'un point douloureux précis, d'une contracture locale, d'un rein perceptible, sensible ;

Le cathétérisme ;

La radiographie.

Il faut désenclaver par : distension vésicale, cathétérisme bilatéral, diathermie.

En cas d'insuccès, intervenir sur le calcul ou faire une néphrotomie, sinon l'évolution va se faire en trois périodes :

— *De tolérance*, durant 3 à 6 jours ;

— *Intermédiaire*, avec : céphalée, lassitude, anorexie, inquiétude, azotémie croissante ;

— *D'intoxication*, avec signes d'urémie : digestive, nerveuse, respiratoire ; azotémie très élevée ; hypochlorémie ; baisse de la R. A.

Et la mort survient en 8 à 12 jours.

3. *Le calcul peut rester dans la vessie*, déterminant une cystite qui durera tant que le calcul restera dans la vessie.

FORMES CLINIQUES

La colique néphrétique peut être : *atténuée*, *associée* à une colique hépatique, *subintrante* avec crises tous les deux jours, tous les jours ; peut prendre une *symptomatologie pseudo occlusive.*

DIAGNOSTIC

Se fonde sur les caractères de la douleur ; l'examen physique ; l'absence d'élimination urinaire.

Il faut donc éliminer :

La colique hépatique, qui siège à droite, est à irradiation ascendante ;

La colique saturnine. Antécédents, liséré de Burton, douleurs généralisées à tout l'abdomen ;

La crise d'appendicite ;

Les syndromes occlusifs, en particulier de l'étranglement herniaire ;

La crise salpingienne, la torsion d'un kyste de l'ovaire ;

La crise gastrique du tabès ;

Les douleurs du *rein mobile ;*

— *De l'hydronéphrose :* gros rein, dilatation du bassinet constatable par cathétérisme, par radiographie ;

De la pyélonéphrite : fièvre, urines infectées ;

De la périnéphrite : fièvre, contracture lombaire, douleurs moins vives, plus longues.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

I. *La lithiase.* Recherche du calcul dans les urines. Radiographie.

Possibilité de complications mécaniques ou infectieuses (pyélonéphrite, pyonéphrose, périnéphrite).

II. *Les parasites.*

III. *Des fragments de substances dégénérées.*

TRAITEMENT

1° *Il faut calmer la douleur :*

Par des applications de compresses chaudes laudanisées ;

Des bains à 27° ;

Des suppositoires calmants belladonés et opiacés ;

Des lavements calmants au laudanum et à l'antipyrine ;

Des injections de morphine ou de l'association morphine-atropine.

2° *Il faut ensuite soigner la lithiase :*

Par un régime correct ;

Des dissolvants de l'acide urique ;

Des eaux diurétiques ;

Des modificateurs du pH urinaire : alcalinisation dans la lithiase oxalique, acidification dans la lithiase phosphorique.

En cas de crises subintrantes ou de complications, une intervention pourra être nécessaire. Elle ne devra être entreprise qu'après avoir étudié le fonctionnement des deux reins.

J. FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION 17, RUE CASSETTE.

N° 97. — SAMEDI 5 DECEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50**. — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS D'ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE. — Epreuves sur titres : MM. Cadet : 12 ; Duchamp : 14 ; Guillaumont : 15 ; Lamy : 12 ; Le Camus : 14 ; Le Canuet : 14 ; Monmignant : 15 ; Pizon : 15 ; Simon : 12.

Epreuve de radiologie. — *Question donnée* : Technique générale d'un examen radioscopique du poumon. — *Questions restées dans l'urne :* Le rapport entre les mesures usuelles en radiothérapie (H. R. V.).

Effectuer une radiographie de la hanche droite au cours de cette opération, exposer au jury ce que l'on fait.

MM. les docteurs Le Canuet : 12 ; Le Camus : 13 ; Cadet : 10 ; Duchamp : 14 ; Lamy : 16 ; Guillaumont : 12 ; Monmignaut : 13 ; Simon : 9 ; Pizon : 15.

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours pour l'emploi de chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Poitiers s'ouvrira le lundi 11 janvier 1937. S'inscrire au secrétariat de la Faculté, au plus tard, un mois avant la date du concours.

Ecole de médecine de Tours. — Les nouveaux laboratoires de l'Ecole de médecine de Tours seront inaugurés le dimanche 13 décembre 1936, à 11 heures, sous la présidence de M. le Ministre de l'Education nationale. Cette inauguration sera suivie d'un déjeuner et d'une séance académique qui se tiendra à 15 heures à l'Hôtel de Ville, sous la présidence de M. le Ministre de l'Education nationale.

Ministère de la Santé publique. — Le poste de médecin-chef directeur de l'asile départemental d'aliénés de Lafont (Charente-Inférieure) est vacant, par suite du départ de M. le docteur Pélissier, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Société de pathologie comparée. — La séance solennelle annuelle suivie d'un banquet aura lieu le mardi 8 décembre 1936, à 4 h. 30 à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 8, rue Danton, sous la présidence d'honneur de MM. les Ministres de l'Education nationale, de l'Agriculture et de la Santé publique, et sous la présidence effective du professeur Loeper.

A l'ordre du jour : La *Thérapeutique fonctionnelle à doses minimes.* — Rapporteurs : MM. Lemaire, Simonnet, Hazard (Paris) et P. Delore (Lyon).

— Le public est admis à cette séance.

Société française d'hématologie. — La séance solennelle annuelle de la Société aura lieu le mercredi 9 décembre 1936 à 10 heures, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié.

Hommage au docteur Guillemot. — Les élèves et le personnel du docteur Guillemot se réuniront à l'hôpital Bretonneau le dimanche 20 décembre, à 11 heures.

Un souvenir lui sera offert, en témoignage d'affection et de reconnaissance.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. René Prieur, ancien interne des hôpitaux, 77, avenue Kléber, Paris (16e).

Vacances de Noël sur la Côte d'Azur. — La Société médicale du Littoral méditerranéen organise pour Noël son XIVe voyage médical. Il aura lieu du 26 décembre (Nice) au 2 janvier.

Ces voyages organisés avec un confort sans égal obtien-

nent tous les ans un légitime succès. Ils permettant de visiter en auto Nice, La Turbie, Menton, Monaco, Vence, Grasse, Cannes, etc... Partout des réceptions somptueuses sont prévues. Un voyage en Corse suivra le Voyage médical.

Renseignements : à la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

Nécrologie. — Le Dr Médéric Sacleux, de la Bassée (Nord).

— Le général médecin A. Voncken, de l'armée belge. Il était le père de notre confrère, le colonel médecin Voncken (de Liége), secrétaire général des congrès internationaux de médecine militaire.

— Le prof. Julius Tandler, ancien professeur d'anatomie à Vienne, élève de Zuckerkandl.

— Le professeur Gaetano Lodato, directeur de la clinique ophtalmologique de l'Université de Palerme.

— Le docteur François Michel, médecin aux Messageries Maritimes, décédé à l'âge de 28 ans. Il était le fils du professeur Gaston Michel (de Nancy) à qui nous adressons nos condoléances émues.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. PETIT-DUTAILLIS, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le jeudi 7 janvier 1937, à 17 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Programme : *Affections de la tête et du cou.*

— M. WILMOTH, agrégé, commencera son cours le vendredi 8 janvier 1937, à 17 h., et le continuera, les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Programme : *Pathologie chirurgicale de l'appareil génital de la femme.*

Conférences destinées aux internes des hôpitaux. — M. le professeur RATHERY fera quatre conférences sur le diabète à la salle des cours de la clinique thérapeutique médicale de la Pitié, à 6 heures du soir.

1. *Mardi 8 décembre :* Indications et mode d'emploi de l'insuline dans le traitement des diabétiques ;
2. *Samedi 12 décembre :* Le coma diabétique et le coma insulinique ; diagnostic et traitement ;
3. *Mardi 15 décembre :* L'intervention chirurgicale chez les diabétiques. Des soins à prendre avant, pendant et après l'opération ;
4. *Samedi 19 décembre :* L'anthrax et la gangrène chez les diabétiques.

Umfia ou Union médicale latine. — *Prochaine conférence des Voix latines.* — Le colonel médecin Voncken, de Liége, membre d'honneur de l'Umfia, directeur de l'Office international de médecine militaire, et le professeur A. de la Pradelle, de la Faculté de Droit de Paris, directeur de l'Institut des Hautes études internationales, feront le vendredi 18 décembre prochain, à 21 heures précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, à Paris, sous la présidence du médecin général inspecteur Sieur, membre de l'Académie de médecine, membre d'honneur de l'Umfia, une conférence sur : *L'humanité dans la guerre.*

On peut trouver des cartes d'invitation chez le Dr Dartigues, Président de l'Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (16e), à la librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e) ; à la librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e) ; à la librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris (6e) ; à la librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e) ; à la librairie du Monde médical, 42, rue du Docteur-Blanche, Paris (16e).

CHRONIQUE

LA POSE DE LA PREMIÈRE PIERRE DES NOUVEAUX BATIMENTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le 3 décembre a eu lieu, sur l'emplacement de l'ancienne Charité, la pose de la première pierre, ou plus exactement la première coulée de béton, des nouveaux bâtiments de la Faculté.

La cérémonie placée sous la présidence de M. le Ministre de l'Education nationale, s'est déroulée en présence de M. Jean Perrin, sous-secrétaire d'Etat, de M. le recteur Charléty, du président du Conseil municipal et des délégués de l'Université et des Facultés.

Des discours furent prononcés par M. le doyen Roussy, par le président du Conseil municipal, M. Raymond Laurent, et par le ministre.

Les bâtiments qui, sous la direction des éminents architectes MM. Debat-Ponsan, Madeline, Guéritte et Walter, vont s'élever dans l'immense vide créé par la démolition de la Charité, ont une histoire déjà ancienne.

Dès sa nomination de doyen, M. le professeur Roussy fut chargé par ses collègues d'étudier l'agrandissement de la Faculté devenue trop exiguë pour ses 5.000 étudiants. On connaît les divers projets qui furent envisagés : transfert à la Halle aux Vins (ancien projet Haussmann), transfert au lycée Saint-Louis, etc... M. Roussy, après de mûres études, arrêta son choix sur la Charité qui allait être désaffectée. Je passe sur les difficultés de tout genre que M. Roussy eut à surmonter ; enfin il obtint le terrain (11.000 mètres) et les crédits nécessaires.

Ce terrain — une fois démolies les boutiques de la rue des Saints-Pères — permettra l'élargissement de la rue. La vieille chapelle, où siégea l'Académie de médecine et qui sert de salle de concours à l'Assistance publique, le vénérable amphithéâtre où enseignèrent Laënnec et Potain sont conservés, ainsi que le jardin situé à l'angle du boulevard Saint-Germain.

La nouvelle Faculté aura une entrée provisoire rue des Saints-Pères. L'entrée monumentale définitive s'ouvrira sur la rue de Rennes prolongée. La hauteur sur rue des bâtiments sera normale. Le centre de la construction atteindra neuf étages. La répartition des services est ainsi comprise : dans les étages inférieurs, les laboratoires de physique. Au-dessus, la chimie, l'histologie et la physiologie. Enfin tout en haut, les laboratoires d'anatomie baignés d'air et de lumière. De grands amphithéâtres, dont l'un de 1.500 places, des vestiaires, des ascenseurs indiquent qu'on a pensé à la commodité et au confort.

Les travaux seront terminés pour la rentrée d'octobre 1938. Une autre tâche très lourde reste à M. le Doyen, celle d'organiser les nouveaux laboratoires, de remanier l'ancienne Ecole pratique, de moderniser les chaires de clinique.

Œuvre de longue haleine pour laquelle on peut lui faire confiance.

F. L. S.


MARQUE
DÉPOSÉE


LES NEIGES

XXIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris 12-14 octobre 1936

Président : M. le professeur Marcel Labbé

PREMIÈRE QUESTION

LES MÉNINGITES AIGUES CURABLES

PREMIER RAPPORT

Les méningites aiguës bénignes de l'adulte

Par M. Roch (Genève)

Le rapporteur envisage exclusivement des méningites parfois violentes et sans séquelles. Il les distingue en deux groupes :

Méningites d'origine connue ou phanérogénétiques ;
Méningites cryptogénétiques.

I. — Méningites phanérogénétiques

1° *Méningites provoquées par la ponction lombaire.* — Ces accidents, d'ailleurs rares, demeurent généralement légers ; leur origine infectieuse semble devoir être éliminée et ils résultent vraisemblablement d'une irritation mécanique. Des réactions plus intenses peuvent survenir en cas de réintroduction même immédiate de quelques centimètres cubes du liquide céphalo-rachidien retiré.

2° *Méningites provoquées par introduction de substances hétérogènes dans le canal rachidien.* — Ces réactions, à peu près constantes, sont facilement réalisables expérimentalement, notamment par injection intrarachidienne d'une solution diluée de caséine. La réaction cellulaire, assez variable, est d'abord une polynucléose, puis une lymphocytose. Les injections répétées créent une sorte d'accoutumance.

3° *Méningites par réactions anaphylactiques locales.* — Le type en est la méningite sérique qui, malgré sa gravité apparente, évolue spontanément et rapidement vers la guérison complète.

4° *Méningites par réaction anaphylactique générale ou par réaction idiosyncrasique.* — Même en dehors de toute intervention locale, la maladie du sérum peut être la cause d'une réaction méningée (hydrocéphalie angioneurotique de Quincke) ; elle peut coïncider avec l'urticaire.

5° *Méningites vermineuses.* — Elles doivent être rapprochées des méningites anaphylactiques. Elles sont le plus souvent dues aux ascarides.

6° *Méningites toxiques.* — La réaction méningée aiguë provoquée par le saturnisme est rarement bénigne. L'alcool provoque plus souvent des pachyméningites chroniques que des accidents méningés aigus. L'oxyde de carbone, l'aniline, l'antipyrine, les intoxications alimentaires ont été incriminées.

7° *Méningites par auto-intoxication.* — On peut ranger dans ce groupe certains troubles digestifs, particulièrement chez les enfants, certaines auto-intoxications, certaines maladies de la nutrition : on en a signalé des exemples dans l'ictère, le diabète, la goutte, le mal de Bright. Dans ce dernier cas, syndrome liquidien et manifestations cliniques ne vont pas toujours de pair ; les polypeptides sont plus vraisemblablement en cause que l'urée. Dans le diabète, on a incriminé l'acidose.

8° *Méningites bénignes provoquées par un traumatisme.* — Il ne s'agit ici que des méningites aseptiques. Habituellement bénignes, elles peuvent conduire à des états inflammatoires chroniques avec hypertension générale du liquide céphalo-rachidien ou hypertensions localisées réalisant un syndrome de pseudo-tumeur cérébrale.

9° *Méningites provoquées par l'insolation.* — On peut observer des troubles allant de la réaction méningée à la méningite et à l'hémorragie méningée. Le rapporteur envisage trois mécanismes : action pénétrante directe des rayons solaires, action toxique due à la désintoxication des cellules du tégument externe brûlées par le coup de soleil, action thermique.

10° *Méningites bénignes provoquées par un foyer infectieux de voisinage.* — Il s'agit de méningites aseptiques qui guérissent rapidement par simple drainage du foyer infecté.

11° *Formes atténuées des méningites infectieuses.* — Toutes les infections peuvent être à l'origine de méningites atténuées ; la méningite à méningocoques elle-même peut se présenter exceptionnellement sous forme de méningite à liquide clair ne contenant pas d'éléments cellulaires ou contenant des lymphocytes.

12° *Méningites tuberculeuses.* — On observe parfois chez les tuberculeux des épisodes méningés curables qu'on a attrigués au bacille de Koch, à sa forme filtrante ou à sa toxine ; la preuve de leur nature tuberculeuse est bien difficile à faire en l'absence d'inoculation positive. Le même doute plane sur les épisodes méningés observés au cours de l'érythème noueux.

13° *Méningites syphilitiques.* — Au cours de la période secondaire, on peut observer tous les intermédiaires entre la « méningite histologique » et la méningite aiguë accentuée. Parfois on observe, six à douze semaines après la cessation du traitement, des méningites retardées pour lesquelles le rôle du biotropisme et du médicament a pu être invoqué. Les méningites aiguës tertiaires ou hérédo-syphilitiques sont des exceptions. Dans tous ces cas, les lésions des méninges semblent un point d'appel pour les inflammations méningées d'autre nature.

14° *Méningites dans les spirochétoses.* — Outre sa forme ictérique, la spirochétose ictéro-hémorragique peut déterminer une forme méningée pure bien décrite par Costa et Troisier et qui se distingue par l'existence d'herpès et d'infection conjonctivale. Le liquide céphalo-rachidien, peu chargé en albumine, est très riche en mononucléaires, puis en lymphocytes. Les chlorures ne sont pas notablement abaissés, et la glycorrachie demeure normale. La guérison est habituelle, avec ou sans rechute. Le diagnostic est confirmé par l'inoculation du sang et du liquide céphalo-rachidien et par le séro-diagnostic.

Il faut aussi signaler la fièvre de vase des auteurs allemands, la spirochétose française de N. Fiessinger, la fièvre d'automne et la fièvre de sept jours du Japon, la fièvre de cinq jours de Sumatra, le typhus récurrent, le sodoku.

15° *Méningite des jeunes porchers.* — Cette affection est assez répandue en Suisse et en Savoie chez les sujets travaillant dans les laiteries. Elle est caractérisée par un état fébrile évoluant en deux poussées séparées par quelques jours d'apyrexie. Les symptômes méningés, accusés mais peu durables, consistent en une réaction cellulaire considérable mais passagère avec hyperalbuminose et maintien du taux normal du chlore et du glucose.

16° *Méningite ourlienne.* — Il n'existe aucun parallélisme entre l'intensité de la réaction cytologique méningée, presque constante au cours des oreillons, et celle des signes cliniques qui ne s'observent que dans 23 p. 100 des cas et semblent dépendre plutôt d'un processus encéphalétique. Au cas où la méningite précède les oreillons, le diagnostic est fort difficile avec la méningite tuberculeuse ; cependant, dans les oreillons, l'albumine est peu abondante, le taux des chlorures et du glucose reste normal.

17° *Méningite zostérienne.* — Ici encore, la dissociation est fréquente entre les symptômes cliniques, très inconstants, et les altérations du liquide céphalo-rachidien. La possibilité d'éruptions zostériformes secondaires à des méningites rend d'ailleurs l'interprétation de ces cas fort délicate.

18° *Méningite herpétique.* — Son autonomie est encore plus contestable, étant donnée la fréquence avec laquelle on rencontre l'herpès comme symptôme au cours des méningites les plus diverses. Néanmoins, il semble bien que l'existence des réactions méningées d'origine herpétique ne puisse être niée.

19° *Méningites dans les affections aiguës du système nerveux central.* — Les diverses lésions cérébrales génératrices d'ictus, les abcès, les tumeurs, la chorée, la sclérose en plaques peuvent se compliquer de méningite ; elle reste au second plan. Quant aux encéphalites et encéphalo-méningites qui complètent les maladies de l'enfant, elles peuvent aussi atteindre l'adulte ; on peut se demander si ces encéphalites sont bien dues aux maladies en cause ou si elles n'ont pas ouvert la porte à un virus spécifique qui pourrait bien être celui de l'encéphalite épidémique.

20° *Méningites poliomyélitiques.* — Les formes à début méningé sont relativement fréquentes. Mais il ne semble pas qu'il faille en étendre exagérément le domaine et considérer trop souvent la méningite lymphocytaire bénigne comme une forme fruste de maladie de Heine-Medin.

21° *Méningites de l'encéphalite léthargique.* — On a attribué à l'encéphalite plusieurs cas de réactions méningées curables, avec un taux élevé de chlorures et de glucose dans le liquide céphalo-rachidien.

II. — Méningites cryptogénétiques

Le rapporteur, tout en admettant que de ce second groupe on pourra isoler encore toute une série de méningites d'étiologie connue, pense que la majorité de ces méningites forment une véritable entité nosologique.

Il insiste sur leur caractère pandémique ; cette pandémie a commencé en 1920, a atteint son acmé dix ans plus tard, et est actuellement en voie de disparition. Cette notion est appuyée par une revue de tous les cas publiés dans la littérature mondiale. Dans la plupart de ces cas, des recherches étiologiques ont été faites ; elles sont presque toutes restées négatives. On peut cependant retenir quelques résultats positifs : Eckstein, par inoculation au singe, a obtenu une méningo-neuraxite avec ataxie et phénomène bulbaire ; Hissard, par inoculation à l'œil du lapin, a obtenu une maladie voisine de l'herpès expérimental ; Armstrong a isolé de l'encéphalite de Saint-Louis un virus filtrant pathogène pour la souris et le singe ; le sérum de sujets atteints de méningite aseptique contient des corps immunisants contre ce virus ; Findlay a obtenu un virus semblable chez des souris et chez deux malades atteints de méningite aiguë à lymphocyte. Pour intéressants que soient ces faits, ils n'apportent pas de critère bactériologique ou sérologique de la méningite lymphocytaire bénigne.

Les caratères cliniques gardent donc toute leur valeur. C'est une maladie de l'adulte jeune, de l'adolescent ou du grand enfant. Le début est brusque, sans prodromes. La céphalée, la raideur de la nuque, le signe de Kernig, les vomissements sont habituels ; la constipation est plus rare ; l'atteinte des nerfs craniens est exceptionnelle. Le psychisme est peu atteint ; le délire est rare, le coma plus encore. La ponction lombaire atténue habituellement les symptômes.

Les signes d'infection générale consistent en troubles digestifs, frissons, fièvre aux environ de 39°. Le pouls est peu ralenti.

La durée de la maladie dépasse rarement cinq à huit jours et guérit sans rechutes ni séquelles.

La ponction lombaire montre une pression un peu élevée, un liquide limpide ou opalescent. Le nombre des éléments figurés, très variable, oscille habituellement entre 100 et 600 éléments par centimètre cube ; la prédominance des polynucléaires est parfois notée au début, mais fait rapidement place à de la lymphocytose. Le taux des protéines est relativement peu élevé (0,30 à 0,50) ; les réactions des globulines sont positives. Le taux des chlorures, celui du glucose restent normaux. A côté de ces caractères cliniques et biologiques, un des meilleurs moyens de diagnostic est fourni par l'épidémiologie.

Quant à la nature de la maladie, le rapporteur retient deux hypothèses : ou bien il s'agit d'une affection autonome due à un virus non encore isolé ; ou bien, et c'est à son avis l'hypothèse la plus vraisemblable, il s'agit d'une forme anormale d'encéphalite épidémique.

DEUXIÈME RAPPORT

Méningite lymphocytaire curable chez l'enfant

Par MM. A. Lesné (Paris) et Y. Boquien (Nantes)

Entrevue par Quincke, la méningite lymphocytaire curable ne fut véritablement bien décrite qu'à partir des travaux de 1910, époque à laquelle survint la première apparition importante de la maladie. Depuis, celle-ci s'est un peu généralisée, affectant cependant certains foyers électifs où elle a sévi d'une façon plus marquée : pays nordiques, Europe occidentale, Etats-Unis d'Amérique. L'influence de certaines années, l'influence saisonnière sont des faits évidents. La contagion est possible, certains cas comme celui de Schneider semblent la prouver.

La M. L. C. s'observe d'une façon particulièrement fréquente chez les sujets jeunes, spécialement entre cinq et douze ans.

Le rôle des infections rhino-pharyngées est admis par presque tous les auteurs, comme porte d'entrée possible de la maladie.

Le *tableau* de l'affection est en général stéréotypé : le début en est brutal, caractère essentiel de différence vis-à-vis de la méningite tuberculeuse, marqué par une élévation brusque de température, des vomissements, de la céphalée. Souvent, à cette époque, on trouve une angine soit érythémateuse, soit pultacée. Rarement le début se fait encore plus brusquement, revêtant une forme comateuse ; rarement aussi il est précédé de prodromes.

Une fois constituée, la M. L. C. se traduit par les *signes méningés* habituels, avec toutefois certaines caractéristiques qui lui sont propres. La céphalée, souvent à prédominance occipitale (Eckstein), est en règle très pénible ; la rachialgie est également un symptôme habituel de l'affection ; les vomissements s'observent dans la grande majorité des cas, la constipation est moins fréquente.

A l'examen, la raideur de la nuque est de règle, habituellement marquée, de même que le signe de Kernig dans ses deux modalités.

Parfois l'enfant est couché en chien de fusil, mais ceci est beaucoup moins fréquent que dans la méningite tuberculeuse.

Les réflexes tendineux sont parfois normaux, parfois un peu vifs ; les réflexes cutanés sont assez rarement modifiés ; le signe de Babinski n'existe presque jamais ; l'hyperesthésie cutanée est très nette ; les troubles vaso-moteurs sont moins marqués que dans la méningite tuberculeuse.

La photophobie est fréquente, le fond d'œil montre souvent de la papillite, de l'œdème de la papille, ou de la stase; parfois des hémorragies rétiniennes. Des paralysies oculaires ont été relatées par différents auteurs.

La fièvre est habituellement élevée, entre 38° et 39°, pendant tout le cours de la maladie. Le pouls est dissocié de la température, et souvent instable. La tension artérielle est basse, les urines sont rares et chargées.

Il est important de noter qu'il n'y a pas de troubles psychiques, pas de prostration, pas d'hostilité, l'enfant reste très présent et ne manifeste pas la réticence habituelle de la méningite tuberculeuse. L'asthénie est de règle. Les troubles sphinctériens sont exceptionnels.

L'*évolution* de la maladie est des plus simple. La durée varie de deux à quatre semaines, puis les symptômes décroissent et souvent assez vite, la fièvre tombant du sixième au dixième jour. La crise urinaire apparaît, un bien-être général survient.

Le plus important des *examens spéciaux* à mettre en œuvre au cours de la M. L. C. est la *ponction lombaire*, qu'on fera à la moindre suspicion de syndrome méningé, étant donnée la remarquable absence de parallélisme entre les signes cliniques et les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien.

Le liquide céphalo-rachidien est eau de roche, rarement trouble s'il y a une leucocytose considérable ; laissé au repos, on voit souvent survenir un réticulum fibrineux (phénomène de la toile d'araignée). La tension est augmentée en position couchée. La réaction cytologique est en règle considérable, bien que très variable d'un jour à l'autre chez le même malade. Habituellement on trouve de 100 à 500 leucocytes par millimètre cube ; l'intensité de cette réaction est un des faits les plus importants de l'histoire de la M. L. C. Au fur et à mesure qu'évolue l'affection, cette réaction diminue, à l'inverse de ce que l'on observe dans la méningite tuberculeuse.

Cette réaction est constituée d'abord par les polynucléaires, puis par des lymphocytes. Du Bois, puis Charlier ont établi la relation de ces éléments mononucléés avec les monocytes. Du fait de la réaction cellulaire polymorphe, mieux vaudrait peut-être la dénommer *méningite séreuse curable ou bénigne.*

Le *liquide céphalo-rachidien*, fait remarquable, est beaucoup moins augmenté qu'on ne pourrait le croire, étant donné le nombre des leucocytes ; il y a dissociation cyto-albuminique (par exemple 50 d'albumine pour 300 éléments cellulaires).

Le *glucose du liquide céphalo-rachidien* est en général normal (différence avec les méningites tuberculeuses), le taux des chlorures est peu modifié.

La réaction de B. W. est négative au cours de la M.L.C., à quelques très rares exceptions près. La réaction du *benjoin colloïdal*, les courbes de précipitation des sels d'or sont en général positives, dans des proportions variables. La *réaction de Pandy* est le plus souvent positive. L'*indice réfractométrique* du liquide céphalo-rachidien est très élevé, beaucoup plus qu'on ne l'observe dans les méningites tuberculeuses, sans que ce puisse être expliqué par les quantités réciproques d'albumine du liquide céphalo-rachidien. La *réaction de Vernes-résorcine* donne des taux très bas (5 de moyenne), alors que dans les méningites tuberculeuses, elle serait élevée (162 de moyenne : Kérangal des Essarts).

Les examens bactériologiques du liquide céphalo-rachidien sont toujours négatifs. *La ponction lombaire a une influence remarquable et quasi constante sur l'évolution de la maladie, diminuant les signes fonctionnels et semblant raccourcir l'évolution.* Notons, par ailleurs, une leucocytose sanguine modérée, avec lymphocytose ou polynucléose.

A côté des formes typiques, existent des *cas frontières* anormaux soit par leurs symptômes, soit par leur évolution. Ce sont d'abord des cas frustes, où la réaction méningée est uniquement d'ordre biologique, et où les signes cliniques font partiellement ou presque totalement défaut. Dans ces cas seule la ponction lombaire individualise la maladie.

Il existe encore des formes à rechutes, des formes prolongées d'une durée de plusieurs mois.

Particulièrement importante est la forme que l'on pourrait appeler encéphalo-méningée, où aux signes proprement leptoméningés se joignent des signes encéphaliques soit pyramidaux, soit cérébelleux, soit d'atteinte des nerfs craniens ; mais ne faut-il pas exclure ces formes cérébrales du cadre de la M. L. C. pour les faire entrer dans le cadre des encéphalites ?

Le pronostic de la M. L. C. est bénin par définition, l'absence de séquelles est une règle presque absolue. Dans les rares cas mortels qui ont été signalés, l'affection était presque toujours à début très brusque, parfois comateux, avec association plus ou moins importante de symptômes de la série encéphalique, et alors il n'est pas démontré qu'il s'agisse de la même maladie.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, nous ne possédons qu'un petit nombre de documents, du fait de la bénignité habituelle de la M. L. C. On a décrit de l'hyperémie des centres nerveux et des méninges molles, et, au point de vue histologique, des infiltrats lymphocytaires plus ou moins considérables au niveau des leptoméninges.

Le *diagnostic différentiel* se pose en fait avant tout avec la *méningite tuberculeuse*. En principe, les notions d'antécédents et de contage, quand on peut les mettre en évidence (ce qui est loin d'être toujours facile), la période prodromique, l'hostilité du malade, l'importance des signes basilaires et bulbaires (œil, respiration, pouls), l'amaigrissement, la torpeur sont des arguments cliniques importants en faveur de la méningite tuberculeuse.

La cuti-réaction et l'intradermo-réaction, si elles sont négatives, sont un argument crucial contre l'hypothèse de méningite bacillaire. Les caractères différents du liquide céphalo-rachidien avec élévation du taux d'albumine au prorata de la réaction cellulaire, et, avant tout, la recherche du bacille de Koch, soit à l'examen direct, soit par inoculation, soit par ensemencement sur milieux spéciaux (Lœwenstein, Saenz) feront la preuve de la méningite bacillaire.

Il faut ensuite éliminer les *méningites méningococciques* dans certaines formes larvées, les *méningites hérédo-syphilitiques* extrêmement rares d'ailleurs, la *spirochétose méningée de l'enfant* (Apert et Broca, Julien Marie et Gabriel), la maladie des jeunes porchers (Roch), les *méningites ourliennes autonomes* (Weissenbach), certaines septicémies avec réactions méningées, les *suppurations des cavités cranio-faciales* pouvant déterminer une réaction méningée de voisinage (*sinus, oreille moyenne et interne*), l'hydropisie méningée, les formes méningées des vomissements cycliques avec acétonémie.

Dans cet énoncé, les circonstances d'apparition de la maladie, l'examen complet du jeune malade, les données de la ponction lombaire feront vite un tri et permettront, aidées des caractères évolutifs de l'affection, un diagnostic exact.

La question la plus controversée de la M. L. C. est celle de la *pathogénie.*

Trois origines surtout ont été discutées : l'*encéphalite* ou les différents virus encéphalitiques, la *poliomyélite*, la *tuberculose* atténuée.

L'encéphalite, type Von Economo-Cruchet, apparaît à des époques de l'année voisines de celle de la M. L. C. ; certains cas de M. L. C. auraient évolué vers le parkinsonisme : on connaît en outre les réactions méningées de l'encéphalite. Toutefois le nystagmus, les secousses cloniques, les séquelles post-encéphalitiques sont pratiquement exceptionnels au cours ou à la suite de la M. L. C., nous ne les avons pas observés alors qu'ils sont si fréquents dans l'encéphalite ; les inoculations expérimentales de Knauer à la cornée du lapin sont également un argument négatif important contre l'hypothèse de l'encéphalite.

La poliomyélite pourrait être envisagée dans quelques cas. Toutefois l'absence de paralysie flasque dans la M.L.C., l'aspect clinique totalement différent dans les cas types de la maladie, les données différentes des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien, plaident contre l'identité de ces deux affections.

Quant à la tuberculose, on ne peut non plus y rattacher l'immense majorité des cas de M. L. C., car, outre que la recherche du bacille de Koch par les moyens d'investigation les plus poussés tels que l'inoculation en série aux cobayes, l'ensemencement sur des milieux spéciaux, est négative dans la M. L. C., la cuti-réaction et l'intradermo-réaction restent, elles aussi, très souvent négatives chez le jeune enfant atteint de M. L. C., alors qu'elles sont constantes chez tous les jeunes tuberculisés.

Par élimination, on en arrive à l'hypothèse de *maladie autonome ;* cette hypothèse est d'ailleurs étayée par un certain nombre de travaux expérimentaux récents de la plus haute importance. Armstrong, Lillie et Wooley, Findlay, Alcock et Stern, Rivers et Mc Scott, Lépine et Mlle Sautter ont réussi à isoler un virus chorio-méningitique chez la souris et chez le singe, susceptible de donner à l'animal par inoculation intracranienne (par exemple), une chorio-méningite rappelant en tous points la maladie spontanée de l'homme. Chez ces animaux, on observe une réaction cytologique à lymphocytes d'une intensité considérable.

La chorio-méningite expérimentale produite par inoculations de liquide céphalo-rachidien de M. L. C. est mortelle chez certains sujets, guérissant chez d'autres, qu'elle immunise alors contre une inoculation ultérieure. Lépine et Mlle Sautter ayant isolé un virus apparemment identique à celui des auteurs américains, ces auteurs ont recherché si le sérum sanguin d'anciens malades observés par les rapporteurs, neutralisait le virus expérimental qu'ils avaient isolé. C'est en effet ce qui s'est produit dans une proportion importante de cas. Les épreuves de contrôle ont été négatives.

Il semble donc bien que l'obscurité qui planait jusqu'ici sur l'origine de la M. L. C. soit bientôt dissipée grâce à ces tout récents travaux expérimentaux.

La thérapeutique de la M. L. C. est une thérapeutique toute symptomatique, vu la bénignité de l'évolution de la maladie : les bains chauds, l'application de glace sur le crâne, les médications anti-infectieuses banales en représentent les principaux articles, mais la ponction lombaire constitue en même temps le procédé de diagnostic le plus sûr et le moyen thérapeutique le plus efficace.

Troisième rapport

La méningite tuberculeuse est-elle curable ?

Par R. Cruchet (Bordeaux)

L'exposé de ce rapport se résume en fin de compte à une question de définition.

Il s'agit de savoir si l'on doit accepter la méningite tuberculeuse selon la description classique telle qu'elle a été pour la première fois isolée par Robert Whytt en 1768 et telle qu'elle a été acceptée depuis par tous les médecins, ou bien s'il faut élargir la possibilité d'une méningite tuberculeuse et accepter la possibilité d'une méningite bénigne ou curable dans le sens où l'adoptent Roch et Lesné.

I. — La méningite tuberculeuse type Whytt paraît malheureusement curable dans un nombre exceptionnellement restreint de cas. « J'ajoute franchement, écrivait Whytt, que je n'ai jamais été assez heureux pour guérir un malade chez lequel la maladie était confirmée ; et je soupçonne que ceux qui ont cru avoir plus de succès se sont trompés sur la nature du mal ou ont pris une autre maladie pour celle-ci. »

Cette opinion est celle de l'écrasante majorité de tous les auteurs qui ont étudié cette terrible maladie depuis cette époque jusqu'à ce jour. La confirmation en a été donnée au rapporteur par les réponses de plus de 200 médecins, français ou étrangers, auxquels il a posé la question.

Il pense cependant que cette curabilité est indiscutable : si la question pouvait être suspecte du seul point de vue clinique, les données modernes fournies par le laboratoire, et spécialement par l'examen du liquide céphalo-rachidien, permettent de répondre d'une façon nettement affirmative dans quelques cas, particulièrement dans les cas où l'on a pu déceler la présence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, et surtout par l'inoculation positive de ce liquide au cobaye.

On a dit que dans les cas de ce genre, il s'agissait de rémission et non de guérison. En réalité, entre une rémission qui peut durer plusieurs années et une guérison définitive, il n'y a qu'une question de degré ; si on admet une rémission pouvant durer si longtemps, il n'y a pas de raison qu'elle ne puisse durer un temps indéfiniment prolongé. Mais cette curabilité est exceptionnelle, puisque sur des milliers et des milliers de cas de méningite tuberculeuse, on n'a pu authentifier à l'heure actuelle qu'un nombre restreint de 80 cas environ.

II. — Plus intéressante est la conception qui comprend dans les méningites bénignes certains cas de méningite tuberculeuse atténuée. Roch et Lesné font quelques réserves pour affirmer la nature tuberculeuse de pareils cas ; en réalité, il est difficile de ne pas considérer comme tuberculeuses les observations qu'ils signalent et dans lesquelles, avec des phénomènes même très atténués de méningite, il y a cependant présence de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien et inoculation positive à l'animal. Dans les cas publiés par Paisseau en particulier, il est difficile de considérer la tuberculose comme existante.

En conséquence, si la méningite tuberculeuse classique est exceptionnellement curable, il est vraisemblable d'accepter une méningite tuberculeuse bénigne comme susceptible de guérison dans un très grand nombre de cas. Dans ces conditions, la curabilité de la méningite tuberculeuse devient beaucoup plus considérable que si l'on se borne à la considérer dans son type classique.

III. — D'une façon générale, les statistiques démontrent que la méningite tuberculeuse tend à être moins fréquente qu'autrefois, même dans sa forme classique.

Cette curabilité semble en fonction des méthodes modernes de prophylaxie qui s'adressent à la tuberculose en général et qui montrent une diminution certaine dans tous les pays de cette maladie.

Jusqu'à plus ample informé, il ne semble pas qu'on puisse attribuer à certains traitements récents, comme l'allergine de Jousset ou la radiothérapie pénétrante de Bokay, une action élective sur la guérison possible de ces cas de méningite tuberculeuse. Le nombre de pareils cas est encore trop restreint pour que l'on puisse l'affirmer.

Deuxième question

Les syndromes parathyroidiens

Premier rapport

Du rôle des parathyroïdes dans la pathologie des os

Par I. Snapper (Amsterdam)

L'intérêt général pour la pathologie osseuse est né de la coïncidence de trois faits nouveaux qui ont fait grande impression sur les médecins :

1° Il y a une maladie du squelette spéciale, la maladie de Recklinghausen, l'ostéite fibreuse, kystique, généralisée, qui s'accompagne toujours d'une tumeur parathyroïdienne ;

2° Cette maladie impitoyable conduisant à la mort après des années de souffrance est guérie par l'ablation de cette tumeur ;

3° Cette maladie est caractérisée par des symptômes cliniques, radiologiques et histologiques spéciaux, et essentiellement par un syndrome biochimique.

Ces notions modernes ne datent que de 1926, l'année où Mandl (de Vienne) a décrit que l'ablation de l'adénome parathyroïdien fait disparaître les symptômes de la maladie osseuse ; l'importance de cette observation de Mandl ne peut pas être exagérée. Elle n'a pas seulement rendu possible la guérison d'une maladie grave ; c'est aussi grâce à lui que l'importance étiologique de l'adénome parathyroïdien pour la maladie de Recklinghausen est devenue évidente. Cela rend possible de différencier la maladie de Recklinghausen de baucoup d'autres affections osseuses. Bref, l'observation de Mandl a fait reconnaître la maladie de Recklinghausen comme la conséquence d'une hyperfonction parathyroïdienne. Cette hyperfonction doit forcément s'accompagner d'un syndrome biochimique spécial. On connaît depuis longtemps l'hypofonction des parathyroïdes, qui donne lieu à la tétanie. Cette dernière condition s'accompagne toujours d'une diminution de la calcémie et de l'augmentation de la phosphatémie. Aussi la maladie de Recklinghausen, qui est l'inverse d'une tétanie, doit s'accompagner d'une hypercalcémie et d'une hypophosphatémie.

Cette hypercalcémie cause une hypercalciurie ; il s'ensuit une soustraction grave du calcium déposé dans le corps, c'est-à-dire du squelette. Une décalcification généralisée du squelette se développe, suivie de lésions histologiques caractéristiques, c'est-à-dire d'une ostéite fibreuse généralisée. Bien souvent, des kystes et des tumeurs brunes (ostéoclastomes, tumeurs à myéloplaxes) sont présents.

Ajoutons encore un autre symptôme biochimique : l'augmentation des phosphatases du sang.

Dans chaque maladie avec décalcification généralisée, à plus forte raison quand il y a kyste, ostéoclastome, il faut rechercher le syndrome biochimique mentionné plus haut.

Le rapporteur présente les données cliniques, radiologiques et biochimiques caractéristiques de deux cas personnels. Il montre ensuite que le diagnostic de cet adénome peut offrir des difficultés considérables. Pour cela, il faut se rappeler que l'hypercalcémie dans la maladie de Recklinghausen aboutit à la sursaturation des humeurs du corps par les sels de chaux. Aussi, il n'est pas étonnant que dans cette maladie des précipitations calciques se forment facilement. Il y a trois régions du corps où ces précipitations se forment de préférence : les reins, les poumons, la muqueuse gastrique.

Le calcium soustrait du squelette doit être présent sous la forme de phosphates de chaux. C'est pour cela qu'on trouve des quantités excessives de phosphates de chaux dans les urines, qui donnent lieu à la formation de calculs urinaires se composant de phosphates de chaux. Aussi, chez chaque malade souffrant d'une lithiase rénale bilatérale ou récidivante, spécialement quand les calculs se composent de phosphates de chaux, il faut se méfier de la présence d'un adénome parathyroïdien. On connaît maintenant plusieurs cas où, chez des malades ne se plaignant que d'une lithiase rénale sans symptômes osseux évidents, on a trouvé une hypercalcémie et, à l'opération, un adénome parathyroïdien.

A côté de cette précipitation de phosphates de chaux dans les urines, on trouve aussi des dépôts calciques multiples dans le tissu rénal, avec formation d'infarctus calcaires dans les tubuli du rein et précipitation calcique dans les tissus intertubulaires.

Il s'ensuit une diminution de la fonction rénale qui peut aboutir à une urémie. Si les symptômes du squelette ne sont pas évidents, ces malades sont considérés comme des néphrétiques.

Ces faits sont illustrés par une observation caractéristique ; il aurait été impossible de diagnostiquer l'hyperparathyroïdie s'il n'y avait pas eu un ostéoclastome (tumeur à amyéloplaxes) cranien ; la symptomatologie fut ici complètement dominée par les conséquences des infarctus calcaires dans le parenchyme rénal.

Les métastases calcaires ne se bornent pas aux reins ; on les trouve aussi dans les poumons. D'habitude discrètes, elles peuvent atteindre dans les poumons des dimensions énormes ; le rapporteur en présente une observation.

Enfin, une dernière observation montre que le dépistage du syndrome parathyroïdien peut offrir des difficultés quasi insurmontables, tout en se bornant à des tumeurs récidivantes du maxillaire inférieur avec cellules géantes qui finissent par être considérées comme malignes.

En résumé donc, les métastases calcaires peuvent transformer le syndrome d'hyperparathyroïdie.

Aussi, si importantes que soient les données du laboratoire, radiologiques ou biochimiques, on a encore toujours besoin d'un clinicien averti pour faire le diagnostic d'une maladie de Recklinghausen.

Cette étude très complète de la maladie de Recklinghausen est suivie d'un chapitre de diagnostic montrant les différences qui séparent cette affection de la maladie de Payet, des myélomes multiples avec hypercalcémie, de la calcinomatose généralisée du squelette, de l'ostéoporose thyréogène, de la xanthomatose généralisée des os, de l'insuffisance rénale chronique avec hyperposphatémie.

Le rapporteur montre ensuite les difficultés de l'intervention et ses résultats, le plus souvent favorables ; les autres méthodes thérapeutiques ne sont guère efficaces.

Il signale l'existence d'autres affections du squelette dans lesquelles l'hyperplasie des parathyroïdes ne se développe qu'à cause d'un trouble du métabolisme du calcium (ostéomalacie, rachitisme, insuffisance rénale chronique, myélomes multiples et calcinomatose du squelette); l'hyperplasie thyroïdienne reste en pareil cas tout à fait exceptionnelle ; elle peut aussi être réalisée expérimentalement par carence de vitamine D ou par dérivation prolongée de la bile.

Les résultats de l'ablation d'une ou deux parathyroïdes normales dans la polyarthrite ankylosante ou la sclérodermie semblent encore aléatoires.

DEUXIÈME RAPPORT

La tétanie parathyréoprive

Par MM. Léon Bérard et Maurice Henry (de Lyon)

I. — Généralités. Historique

C'est la tétanie post-opératoire qui réalise en clinique humaine le type le plus pur de tétanie parathyréoprive, essentiellement caractérisée par une hyperexcitabilité neuro-musculaire généralisée, avec contractures, secousses tétaniques et hypocalcémie, hyperphosphatémie, hyperglycémie.

A ses débuts, la chirurgie thyroïdienne connut de véritables désastres. Si une forte proportion de cas de myxœdème post-opératoire était observée à longue échéance, beaucoup de malades mouraient peu de jours après l'opération.

L'individualisation des parathyroïdes permit de rendre exceptionnelle une complication jadis fréquente.

II. — La tétanie expérimentale

On peut déclencher chez l'animal des troubles tétaniques (chien surtout) par différents moyens. Deux procédés sont à retenir. Ce sont :

La parathyroïdectomie totale idéale (Gley) ;

La thyro-parathyroïdectomie totale ou partielle.

Après parathyréoprivation totale apparaissent dès le deuxième jour des troubles fonctionnels graves, bientôt suivis de secousses musculaires, de raideur, de contractures et d'accès convulsifs. La température s'élève, l'animal se cachectise, de graves troubles fonctionnels, respiratoires, digestifs, urinaires, circulatoires apparaissent, et vers le neuvième jour la mort survient au milieu des signes d'une toxémie intense.

Au cours de cette évolution, la calcémie a subi une baisse progressive et importante. Les urines, rares, contiennent de la guanidine. L'autopsie des animaux montre une série d'altérations portant sur les glandes endocrines, le tube digestif, le système nerveux.

III. — La tétanie post-opératoire

1° *Causes générales et prédispositions individuelles.* — Dans la recherche des causes prédisposantes, générales ou individuelles, seules quelques constatations méritent d'être retenues.

Des considérations d'ordre géographique en premier lieu s'imposent. Les tétanies se rencontrent surtout par ordre de fréquence en Autriche, en Allemagne, en Suisse et dans le sud-est de la France. On peut expliquer en partie cette prédisposition du fait de la plus grande fréquence du goitre dans ces régions et du fait aussi de la technique employée dans la cure chirurgicale des affections thyroïdiennes (thyroïdectomies presque totales).

L'hypo-alimentation, le climat (Mac Carrisson), le froid, le surmenage, ont pu être parfois invoqués.

L'âge a une importance incontestable (enfant surtout).

Le sexe des sujets joue aussi un grand rôle. Dans les trois quarts des cas de tétanie, il s'agit de femmes. Même si l'on tient compte de la fréquence des goitres chez la femme, celle-ci présente par ailleurs une incontestable prédisposition aux dysfonctionnements des glandes parathyroïdes (allaitement, grossesse, troubles ovariens), soit dans le sens de l'hyperactivité, soit dans le sens de l'hypoactivité glandulaire.

Anatomie pathologique. — *a.* Lésions des parathyroïdes. — α *Lésions opératoires.* — C'est l'ablation totale ou partielle de l'appareil parathyroïdien qui représente la lésion essentielle. Ces prélèvements sont explicables par la difficulté d'identification des glandules dans un foyer opératoire. Celles-ci sont particulièrement exposées lors de l'exérèse de tumeurs thyroïdiennes volumineuses et surtout des interventions pour récidives.

D'autre part, les glandes laissées en place peuvent être fonctionnellement inexistantes (traumatisme opératoire, inhibition réflexe, ischémie à la suite de ligatures multiples).

Enfin, il doit rester un nombre suffisant de glandes saines pour assurer les fonctions parathyroïdiennes. Les animaux peuvent vivre fort bien avec une seule glande parathyroïde. Chez l'homme, on peut impunément enlever les deux glandes d'un seul côté, pourvu que le côté opposé soit rigoureusement respecté.

De toutes façons, on ne sera jamais autorisé à compter sur l'hypertrophie compensatrice des glandes saines, non plus que sur la possibilité de suppléance fonctionnelle des parathyroïdes accessoires ou du corps thyroïde lui-même.

β. *Lésions secondaires à l'intervention.* — On a parfois signalé l'atteinte des glandules par un hématome, de l'œdème, l'infection de la plaie, ou une réaction cicatricielle très serrée.

b. Lésions viscérales. — Chez les sujets morts de tétanie chronique, on a décrit un certain nombre d'altérations viscérales représentées essentiellement par : une artériosclérose généralisée, une ostéosclérose importante et une atrophie musculaire très marquée. Des lésions nerveuses, hépatiques, endocrines identiques à celles que l'on rencontre chez l'animal parathyréoprivé sont constamment observées.

3° *La tétanie dans la chirurgie thyroïdienne.* — La tétanie constituait avant 1895 un grave danger pour la chirurgie thyroïdienne.

Actuellement, elle constitue *une rareté* (de Quervain : 2 cas sur 4.000 interventions. L'un de nous, sur plus de 3.000 opérations thyroïdiennes, ne compte que deux tétanies, qui furent passagères et curables).

Mais il est surtout intéressant de noter que la *maladie de Basedow* constitue une prédisposition certaine à la tétanie. Il n'est d'ailleurs pas rare de constater chez les basedowiens le signe de Chvosteck.

La *technique opératoire* de Basedow est d'une importance primordiale ; la thyroïdectomie subtotale, non plus seulement intracapsulaire, mais intraglandulaire, permet d'éviter à coup sûr l'atteinte des parathyroïdes (Bérard et Peycélon).

Dans la thyroïdectomie totale pour *cancer*, bien qu'épargnées en général par l'envahissement néoplasique, les parathyroïdes sont particulièrement exposées. Cependant, on voit rarement des tétanies en pareil cas. On peut respecter les glandules malgré une intervention très large. En pratique, souvent les choses se passent ainsi : ou bien on enlève un goitre d'apparence banale, qui, à l'examen histologique, se révèle comme étant un néoplasme, ou bien on se trouve devant une tumeur déjà trop étendue pour bénéficier d'une exérèse complète.

Dans la *thyroïdectomie totale pour cardiopathie et angine de poitrine*, l'intégrité du corps thyroïde permet de ménager les glandules. Les quelques cas de tétanie signalés ont toujours été bénins et curables.

4° *La tétanie dans la chirurgie parathyroïdienne.* — Après extirpation d'une tumeur parathyroïdienne, en raison de la chute brutale d'un hyperparathyroïdisme considérable, la tétanie est de règle. Elle reste en général bénigne et curable.

Après parathyroïdectomie pour rhumatisme chronique, sclérodermie, artérites, etc., la tétanie ne doit jamais se voir : on l'évitera à coup sûr par des interventions strictement unilatérales.

IV. — Les tétanies « spontanées »

La tétanie peut en outre survenir en dehors de toute atteinte opératoire des glandes parathyroïdes.

1° *Il est des cas où les parathyroïdes ne semblent pas pouvoir être mises en cause :* tétanies survenant après des interventions autres que cervicales ou thyroïdiennes ; tétanies par hyperventilation et hyperpnée volontaire ; tétanies digestives ou par administration excessive de bicarbonate de soude ; tétanies professionnelles.

En réalité il s'agit là sans doute de sujets avec insuffisance parathyroïdienne préalable facilitant les troubles du métabolisme calcique et dépense excessive de calcium.

2° *Il est des cas où les parathyroïdes paraissent manifestement en cause :* parathyroïdites hémorragiques ; parathyroïdites tuberculeuses ou syphilitiques.

On doit rattacher à ces cas les faits publiés par Lombard, où de véritables parathyroïdites aiguës furent prises pour des tétanos aigus.

3° *Il y a enfin des cas où, en l'absence de preuves certaines, l'origine parathyroïdienne de la tétanie peut être discutée :* tétanies des femmes enceintes et des nourrices, dans lesquelles des perturbations de l'activité glandulaire peuvent apparaître en raison des énormes besoins calciques de l'organisme ; tétanie infantile, dans laquelle on a décrit de fréquentes altérations hémorragiques au niveau des parathyroïdes. Ces lésions anatomiques jointes à l'hypocal-

cémie, de règle en pareil cas, et aux succès des récentes tentatives chirurgicales de Leriche et de ses élèves, incitent à faire intervenir ici l'insuffisance parathyroïdienne, bien que cette opinion soit encore vivement controversée.

Les tétanies avec idiotie et les tétanies associées à l'ostéomalacie, en raison de l'heureuse influence qu'exerce sur elles l'opothérapie parathyroïdienne, semblent apparentées plus ou moins à la déficience des glandules.

V. — Etude clinique

La tétanie parathyréoprive reproduit dans toutes ses manifestations cliniques la tétanie expérimentale.

Il peut s'agir d'une *tétanie aiguë*, complication précoce, apparaissant entre le premier et le cinquième jour après l'intervention. Quelques prodromes en marquent le début, bientôt suivis de contractures qui peu à peu se généralisent. Les crises se succèdent, atteignant les différents muscles (face, membres, larynx, diaphragme).

Le tableau clinique se modifie parfois, selon que prédominent les troubles convulsifs, l'état toxique toujours très marqué, les troubles mentaux, les troubles gastriques.

Dans l'intervalle des crises, tous les signes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire sont obtenus.

L'évolution est tantôt suraiguë (Sainton) et rapidement mortelle, tantôt aiguë, tantôt chronique d'emblée (Kocher). La tétanie peut être passagère ou tenace ; curable de nos jours, elle peut même spontanément guérir.

De même les troubles peuvent rester *latents* ou passer à la *chronicité.*

La *tétanie chronique* n'est pas rare. Les crises surviennent d'une manière irrégulière. Le froid, le surmenage, l'alimentation (carnée), l'allaitement, la gravidité, la menstruation même sont autant de facteurs pouvant la déclencher. On peut observer en outre, tantôt un véritable « état de mal », tantôt au contraire des « équivalents mineurs ». Des troubles mentaux, des troubles trophiques, cataracte, névrite optique, des altérations intéressant les dents, les cheveux, les ongles, le myxœdème même peuvent y être associés.

Il faut rappeler l'importance des *réactions électriques* dans la tétanie qui mettent en évidence l'élévation de la chronaxie.

D'importantes modifications biologiques sont constantes. L'*hypocalcémie* est un test d'une immense portée pratique. Elle évolue parallèlement à l'état du sujet ; l'abaissement du taux de Ca sanguin serait souvent des dixièmes de sa valeur normale et porterait surtout sur le Ca ionisé. L'*hyperphosphorémie* est également constante et évolue en sens inverse de la calcémie.

De même des modifications de l'équilibre acide-base se font le plus souvent dans le sens de l'alcalose et s'accompagnent d'élévation du phosphore du sang.

Des variations de la glycémie ont parfois été rapportées.

VI. — Pathogénie

On a successivement invoqué :

1° *L'hypocalcémie :* en raison du parallélisme de son évolution avec celle de la maladie, de l'effet thérapeutique puissant des sels de Ca, et d'un grand nombre de faits cliniques et expérimentaux.

2° *L'hyperphosphorémie* a été incriminée.

3° *Aux perturbations de l'équilibre acido-basique* (alcalose), on a voulu faire jouer un rôle important (tétanies digestives et par hyperpnée).

4° La découverte, enfin, dans les urines d'animaux parathyréoprivés *de guanidine et de méthylguanidine*, déchets azotés, dont l'administration expérimentale occasionne des signes de tétanie a permis à Noël Paton et Findlay, de formuler la théorie toxique.

De tout cela, en l'absence d'éléments décisifs, on doit retenir que si chacun de ces trois derniers facteurs est indépendant, il est par contre étroitement lié par ses effets et son action au métabolisme du calcium, dont les perturbations doivent, actuellement du moins, garder la place principale dans la pathogénie de la tétanie.

VII. — Traitement

Les *méthodes* thérapeutiques préconisées dans la tétanie parathyréoprive sont nombreuses et d'inégale valeur.

a. Les unes se proposent de suppléer à la déficience des secrétions parathyroïdiennes en apportant une nouvelle quantité d'hormone. On a tenté des greffes parathyroïdiennes (von Eiselsberg, Fano, Zanta, Christiani) : c'est une méthode d'exception. La méthode la plus employée est l'opothérapie. L'efficacité expérimentale et clinique des extraits parathyroïdiens a maintenant fait ses preuves (Collip).

Les ingénieuses tentatives de réactivation chirurgicale des parathyroïdes par sympathectomie réalisées par Leriche et son école dans la tétanie infantile méritent d'être soulignées.

b. D'autres méthodes ont pour but d'agir sur le métabolisme du calcium et de compenser le déficit calcique. Les injections intraveineuses et l'administration par voie buccale de sels calciques sont d'une efficacité remarquable mais temporaire, ce qui, comme pour l'opothérapie d'ailleurs, impose le renouvellement quotidien de cette thérapeutique.

L'ergostérine irradiée a donné des résultats certains ; on tend cependant à lui préférer un dérivé, l'A. T. 10, de Holtz, qui, d'une administration facile (voie buccale), a l'avantage d'avoir une efficacité considérable et surtout durable. Les propriétés hypercalcémiques très actives de cette médication, pouvant amener des troubles lorsqu'elle est employée à doses excessives, nécessitent le contrôle permanent de la calcémie.

La saignée suivie ou non de transfusion, le sulfate de Mg, le chlorure d'Am, les ultra-violets, l'actinothérapie peuvent parfois rendre service.

Les *indications* sont simples et surtout importantes dans les tétanies chirurgicales.

En cas de tétanie aiguë, le sujet isolé dans une chambre obscure sera soumis au calme le plus complet. Des calmants pourront, si besoin est, être administrés ; le régime sera surveillé : on prescrira largement le lait et on proscrira toute alimentation carnée ou acide. Le jeûne sera évité au maximum. Les soins locaux seront minutieux. La thérapeutique comprendra : à fortes doses répétées *per os* et par voie intraveineuse des solutions de sels calciques. On injectera selon l'intensité des troubles deux à cinq fois par jour 10 à 20 unités de parathormone.

L'A. T. pourra être employé aux doses de 5 à 8 centimètres cubes *per os* le premier jour, puis à doses décroissantes.

La greffe a peu d'indications. La saignée suivie de transfusion sera parfois utile.

La *tétanie chronique* demande une surveillance très prolongée ; sels de calcium et parathormone représentent avec le régime les bases de la thérapeutique. Mais ce traitement sera inlassablement renouvelé tous les jours : c'est ici surtout que l'A. T. 10 de Holtz est une indication formelle, étant donnée son efficacité durable. En ce cas, on aura toujours soin de soumettre les malades au contrôle périodique de la calcémie.

Les greffes trouvent ici des indications plus larges que dans les cas aigus. Néanmoins le traitement médical reste la base essentielle de la thérapeutique.

La tétanie parathyréoprive sera en outre aisément évitée par l'emploi de techniques opératoires très précises et ac-

tuellement bien au point. De fait, cette complication est devenue exceptionnelle de nos jours et les rares cas observés restent le plus souvent passagers et curables.

L'influence des endocrines (parathyroïdes exceptées) dans la pathologie des os

Par G. Coryn (Bruxelles)

La méthode de travail utilisée dans ce rapport a consisté à rechercher d'une façon systématique l'influence de chacune des endocrines sur toutes les phases de l'ostéogenèse enchondrale.

Cette façon de faire permet de dégager la notion que toute la pathologie du squelette d'origine endocrinienne est le résultat de l'accélération ou du ralentissement soit de la prolifération cellulaire (cartilage sérié), soit de l'hypertrophie cellulaire (cartilage hypertrophique), soit de la calcification du squelette (zone ostéoïde), soit de l'élaboration ou de la résorption de la substance fondamentale du cartilage (cartilage hyalin).

En d'autres mots, les modifications squelettiques dues au trouble du fonctionnement des endocrines sont le résultat de l'exagération ou de l'insuffisance d'un processus normal par ailleurs.

Pour que l'action d'une endocrine sur le squelette soit exactement connue, il est indispensable que l'on soit fixé sur la façon dont chacune des phases de l'ostéogenèse enchondrale réagit à un hyperfonctionnement ou à un hypofonctionnement de cette endocrine.

Au point de vue général, toutes les affections endocriniennes du squelette présentent trois caractéristiques communes :

1° Les lésions sont toujours généralisées à tous les os du squelette ;

2° Elles apparaissent chaque fois que le fonctionnement d'une endocrine est troublé. Il est possible de les reproduire par l'ablation de la glande, quand il s'agit de l'hypofonctionnement, par l'injection d'hormone, quand il s'agit de l'hyperfonctionnement ;

3° Quand l'hypofonctionnement d'une endocrine fait apparaître une lésion déterminée, l'hyperfonctionnement de la même endocrine fait apparaître la lésion opposée.

En ce qui concerne l'action de chacune des endocrines en particulier :

1° Les *cellules éosinophiles de l'hypophyse* exercent leur action sur la prolifération cellulaire. Cette notion peut être considérée comme certaine ; elle repose sur des preuves concordantes fournies par l'anatomie pathologique, l'expérimentation et la clinique.

C'est la zone sériée du cartilage de conjugaison qui est influencée, mais, dans ce cas-ci, il est bien certain que la prolifération cellulaire ne varie pas uniquement au niveau du cartilage. L'ossification périostique est influencée dans le même sens ainsi que, probablement, tous les tissus de l'organisme.

En clinique, une modification du rythme de la prolifération cellulaire se traduit par une accélération ou un ralentissement de la croissance. L'individu formé sera un nain ou un géant. Comme tous les tissus sont également influencés, il est compréhensible que les nains hypophysaires restent bien proportionnés.

Existe-t-il une autre action des cellules éosinophiles de l'hypophyse sur le squelette ? Les rapporteurs ne trouvent aucune preuve d'une telle action ni dans le domaine de l'anatomie pathologique, ni dans celui de l'expérimentation.

Les *glandes sexuelles* exercent une influence bien connue sur le moment de l'ossification des cartilages de conjugaison.

Des expériences personnelles de l'auteur ont montré que l'hypertrophie des cellules du cartilage de conjugaison varie en fonction de la quantité d'hormone sexuelle élaborée. La castration retarde cette hypertrophie, l'injection de folliculine l'accélère et chaque fois la résorption de la substance cartilagineuse varie parallèlement.

En clinique, le retard de l'ossification des cartilages de conjugaison permet à la croissance de se prolonger au delà des délais normaux. Les os dont la croissance se fait aux dépens de l'ossification périostique, le crâne, les clavicules, la colonne vertébrale, ne sont pas influencés. Les modifications staturales présentées par les castrés s'expliquent par ce mécanisme : les membres sont disproportionnés par rapport au tronc et au crâne.

Les opinions les plus diamétralement opposées sont encore actuellement défendues au sujet d'une influence éventuelle des glandes sexuelles sur la rapidité de la croissance, sur la calcification du squelette et sur l'apparition des arthrites ankylosantes. Il n'existe pas de preuve formelle d'une telle action, et des arguments de valeur font penser que ces troubles ne sont pas sous la dépendance *directe* des glandes sexuelles.

L'*action des parathyroïdes* sur la calcification du squelette fait l'objet de deux rapports du même congrès.

L'éventualité d'une influence de ces glandes sur le rythme de la croissance et sur la date de l'ossification des cartilages de conjugaison n'est habituellement pas envisagée ; aussi on se trouve en présence d'une carence complète de documents anatomo-pathologiques ou expérimentaux. Les quelques éléments d'appréciation qu'il est possible de recueillir écartent l'idée d'une telle action.

Quant aux arthrites ankylosantes, on ne trouve aucune preuve de leur origine parathyroïdienne, des arguments nombreux plaident contre cette hypothèse.

L'action des parathyroïdes sur la calcification des os est certaine et bien connue. Il est très probable que c'est la seule influence qu'elles exercent sur le squelette.

Les trois glandes ci-dessus possèdent donc une action exclusive sur une seule phase de l'ostéogenèse enchondrale ; les cellules éosinophiles de l'hypophyse agissent uniquement sur l'hypertrophie cellulaire, les parathyroïdes agissent uniquement sur la calcification du squelette.

L'*influence de la thyroïde* sur le squelette est beaucoup plus complexe. Elle exerce son action aussi bien sur les phénomènes cellulaires que sur les phénomènes chimiques de l'os et du cartilage.

Des expériences personnelles de l'anatomie apportent la preuve histologique que l'hypothyroïdie ralentit la prolifération cellulaire, retarde l'hypertrophie cellulaire. La calcification du squelette est excessive, la substance cartilagineuse est abondante mais altérée par des dégénérescences fibreuses et muqueuses.

L'hyperthyroïdie provoque des modifications opposées.

Ces données permettent de reconstituer et de comprendre les anomalies squelettiques qui apparaissent dans l'hypothyroïdie en clinique.

La prolifération est ralentie, l'individu formé est un nain, l'hypertrophie cellulaire est retardée, les points d'ossification apparaissent et se soudent avec retard. Ces deux facteurs ont un retentissement plus grand sur les os pourvus de cartilages de conjugaison que sur les os dont le développement dépend de l'ostéogenèse périostique : les membres sont trop courts pour le tronc ; le nain est disproportionné. La calcification des os est excessive et les os à modèle membraneux prennent un développement anormal : la tête est trop grosse pour le tronc. Le nain est disproportionné et dysharmonique. Enfin les dégénérescences du cartilage entraînent des déformations articulaires qui peuvent être plus importantes à gauche qu'à droite : le nain est disproportionné, dysharmonique et asymétrique.

L'hyperthyroïdie fait apparaître des modifications diverses : la croissance est accélérée mais s'arrête précocement. Ces deux facteurs qui se contrarient aboutissent à la formation d'un individu dont la taille est plus petite que celle d'un individu normal. Le squelette est toujours décalcifié, mais la perte journalière de calcium est minime et ne dépasse pas 0 gr. 100 par jour. C'est peut-être le motif pour lequel il n'apparaît pas de modifications dans le chimisme du sang : le taux de la calcémie et de la phosphorémie reste normal. Enfin l'existence des arthrites hyperthyroïdiennes est probable, mais nous ne sommes pas encore fixés sur leurs caractères histologiques, et leur diagnostic en clinique reste délicat.

En résumé, la thyroïde influence toutes les phases de l'ostéogenèse enchondrale.

Nos connaissances concernant l'influence des *surrénales* sur le squelette sont encore rudimentaires. Des expériences de l'auteur montrent qu'un état d'hyposurrénalisme provoqué et entretenu chez l'animal est capable de faire apparaître des lésions du cartilage très analogues à celles qui sont décrites dans les polyarthrites chroniques.

Deux cas de polyarthrites ankylosantes généralisées progressives ont été considérablement améliorés par l'administration d'extrait cortico-surrénalien. Cette amélioration n'a été obtenue que dans deux cas qui présentaient certains symptômes que l'auteur décrit. Les autres cas de polyarthrites ankylosantes n'ont pas été influencés par la cortine.

En conclusion, le cartilage de conjugaison représente un réactif excellent des troubles endocriniens. Il permettra de soumettre au contrôle de l'expérimentation les nombreux points qui sont encore en discussion. Aussi sommes-nous en droit d'espérer que les nombreuses hypothèses qui encombrent encore cette question seront remplacées par des certitudes dans un avenir rapproché.

TROISIÈME QUESTION

LES MÉDICATIONS DU SYMPATHIQUE

PREMIER RAPPORT

Les médicaments sympatholytiques

Par Mlle Jeanne Lévy et M. L. Justin-Besançon

Au point de vue physiologique, les poisons sympatholytiques sont ceux qui empêchent l'excitation d'un nerf sympathique de se manifester. En pharmacologie, il suffit qu'un médicament réalise un certain nombre de manifestations sympatholytiques, en particulier qu'il se montre un antagoniste d'un sympathomimétique parfait (adrénaline), pour qu'il soit classé dans la catégorie des sympatholytiques.

Ces définitions physiologiques et pharmacologiques sont trop souvent perdues de vue en clinique ; nombre de troubles neuro-végétatifs ne sauraient relever d'une thérapeutique sympatholytique.

L'étude expérimentale des sympatholytiques a été très poussée dans ces dernières années. Les résultats de ces recherches doivent être interprétés avec prudence et esprit critique, car il est souvent impossible de généraliser certains résultats expérimentaux à toutes les espèces animales. Il ne faut donc pas transposer directement dans la clinique les données du laboratoire.

Les sympatholytiques ont une action puissante sur les organes musculaires lisses. Vis-à-vis de la musculature artérielle, ils possèdent en commun un effet capital : ils s'opposent aux effets de l'adrénaline, les uns empêchant l'hypertension adrénalinique (ergot), les autres la transformant en hypotension (yohimbine et sympatholytiques de synthèse). Par ailleurs, ces substances sont, les unes vasoconstrictrices (ergot), les autres hypotensives et vasodilatatrices. Mais toutes déterminent des anisergies circulatoires.

Sur le muscle lisse utérin, l'alcaloïde de l'ergot le plus actif n'appartient pas au groupe des sympatholytiques représenté par l'ergotoxine, l'ergotamine ou l'ergoclavine. C'est un alcaloïde récemment découvert, ergométrine ou ergonovine, qui n'est pas un sympatholytique.

Au niveau des muscles lisses de l'œil, les sympatholytiques n'agissent pas seulement sur l'iris, mais sur les muscles lisses contenus dans la capsule de Tenon et dont la contracture détermine l'exophtalmie de type basedowien.

Les sympatholytiques agissent encore sur le rythme cardiaque, la diurèse, la sécrétion salivaire et pancréatique. Leurs effets neurologiques sont très importants : action analgésique et sédative, pouvoir d'augmentation de la narcose, influence sur le centre respiratoire, action anesthésique locale.

Les sympatholytiques empêchent l'hyperglycémie adrénalinique, augmentent l'hypoglycémie insulinique, entravent l'élévation de la température provoquée par certains hyperthermisants et s'opposent expérimentalement à l'élévation du métabolisme basal sous l'influence de l'adrénaline.

La pratique thérapeutique ne doit pas enregistrer sans discussion tous ces faits expérimentaux

On ne peut pas encore tirer de loi générale de thérapeutique clinique concernant les sympatholytiques. Trois difficultés s'y opposent :

1° La toxicité de ces drogues qui empêche de les employer chez l'homme à des doses suffisantes pour réaliser un effet sympatholytique total ;

2° La diversité de leurs points d'attaque électifs ;

3° Les divergences qui séparent les malades du point de vue de leur susceptibilité neuro-végétative individuelle.

Pour les sympatholytiques du groupe de l'ergot, on ne doit jamais oublier les accidents d'ergotisme auxquels ils exposent. Il y a un écart très faible entre les doses actives d'ergotamine et celles qui déterminent des accidents. Aussi convient-il de réserver l'emploi de toutes les préparations d'ergot uniquement aux rares cas où leurs indications thérapeutiques sont indiscutablement justifiées. En gynécologie, elles ont une utilité comme hémostatique, mais ne doivent jamais faire perdre de vue la nécessité d'un traitement étiologique ; comme ocytocique, on sera sans doute amené à substituer l'ergométrine à l'ergotamine. Ce dernier médicament a une place limitée dans le traitement de la migraine et ne convient guère au traitement des états basedowiens.

Pour les alcaloïdes du groupe de l'yohimbine, leur réputation comme aphrodisiaques semble totalement injustifiée. Il faut les retenir comme vasodilatateurs associés ou non à l'acétylcholine. Ils semblent utiles dans certaines formes d'exophtalmie basedowienne. La corynanthine, en instillations oculaires, permet d'obtenir un myosis intense et prolongé, sans spasme ciliaire.

Quant aux sympatholytiques de synthèse, qu'ils appartiennent au groupe des phénoxyéthylamines (Jeanne Lévy) ou des dioxans (Fourneau), leur étude clinique n'est encore qu'ébauchée.

Plus que par ses conséquences pratiques, l'étude des sympatholytiques est riche en enseignements d'ordre physiologique et biologique. Grâce aux sympatholytiques de synthèse, on a pu, dans ces dernières années, faire la part de la transmission humorale et du processus électrique dans la transmission de l'excitation nerveuse. On a d'autre part mis en évidence les rapports de constitution chimique qui existent entre les sympatholytiques de synthèse et les plus

importantes hormones de notre organisme (adrénaline, thyroxine).

Il est remarquable qu'on puisse à l'heure actuelle démontrer la présence, dans nos humeurs et nos tissus, d'hormones sympathomimétiques (adrénaline) et vagomimétiques (acétylcholine), alors qu'il n'existe pas de substances vagolytiques (analogues à l'atropine) ou sympatholytiques.

DEUXIÈME RAPPORT

La physiothérapie du sympathique

Par Ch. Wangermez (Bordeaux)

Il s'agit d'un sujet extrêmement vaste et délicat où sur le terrain déjà mouvant et imprécis de la sympathicothérapie, viennent se greffer les indications plus ou moins empiriques des agents physiques.

Le rapporteur envisage essentiellement l'action de la lumière et des ondes courtes.

Il emploie comme test le réflexe oculo-cardiaque. Sa recherche avant et après les séances de physiothérapie donne des résultats discordants ; mais si, comme Duhem, Biancani et Huart on calcule ses variations en fonction de l'intensité des doses réparties en plusieurs séances, on obtient des courbes dites neurotoniques présentant un maximum et un minimum. Ces courbes sont très nettes pour la plupart des sujets soumis aux ultra-violets et à la lumière. Elles sont variables mais souvent très nettes également pour les ondes courtes.

La notion de nerfs cholinergiques et adrénergiques permet, si l'on tient compte des expériences de Feldberg et Minz où il est prouvé que l'injection d'acétylcholine peut entraîner une décharge d'adrénaline, d'entrevoir le mécanisme de cette action régulatrice.

La comparaison des actions de nos agents physiques à celle de l'acétylcholine et de l'adrénaline nous autorise à penser, au moins en ce qui concerne la lumière, que cette dernière agirait par action cholinergique. Il est cependant prudent ne ne pas trop se hâter de conclure sur un terrain encore si discuté.

TROISIÈME RAPPORT

Radiothérapie du sympathique

Par J. Gouin et A. Bienvenue

Les auteurs se proposent de montrer la réalité et les modalités de l'action des rayons X sur le sympathique.

Ils rappellent les faits nombreux, inexplicables par des effets cytolytiques ou modificateurs sur place qui ont été constatés depuis les débuts de la radiothérapie, avec les interprétations qui en ont été données (actions sur le système cutané, sur le système splanchnique et glandulaire, le sang et l'organisme en général.

Pour que l'action sur le sympathique puisse être étudiée, il faut que, par des techniques appropriées, cette action puisse être dégagée des facteurs étrangers qui comportent des irradiations étendues en surface ou en profondeur, intéressant des tissus et des systèmes variés, en particulier des glandes vasculaires sanguines. Les auteurs décrivent les techniques qui permettent cette sélection en réalisant les conditions suivantes : elles doivent : 1° pour être fonctionnelles, comporter une posologie minima, des doses et des pénétrations faibles et des localisations qui évitent les organes importants ; 2° pour être sympathiques (donc indirectes), comporter des localisations appropriées, c'est-à-dire donner des résultats neuro-végétatifs reconnaissables et explicables. Les localisations principales qui ont servi à l'étude du mécanisme sympathique des rayons X sont précisées : mode cutanéo-cutané, mode axial cutané, mode axial splanchnique, et enfin mode régional (carrefours vasulo-nerveux).

Suivent les preuves qui montrent l'action sur le système nerveux sympathique et ses répercussions sur l'ensemble du système végétatif neuro-glandulaire et par conséquent sur l'organisme tout entier.

Les premières sont tirées des conditions de technique et des constatations cliniques (réactions sympathiques précoces et résultats thérapeutiques) et d'expériences de laboratoires. Les preuves qui montrent les répercussions sur l'ensemble de l'organisme peuvent être tirées des modifications des constantes humorales ; mais les auteurs ont retenu, comme les plus démonstratives, les variations précoces du chiffre leucocytaire après l'irradiation suivant les divers modes. Ces dernières sont comparables, d'une part à celles qui suivent les opérations de la chirurgie sympathique (interventions caténaires ou périartérielles) et, d'autre part, à celles qui suivent l'application de médicaments généraux de choc thérapeutique : autohémothérapie, vaccins, arsenicaux, sels d'or, etc...

Après cet exposé, on peut tenter de préciser le mécanisme de l'action fonctionnelle des rayons. A l'entrée, quels éléments sont atteints et quels phénomènes se passent aux points d'import. En aval, par quelles voies et suivant quelles modalités s'opèrent dans l'organisme la transmission, la distribution et les transformations des impulsions reçues.

Les auteurs concluent que les rayons qui agissent à l'entrée sur le système nerveux sympathique se comportent ensuite comme une médication à propriétés multiples, médication sympathique fonctionnelle, médication opothérapique indirecte, médication générale de choc thérapeutique.

QUATRIÈME RAPPORT

Traitement médical des sympathalgies abdominales (pelvis excepté)

Dans leur rapport, MM. Laignel-Lavastine et R. Bonnard donnent d'abord une définition des sympathalgies, qui sont des douleurs d'origine neuro-végétative qui traduisent la souffrance des formations et des plexus sympathiques de l'abdomen.

Après un rappel anatomique du sympathique abdominal, les auteurs exposent les données expérimentales relatives aux syndromes solaires et aux différents points douloureux de l'abdomen.

Le traitement médical des sympathalgies abdominales, pour être rationnel, doit d'abord être étiologique.

Mais la douleur est l'aboutissant de mécanismes si complexes que le mieux est d'envisager le traitement antalgique en fonction des données cliniques : sympathalgies d'excitation ; sympathalgies aiguës de paralysie ; sympathalgies chroniques.

Le traitement des sympathalgies abdominales peut se résumer dans les notions suivantes :

Les *états aigus* commandent un traitement d'urgence :

La morphine, réservée aux paroxysmes passagers et non susceptibles de répétition fréquente ;

L'injection intraveineuse d'atropine, notamment pour les crises gastriques du tabès ;

La morphine ou l'acétylcholine pour les coliques de plomb ;

Parfois les injections paravertébrales de novocaïne ou de solution alcaline.

Le traitement des *états chroniques*, mis à part un traitement étiologique efficace, est beaucoup plus délicat. Au cours des paroxysmes, il se confond avec le précédent. En période de calme relatif, il visera à l'abaissement du tonus nerveux général, soit par les antalgiques usuels ou les antinervins comme les bromures ou le gardénal, soit par un médicament à action plus particulièrement neuro-végétative ; suivant les cas, atropine, ésérine, pilocarpine. On se

laissera alors guider par l'appréciation du tonus neuro-végétatif du sujet (réflexe oculo-cardiaque, réflexe solaire, réflexe orthostatique). On pourra enfin s'aider des derniers médicaments venus en thérapeutique, venin de cobra, acides aminés (et notamment l'histidine, surtout quand on soupçonne un spasme vasculaire. Des douleurs chroniques résistant aux thérapeutiques usuelles pourront là aussi être justiciables d'injections paravertébrales ou intradermiques.

CINQUIÈME RAPPORT

Le traitement des endosympathoses d'origine non endocrinienne

Par MM. Et. May et H.-M. Gallot

On peut observer dans les provinces internes du sympathique des crises paroxystiques de nature cardio et vaso-motrice. Elles ont la même signification que les crises qui surviennent dans les provinces sympathiques externes (maladie de Raynaud, érythromélalgie, urticaire, œdème de Quincke). On peut proposer pour celles-ci la dénomination d'ectosympathoses, pour celles-là la dénomination d'endosympathoses.

Ces faits correspondent à des descriptions antérieures partielles (angine de poitrine vasomotrice ; ataxie vaso-motrice, crises vago-vagales ; nécrose d'angoisse. Leur importance pratique est assez grande pour justifier une étude d'ensemble.

Les endosympathoses se présentent sous trois formes cliniques principales :

Une forme palpitante et tachycardique qui s'apparente à la tachycardie paroxystique, à certaines réactions émotives et aux injections d'adrénaline ;

Une forme vaso-spasmodique diffuse qui s'apparente aux migraines accompagnées et au syndrome de Raynaud ;

Une forme litpothymique qui s'apparente aux chocs anaphylactiques ou protéiques.

Ces endosympathoses évoluent par crises et peuvent, par leur répétition, retentir sur l'état général et même sur le comportement psychique. Elles exposent alors à des erreurs de diagnostic et de traitement, d'autant plus qu'elles ne s'accompagnent d'aucune symptomatologie objective qui aide à les reconnaître.

Les endosympathoses ne doivent pas être confondues avec des lésions viscérales. Elles ne doivent pas être prises pour des troubles psychiques, et les procédés psychothérapiques sont impuissants à les guérir. Enfin, elles ne doivent pas être considérées comme de nature endocrinienne. Il existe actuellement une tendance excessive à rapporter aux glandes à secrétion interne tous les troubles de nature sympathique. Le sympathique a une pathologie propre, non endocrinienne, et qui est d'origine réflexe ou toxique.

Les endosympathoses palpitantes et vaso-spasmodiques relèvent d'une excitation sympathique. Les endosympathoses lipothymiques relèvent d'une inhibition sympathique avec prépondérance vagale ; elles paraissent résulter d'une stase sanguine dans les capillaires viscéraux avec anémie périphérique.

Le *traitement* doit avant tout s'efforcer d'être étiologique. Mais les causes des endosympathoses sont très nombreuses, puisque la pathologie sympathique est fonction de tout ébranlement que subit l'individu. Cette pluralité d'origine est une notion essentielle.

Les endosympathoses d'excitation relèvent surtout des épines irritatives qui mettent en jeu la répercussivité sympathique. Ces épines peuvent siéger en un point quelconque du réseau neuro-végétatif ; les plus fréquentes sont :

a. Les inflammations intestinales légères et prolongées ; un rôle important est dévolu à la constipation traitée par des laxatifs irritants ;

b. Les lésions chroniques des organes génitaux ainsi que toute irritation, même fonctionnelle, qui survient dans la zone sexuelle ;

c. La lithiase biliaire ;

d. Les irritations chroniques endonasales, le froid, les émotions.

Les endosympathoses d'inhibition sont généralement de nature toxique. Elles sont liées le plus souvent à des putréfactions intestinales ou à des altérations hépatiques. Mais, très fréquemment, ces lésions causales sont frustes ou tout à fait latentes et passeraient inaperçues si on ne les relevait systématiquement. Les accidents paraissent relever avant tout des chocs protéiques répétés rendus possibles par une insuffisance de la fonction protéopexique du foie.

Les endosympathoses d'excitation relèvent des sympatholytiques, des vagomimétiques et des calmants généraux du système nerveux. L'atropine et la belladone sont formellement contre-indiquées.

Les endosympathoses d'inhibition relèvent des vagolytiques, des sympathomimétiques et des toniques généraux. Le gardénal et les substances analogues sont toujours très mal supportés.

Les endosympathoses se développent sur un terrain constitutionnel et souvent familial qui s'apparente à la constitution émotive de Dupré. Dans la formation de ce terrain l'état endocrinien peut intervenir et constituer une indication thérapeutique accessoire. En particulier, les endosympathoses d'inhibition coïncident souvent avec une faiblesse relative des glandes liées au sympathique (surrénales, thyroïde, glandes génitales).

JEAN LEREBOULLET.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS CONTRE LA LIMITE D'AGE POUR LES MÉDECINS

L'*Association corporative des Etudiants en médecine de Paris* a, la première, en juillet dernier, lancé l'anathème contre le principe de la limitation du droit d'exercer la médecine, énoncé dans la proposition de loi Pomaret. M. Mordagne, délégué permanent, avait demandé aux syndicats médicaux que l'union des professions libérales soit réalisée pour faire échec aux articles nuisibles de cette proposition de loi. Le docteur Herpin, président de la *Fédération des Syndicats médicaux de la Seine*, chargé de cette œuvre, l'a parfaitement réussie.

Le docteur Cibrie, secrétaire général de la *Confédération des Syndicats médicaux français*, a fait voter un ordre du jour s'opposant à l'institution de la limite d'âge pour l'exercice de la médecine. La *Confédération des Travailleurs intellectuels* vient de prendre récemment une position analogue, en précisant que les carrières libérales exigent une maturité d'esprit et une expérience que l'âge seul peut donner.

Ces jours-ci, les *avocats du barreau parisien* viennent d'adopter la même attitude, affirmant que l'*intérêt des justiciables n'est pas que les avocats expérimentés disparaissent des prétoires.*

L'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris, au nom du principe de liberté, demande avec insistance l'abandon de la proposition de loi sur la retraite et la limite d'âge pour l'exercice des professions libérales.

(*Communiqué.*)

ACADEMIE DE MEDECINE
(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1936)

Notice. — M. Brumpt lit une notice sur Ed. Perroncito (de Turin), associé étranger récemment décédé.

Les dangers présentés par la fabrication des imperméables. — M. Tanon lit un rapport dans lequel il étudie la prophylaxie de ces accidents.

L'ingestion du lait protège-t-elle ? Le lait n'est pas un antidote de l'intoxication benzolique, pas plus que d'autres intoxications, en particulier de l'intoxication saturnine.

Les distributions de lait qui sont faites dans certaines usines ne sont prescrites par aucun règlement, elles apportent une fausse sécurité qu'il ne faut pas ignorer.

Seul, conclut le rapporteur, le captage des vapeurs par des procédés mécaniques est une prophylaxie à recommander.

L'Académie adopte cette conclusion.

La poliomyélite à Paris. — MM. Tanon et Albert Besson apportent le résultat des recherches qui ont été faites par les médecins-inspecteurs des épidémies dans les Services d'hygiène de la Préfecture de la Seine et de la Préfecture de police sur le territoire parisien.

Ils constatent que la notion des porteurs de germes est la seule que l'épidémiologie confirme réellement et concluent : que la poliomyélite sévit à l'état d'endémie sporadique ; que, malgré son allure épidémique, son caractère de contagiosité est peu marqué ; et qu'enfin, ce n'est qu'exceptionnellement, même au cours d'épidémies graves, qu'on trouve des familles ou des maisons présentant des cas simultanés de la maladie.

La comparaison des cas connus et contrôlés au cours des trois dernières années accuse une légère augmentation à Paris en 1935.

Vaccination antivariolique au moyen des cultures pures « in vitro » du virus vaccinal. — MM. Harry Plotz et René Martin (présentation faite par M. Louis Martin).

L'élimination urinaire physiologique du brome de l'organisme humain. — Mlle Chatagnon.

Contribution à l'étude d'un mécanisme suivant lequel les gaz de guerre dits « suffocants » agissent sur le tissu pulmonaire pour provoquer l'œdème aigu du poumon. — M. Kling.

La manœuvre inspiratoire dans les méthodes Holger-Nielsen et Schaefer-Héderer. — M. Héderer.

Election. — M. Malvoz (de Liége) et Sir Saint Clair Thompson (de Londres), sont élus associés étrangers.

La séance annuelle de l'Académie de médecine, au cours de laquelle seront proclamés, par M. Hartmann, président, les prix et récompenses décernés en 1936, aura lieu le 8 décembre, à 3 heures précises.

M. Brouardel, secrétaire annuel, présentera un rapport sur ces prix et M. Rist prononcera l'éloge d'Hérard.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 8 décembre. — Jury : MM. Cunéo, président ; Jeannin, Lenormant. Lantuéjoul. — M. Lacherrère. Le forage des épiphyses. — M. Girard. Etude de la salpingite après accouchement. — M. Marteil. De l'hystérectomie vaginale dans le cancer du col de l'utérus.

Mercredi 9 décembre. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Et. Bernard, Lacomme, Portes.

Jeudi 10 décembre. — Jury : MM. Balthazard, président ; Bezançon, Gougerot, Duvoir. — M. Sauvage. Les aspects pseudo-tuberculeux du poumon cardiaque. — M. Herscovici. Le chancre syphilitique, accident professionnel du médecin et de ses collaborateurs. — Mlle Kisselevsky. Achromies parasitaires.

Victor PAUCHET

Il venait d'être reçu premier à l'internat, lorsque tout à fait au début de mes études, il fut le chef de ma conférence d'externat. Je lui dois de m'avoir conduit dans le service de M. Chauffard à l'hôpital Broussais et d'être devenu l'élève de ce maître inoubliable. De cela je garde à Pauchet un souvenir plein de gratitude.

Après un internat de chirurgie particulièrement brillant chez Duplay, chez Léon Labbé où il resta deux ans, et enfin une année de médecine chez Chauffard, Victor Pauchet retourna dans sa ville natale, Amiens, où sa réputation de brillant opérateur l'avait déjà précédé. Jusqu'à la grande guerre, il pratique la chirurgie à Amiens, où il installe un hôpital chirurgical modèle. Chirurgien des hôpitaux d'Amiens, il devient bientôt professeur à l'Ecole de médecine. La guerre arrive, après un séjour sur le front, il est envoyé à Paris. A la paix, il renonce à Amiens et devient, auprès de Récamier, chirurgien de l'hôpital Saint-Michel, à Paris, où il crée un centre chirurgical important.

Pauchet s'est attaché surtout et presque exclusivement à la chirurgie du tube digestif : ulcères de l'estomac et du duodénum, cancer des côlons, etc., chirurgie dans laquelle ses techniques font autorité. Son nom restera comme celui d'un prestigieux opérateur et d'un réalisateur. Son esprit toujours en éveil cherchait sans cesse de nouveaux procédés. Une activité extraordinaire lui permettait en même temps, d'écrire de nombreux volumes.

Cette année, Pauchet devait présider le Congrès français de chirurgie. Sa santé ébranlée par un accident d'automobile, ne lui permit pas d'occuper cette présidence à laquelle il attachait si justement un très grand prix. Un accident banal vient de l'enlever en quelques jours.

A ses obsèques, M. le professeur Hautefeuille a prononcé un discours, dont nous extrayons ces mots qui dépeignent si bien le caractère de notre ancien collègue.

« L'idéal que Pauchet poursuivit pendant toute sa vie fut le perfectionnement continu de son art professionnel.

« Celui qui veut être heureux et réussir tout ce qu'il entreprend doit aimer ce qu'il fait : c'est là la plus sûre façon de travailler avec joie et de mettre tout son cœur à l'ouvrage », disait-il dans un de ses livres. Je souhaite que nos jeunes étudiants adoptent cette formule imprégnée d'un sain optimisme. Que la vie de labeur de celui que nous pleurons aujourd'hui leur serve d'exemple et les persuade que pour réussir dans une carrière, il faut de la constance dans le travail... »

Nous prions Mme Victor Pauchet de vouloir bien agréer l'hommage de notre très respectueuse sympathie et nous adressons au beau-frère de Pauchet, notre collègue de Butler d'Ormond, l'expression de nos bien vives condoléances.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Psychiatria e Hygiena mental (1), par Rocha fils.

Suite d'études psychiâtriques et médico-légales de divers cas personnels : démence sénile dans ses rapports avec l'interdiction ; le parricide et la démence paranoïaque ; les directives nouvelles en matière d'hygiène mentale ; un cas de schizophrénie grave à forme hébéphréno-catatonique guérie par pyrétothérapie.

Une série d'études intéressantes pour qui veut suivre le mouvement des conceptions psychiâtriques dans les pays américains de langue portugaise. L. BABONNEIX.

(1) Maceió (Brésil). M. J. Ramalho et Cie, 1936.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 98. — MERCREDI 9 DECEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'assistant d'électroradiologie.* — Epreuve d'électrologie. Question donnée : Pratiquer l'électrisation galvanique et faradique dans la maladie de Graves-Basedow.

Questions restées dans l'urne : 1° Faire une application d'ionisation dans une névralgie essentielle du trijumeau ;

2° Pratiquer une séance d'électrothérapie excito-motrice dans un cas de paralysie radiale sans réaction de dégénérescence.

MM. Le Camus : 13 ; Lamy : 13 ; Guillaumont : 13 ; Monmignaut : 17 ; Pizon : 16 ; Cadet : 8 ; Duchamp : 14 ; Simon : 8 ; Le Canuet : 12.

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Pizon, Monmignaut, Duchamp, Lamy, Guillaumont, Le Camus et Le Canuet.

Hôpitaux de Lille. — *Concours de l'Externat* (Faculté de l'Etat.) — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Verhaeghe, Renard, Mlle Lefebvre, MM. Alizon, Salembier, Foucart, Vermesch (H.), Mention, Desruelles, Schaepelynck, Tricart, Delemotte, Balizeaux, Leborgne, Delvallet, Darras, Vanderbercq, Raoult, Vanderhaghen, Olivier et Marcelle.

Sont proposés comme remplaçants d'externes : MM. Menez, Grumelart, Gaeremynck, Vuillemot, Hentgès (R.).

[L'information que nous avons publiée dans le numéro du 28 novembre concernant le concours des hôpitaux de la Faculté libre de Lille pour les places relevant de l'administration des hospices de Lille et pour l'hôpital Saint-Philibert de la Faculté libre.]

Faculté de médecine de Paris. *Concours du Clinicat.* — Le jeudi 17 décembre s'ouvriront des concours pour 2 chefs de clinique de la tuberculose (sans indemnité) et 4 chefs de clinique cardiologique, dont un seul avec indemnité.

Inscriptions au secrétariat de la Faculté, de 14 h. à 16 h., jusqu'au mardi 15 décembre inclusivement (acte de naissance et diplôme de docteur).

Avis important. — Il est rappelé à MM. les étudiants que les *consignations pour les examens* de fin d'année doivent être faites *du 4 au 16 janvier* 1937.

MM. les étudiants français qui seraient encore en instance d'exonération de droits scolaires, au titre des familles nombreuses, sont également tenus de s'inscrire à leur examen, dans les mêmes délais, mais à titre provisoire.

Ils n'acquitteront les droits d'examen que lorsqu'il aura été statué sur leur demande d'exonération.

Faculté de Montpellier. — Prix décernés en 1936 :

1° Prix de fin d'année. — 1re *année*. Mention honorable : M. Benezech.

4e *année*. — Prix : M. Drouhet. Mention très honorable : M. Souchon.

5e *année*. — Prix : M. Péguret. Mention très honorable : M. Navatel.

2° Prix Bouisson. — MM. Jean-Marie Bert, Maurice Cadilhac, Jean Cadéras de Kerleau, Jean Balmès, Jules Zakhajm, Albert Diacono, Henri Benau.

3° Prix de thèse. — Prix Fontaine : MM. Bert et Seigneurin.

Prix de Faculté (Médaille) : Mlle Labraque-Bordenave. MM. Balmès, Mas, Mialhe (qui bénéficient d'une subvention

de *Montpellier médical*). — MM. Arnal, Benau, Cadéras de Kerleau, Carrière, Diacono, Gaber, Maury, Valdeyron. — Mention très honorable : MM. Dominic, Djamchidi, Pierre Lafon, Sagols, Viguier.

4° Prix du 20e Congrès de médecine : M. Paul Seintein.

5° Bourse Pierre Faurie : Mlles Vinon et Portes.

Guerre. — M. le médecin général Weitzel a été placé par anticipation, sur sa demande, dans la 2e section (réserve) du Corps de santé militaire.

Ministère du Travail. — Il est ouvert un concours sur titres pour un emploi de contrôleur adjoint des assurances sociales au ministère du Travail (femmes non admises).

Etre Français, âgé de moins de quarante ans, docteur en médecine exerçant depuis dix ans au minimum, engagement de ne pas faire de clientèle.

Adresser les demandes avant le 1er janvier 1937 au ministère du Travail (bureau du personnel central et extérieur, 4e section, 127, rue de Grenelle, Paris (7e). Pièces à fournir : demande sur papier timbré, expédition de l'acte de naissance, extrait du casier judiciaire, pièces militaires, curriculum vitae, certificat médical d'aptitude délivré par un médecin assermenté de l'administration.

Santé militaire italienne. — Le général médecin prof. MAZZETTI a été nommé récemment directeur général de la santé militaire, en remplacement du général Franchi.

Le nouveau chef du corps de santé italien est très connu pour ses travaux de bactériologie et d'hygiène.

Société de stomatologie de Paris. — En raison des fêtes de Noël, la prochaine séance de la Société aura lieu le mardi 15 décembre.

Fédération de la Presse médicale latine. — Le Comité permanent de la Fédération de la Presse médicale latine, réuni en séance extraordinaire le 28 novembre 1936, après avoir pris connaissance de l'appel de ses collègues espagnols :

Très ému des difficultés apportées jusqu'à ces derniers jours à l'expédition et à la diffusion à l'étranger de certains périodiques espagnols, purement scientifiques pourtant ;

Est heureux de constater que, dans un souci d'impartialité attendu, le Gouvernement français vient de prendre les mesures nécessaires pour faciliter cette diffusion en accélérant les envois ;

Espère que seront ainsi sauvegardés les échanges indispensables au progrès de la science médicale tant en France qu'en Espagne, et que seront maintenues et renforcées les relations si amicales qui n'ont cessé d'exister entre les médecins des deux nations latines ;

Et saisit cette occasion de renouveler à ses collègues espagnols, si atrocement éprouvés, l'expression de la sympathie profonde que la Fédération avait déjà formulée à Venise, au cours du 4e Congrès de la Presse médicale latine.

Pour le Comité, le Secrétaire général,
Docteur L. M. PIERRA.

Sanatoriums Calmette, à Villiers-sur-Marne (Aisne) et Emile-Roux à Arnières, près d'Evreux (Eure). — Un concours sur titres et sur épreuves est ouvert en vue d'établir une liste d'aptitude, pour deux médecins, aux fonctions de médecin des sanatoriums de la Renaissance Sanitaire, valable pour l'année 1937.

Le traitement de début est fixé à 30.000 francs.

Les candidats doivent être âgés de moins de 40 ans au 1er janvier 1937, être de nationalité française.

S'adresser avant le 31 décembre, à M. le Médecin-inspecteur des Etablissements de la Renaissance, 23, rue du Renard, Paris.

Croisière — La onzième *Croisière médicale* française aura lieu à Pâques dans l'Adriatique, à bord du *Champlain*. Départ de Marseille (le 21 mars), escale à Philippeville, Syracuse, Bari, Venise, Fiume, Dobrovnik, Cattaro, Malte, Marseille (arrivée le 4 avril). Prix à partir de 1.800 fr.

Renseignements : Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot, Paris (5e).

Nécrologie. — Le docteur Emile Emery, médecin honoraire de Saint-Lazare, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris.

— Le docteur Camille Masseret (de Vichy).

— Le docteur Pierre Boulan (de Paris) ;

— Le docteur Edouard Christen (de Versailles) ;

— Le docteur L. Malzac (de Lasalle, Gard).

COURS ET CONFÉRENCES

Questions d'actualité anatomo-pathologique. — Le professeur G. ROUSSY commencera ce cours non pas le samedi 5 décembre, mais bien le *samedi 12 décembre*, à 16 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique.

CHRONIQUE

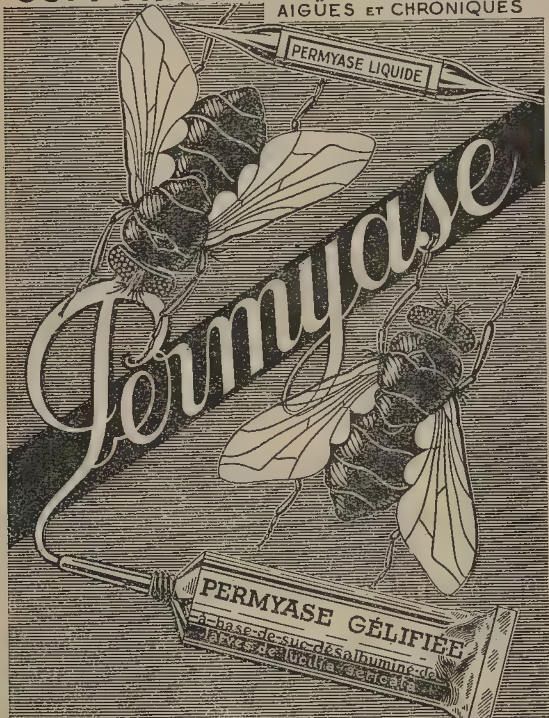
PREMIÈRES PIERRES

Après la pose de la première pierre (en béton) des nouveaux bâtiments de la Faculté, nous étions convoqués vendredi au Pont de l'Alma pour la pose de la première pierre (toujours en béton) de deux pavillons de la prochaine exposition : le pavillon du Tourisme et celui du Thermalisme qui vont s'élever sur le quai de la rive gauche de la Seine, en aval de l'affreuse passerelle qui va doubler le pont de l'Alma.

Tout le tourisme et tout le thermalisme étaient là autour de M. Edmond Labbé, commissaire général, et de M. Paul Léon, commissaire adjoint ; M. Roland Marcel, commissaire général au tourisme ; M. Roussellier, conseiller d'Etat ; M. Maringer, président du T. C. F. ; le général Viviez, directeur du Service géographique ; M. Audigier, président de la Fédération des Syndicats d'Initiatives et président de la classe du tourisme ; M. Normand, directeur de la Compagnie fermière de Vichy, président de la classe du thermalisme. Le professeur Carnot, les docteurs Justin Besançon, Moncorgé, Janot, Mothe, Flurin, Glénard, MM. Maurice Bernard (d'Evian) ; Bouloumié (de Vittel).

On admira les plans de l'éminent architecte M. Sardou, puis on entendit d'excellents discours de MM. Audigier, Normand, Edmond Labbé et Roland Marcel. Après un lunch très cordial, on se donna rendez-vous au printemps pour admirer, autrement que sur les plans, les nouveaux pavillons qui feront honneur au thermalisme et au tourisme français.

F. L. S.


PERMYASE LIQUIDE
Permyase
PERMYASE GÉLIFIÉE

LE PNEUMOTHORAX CONTRO-LATÉRAL PRIMITIF

(Son mécanisme d'action — Ses indications)

Par le docteur Max FOURESTIER,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

La compréhension de la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire a profondément évolué ces dernières années. Aux notions anciennes d'immobilité et de compression des lésions pulmonaires par la bulle d'air du pneumothorax, qui étaient celles des promoteurs de la méthode de Forlanini, ont succédé celles d'hypotension et de détente. Le pneumothorax thérapeutique efficace favorise la guérison des lésions tuberculeuses (il ne la crée pas) en permettant, par la détente élastique qu'il provoque, la rétraction, et en fin de compte, la cicatrisation des tissus malades.

Pour aboutir à ce résultat, la collapsothérapie par pneumothorax doit être hypotensive. L'hypotension manothérapique, au cours de la collapsothérapie, ne doit pas être seulement inspiratoire, mais aussi expiratoire, et cela du début à la fin de l'insufflation. Jamais le poumon ne doit trouver dans son jeu respiratoire une force supérieure à la pression atmosphérique. S'il en est autrement, le nouvel équilibre tensionnel ainsi créé provoque un véritable « traumatisme pneumothoracique » (traumatisme de compression) qui contrecarre la tendance rétractile spontanée des lésions pulmonaires.

Une règle pratique se dégage de ces considérations générales : on ne doit plus tenir compte exclusivement de la « moyenne » des pressions avant et après l'insufflation. Il faut noter soigneusement les deux pressions, inspiratoire et expiratoire ; elles seules donnent une claire et exacte physionomie de la nouvelle mécanique respiratoire créée par le pneumothorax thérapeutique.

Dès 1912-1913, Ascoli (1), du point de vue clinique, et Parry-Morgan (2), du point de vue expérimental, avaient insisté sur ces notions, maintenant classiques (du moins chez les phtisiologues) de collapsothérapie de détente, de repos électif des lésions, de collapsus électif. En fait il fallut attendre 20 ans pour les voir accepter dans la pratique courante. Combien de médecins, encore, comparent l'action du pneumothorax thérapeutique à celle de l'appareil plâtré de la tumeur blanche !

La réalisation, toute récente, de pneumothorax contro-latéraux primitifs est une magnifique confirmation de l'exactitude de ces nouvelles données pathogéniques concernant l'action de la collapsothérapie par pneumothorax. Mais cette méthode en apparence audacieuse et qui suscite un surcroît d'intérêt par sa hardiesse même, est aussi, nous semble-t-il, riche de promesses. Ses applications pratiques, qui s'appuient sur un nombre croissant d'observations, permettent de bien augurer de son avenir. Il faut la connaître, pénétrer son mécanisme d'action, fixer momentanément ses possibilités et ses limites : ce sont ces quelques points particuliers, théoriques et pratiques, que nous nous proposons d'étudier au cours de cet exposé.

***

C'est en 1929 (3) qu'Ascoli propose et réalise pour la première fois un pneumothorax sur le poumon sain, dans le but de traiter des lésions du côté opposé. C'est ce qu'il appelle « le pneumothorax contro-latéral primitif » qu'il est devenu classique de nommer « le pneumothorax contro-latéral primitif de Maurizio Ascoli ». Il faut, sous peine d'introduire la confusion dans la nomenclature, réserver cette appellation de pneumothorax contro-latéral primitif aux seuls cas où le poumon collabé est le poumon sain.

En effet, depuis très longtemps (Forlanini lui-même l'avait remarqué) un pneumothorax thérapeutique institué en cas de lésions pas strictement unilatérales, peut avoir une efficacité indubitable sur les lésions du côté opposé. Nombreuses sont les observations relatant de tels faits. Nous avons consacré notre thèse inaugurale (4) à l'étude de cette action contro-latérale possible de la collapsothérapie unilatérale de la tuberculose pulmonaire. Nous avons d'ailleurs étudié cet effet contro-latéral, non seulement après pneumothorax, mais aussi après phrénicectomie et thoracoplastie ; et nous avons essayé de mettre en valeur les divers mécanismes d'action que l'on peut invoquer dans l'explication des résultats favorables ou défavorables. Un fait intéressant nous a paru devoir être souligné : le plus souvent, en cas de lésions bilatérales, l'effet contro-latéral heureux ne sera observé qu'après une thérapeutique collabante agissant par détente. C'est la collapsothérapie compressive qui est responsable de la poussée évolutive contro-latérale si fréquemment observée.

A la vérité, les observations de pneumothorax controlatéral primitif (sur le poumon sain) sont encore très peu nombreuses. Si Ascoli et Lucacer (5), en 1933, dans leur livre sur le pneumothorax bilatéral, pouvaient insérer un appendice sur la théorie et la pratique du pneumothorax contro-latéral, ils ne faisaient état que de quelques observations seulement. Parodi (6), dans son dernier livre, publie quelques observations personnelles. En France, Dumarest (7) et ses élèves, Mme Gravier-Gineste (8) dans sa thèse, Patoir et Swingedauw (9) et surtout l'école de San-

(1) Ascoli (M.). Congrès international de la Tuberculose. Rome, 1912.

(2) Parry-Morgan. Artificial pneumothorax in the treatment of pulmonary Tbc. *The quartely Journ. of Med.*, Oxford, II, I. 1917-198.

(3) Ascoli (M.). Der Kontrolaterale Tiefdruckpneumothorax. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 55: 1359-1370, 16 Aug. 1929.

(4) Fourestier Max. Contribution à l'étude de l'effet contralatéral de la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire (Pneumothorax, Phrénicectomie, Thoracoplasties). *Thèse Paris* 1936. Société Blésoise d'Impressions, 6, rue Pardessus, *Blois*.

(5) Ascoli (M.) et Lucacer (M.). Le pneumothorax bilatéral simultané. Masson, édit., Paris, 1933.

(6) Parodi (F.). Le repos physiologique du poumon par hypotension. Masson, édit., Paris, 1935, pp. 120-154.

(7) Dumarest et Lefèvre (L.). Le pneumothorax contro-latéral : ses bases théoriques. *Provence Médicale*, 15 avril 1935.

(8) Gravier-Gineste (Mme). Pneumothorax contro-latéral primitif : Etude. *Thèse Montpellier* 1934.

(9) Patoir (A.) et Swyngedauw (E.). Contribution à l'étude de l'effet contro-latéral du pneumothorax artificiel. *La Clinique*, pp. 350-354. Décembre 1932. N° 195.

cellemoz, Tobe (10), Degorges, Joly et Salmon, ont plus particulièrement étudié cette action (11).

Nous-mêmes, dans le service de notre maître, M. le Professeur Sergent, à l'hôpital Broussais, suivons plusieurs malades qui très prochainement feront l'objet d'une publication. C'est le résultat de quelques-unes de nos observations encore inédites, ainsi que les constatations des auteurs précédents que nous analyserons ici en essayant d'en déduire quelques indications théoriques et pratiques.

A. Mécanisme d'action du Pneumothorax homolatéral et du Pneumothorax contro-latéral primitif. — Il faut, pour comprendre la collapsothérapie controlatérale, avoir présent à l'esprit le mécanisme d'action du pneumothorax homolatéral. Nous n'envisagerons d'ailleurs ici que les conséquences mécaniques de l'introduction d'air dans la plèvre dans un but thérapeutique. Vouloir faire un bilan complet des divers mécanismes d'actions que l'on peut invoquer pour une explication générale de la collapsothérapie par pneumothorax nous entraînerait trop loin et serait hors du cadre du sujet que nous nous sommes proposé d'analyser.

Sans grands développements, il est possible de résumer en quelques propositions l'action mécanique de la collapsothérapie par pneumothorax telle qu'elle est actuellement comprise.

1° Le poumon est avant tout un organe élastique, constamment en état de distension et dont le volume, à l'état physiologique, est toujours plus grand que le volume réel. Le double jeu physiologique des tensions élastiques inspiratoires et expiratoires est harmonieusement équilibré.

2° L'apparition de lésions tuberculeuses dans le poumon provoque des modifications des tensions élastiques parenchymateuses dont les conséquences, simplement mécaniques, sont hautement défavorables à leur évolution. « Tout organe peut devenir tuberculeux, seul le poumon devient phtisique. » (Forlanini.)

3° Naturellement, par suite de la différence des tensions élastiques des parties malades et des parties saines, les lésions ont tendance à se mettre au repos, à se rétracter.

4° Le pneumothorax thérapeutique n'agit pas en comprimant les lésions ; le moignon pulmonaire n'est jamais immobilisé.

5° Tout pneumothorax thérapeutique en pressions positives fait intervenir de nouvelles forces de distension. Il crée un nouvel équilibre des tensions élastiques qui ne peut que gêner la tendance rétractile spontanée des lésions.

6° Le pneumothorax thérapeutique n'agit efficacement que lorsque la pression des gaz dans la plèvre est négative. Alors il peut remplir son rôle. Il répartit les tensions endo-pleurales perturbées par les lésions et égalise les efforts de traction pariétale qui s'exercent sur l'organe.

7° Le pneumothorax thérapeutique de détente, en hypotension, n'agit qu'en favorisant la tendance rétractile naturelle des lésions. Matelas d'air égalisant les pressions endopleurales et intraparenchymateuses, il permet un collapsus électif.

Mais les deux poumons ne font qu'un... A la notion d'individualisme d'organe doit succéder celle d'unité d'appareil réagissant communément... L'appareil pulmonaire, malgré sa disposition symétrique apparemment bien individualisée, doit être vu sous l'angle de l'unité fonctionnelle et... mécanique. Pratiquement, par suite de l'interdépendance mécanique (Parodi) des deux hémithorax, l'action controlatérale de la collapsothérapie se calque sur son effet homolatéral : expliquer l'un c'est comprendre l'autre.

C'est grâce au médiastin « véhicule des modifications des pressions », selon l'heureuse expression d'Ascoli, que la détente statique (expiratoire) — du simple fait du décollement d'un poumon de la paroi — et la détente dynamique (inspiratoire) — conséquence de la diminution du traumatisme inspiratoire — d'un poumon sont transmises à celui du côté opposé.

Le déplacement médiastinal est le phénomène le plus important, peut-être, dans l'explication mécanique de l'effet controlatéral du pneumothorax. Le médiastin est moins une cloison qu'un véritable trait d'union entre les deux hémithorax. Depuis le début de la collapsothérapie pulmonaire, les phtisiologues se sont préoccupés de ses modifications de situation comme de ses perturbations pathologiques ; mais si dans le pneumothorax homolatéral sa mobilité est, d'après les classiques, un phénomène malencontreux, ici, par contre, c'est elle que l'on recherche.

Certes le médiastin n'est pas une simple membrane subissant passivement les différences de pression qui s'exercent sur ses deux faces. Il comprend, de par son hétérogénéité de formation et en lui-même, des fibres élastiques qui lui permettent de subir certaines influences attractives. Ces dernières, d'ailleurs, ne se manifestent pas nécessairement par un déplacement médiastinal, toujours visible par nos moyens d'investigation clinique courants. Nous voulons dire par là que la transmission controlatérale de la détente collapsothérapique entraînant l'évolution heureuse des lésions du côté opposé, pourra se faire sentir sans qu'on doive nécessairement constater une déviation du médiastin. Quoi qu'il en soit, ce déplacement est en fait presque toujours constaté au cours du pneumothorax controlatéral. Il se fait du côté opposé à la collapsothérapie. Mais ce déplacement est variable et dans son intensité et dans sa forme.

Du fait de son inertie propre, de sa constitution hétérogène, le médiastin freine, en les répartissant dans le côté opposé les détentes statique (expiratoire) et dynamique (inspiratoire) qu'il subit. Enfin, modifié dans sa consistance par des lésions irrégulièrement réparties, son rôle d'intermédiaire pourra être aussi irrégulièrement efficace.

Si, comme pour le pneumothorax homolatéral, on veut résumer en quelques propositions le mécanisme d'action du pneumothorax contro-latéral, on peut écrire :

1° L'action heureuse contro-latérale observée est due à « l'hypotension », à la détente du poumon sain, transmise au poumon malade par le médiastin.

(10) TOBE (F.), DEGEORGES, SALMON et JOLY. Le pneumothorax controlatéral. *Presse Médicale*, 12 juin 1935. N° 47.

(11) Le lecteur que cette question intéresse trouvera la bibliographie complète dans notre thèse : Paris 1936.

2° Tout pneumothorax contro-latéral, pour être efficace, devra être entretenu en pressions toujours négatives, même à l'expiration.

3° En ce cas, on observe une déviation, ou mieux, une attraction du médiastin vers le côté malade, donc du côté opposé au pneumothorax.

4° Il y a augmentation réelle de la tension endopleurale du côté opposé aux insufflations. (Bordet-Parodi, Fourestier). Ce fait n'a été étudié qu'en cas de pneumothorax bilatéral ; mais ces conclusions gardent la même valeur pathogénique ici et là. Ainsi, chez un de nos malades, après une insufflation gauche de 500 cc. d'air, la pression, à gauche, passait de —4—10=—6 (avant) à —1—5=3 (après) ; et à droite (du côté opposé) de —9—16=—12 1/2 (avant) à —6—9=—7 1/2 (après).

5° On constate une diminution nette des mouvements pariétaux du côté opposé. (Tobe, Degeorges et Joly.)

Ainsi, du côté opposé au pneumothorax, le volume du poumon est diminué (Ascoli-Epfanio) ; il y a détente ; les tensions élastiques parenchymateuses sont moins élevées ; les tensions endo-pleurales sont toujours négatives (évidemment !) ; les lobes sains conservent toutes leurs possibilités respiratoires et physiologiques ; la souplesse du médiastin peut permettre même une certaine détente élective. Est-ce que ce ne sont pas là réunies toutes les conditions reconnues nécessaires, actuellement, pour la bonne marche de la collapsothérapie homolatérale ? En fait, indirectement mais sans nul doute efficacement, le pneumothorax contro-latéral de détente favorise la tendance rétractile spontanée du poumon malade en libérant une des extrémités du « couple pulmonaire » de son assujétissement pariétal. L'action de cette collapsothérapie est en tout point superposable à celle du pneumothorax homolatéral et la comparaison suivante nous paraît parfaitement adéquate.

Les deux poumons, amarrés aux parois de la cage thoracique, peuvent être comparés à deux ressorts couplés au centre — le médiastin — et tendus entre deux points mobiles — les parois thoraciques. Si on intercale entre une des extrémités du ressort et son point d'attache mobile qui, alternativement, l'allonge et le raccourcit, un système quelconque (caoutchouc, par exemple) dont le coefficient d'élasticité soit plus grand, immédiatement une détente générale se produit et se transmet à l'autre extrémité du ressort qui n'en poursuit pas moins ses mouvements de va-et-vient, seulement diminués d'amplitude et, surtout, sous une tension élastique considérablement diminuée.

Tel est à grands traits esquissé le mécanisme d'action du pneumothorax contro-latéral. Le cadre restreint de cet article ne nous permet pas d'expliquer de façon plus détaillée certaines des affirmations précédentes. Ceux que ces notions de mécanique respiratoire intéressent trouveront une documentation très précise dans les monographies de Tobe (12) et ses élèves, les publications de Parodi (13), les thèses de Ch. Trocmé (14) et de Joly (15), la nouvelle édition du livre de Dumarest (16) et dans notre thèse.

De même nous n'avons envisagé que le mode d'action mécanique du pneumothorax contro-latéral. La participation vasculaire (vaisseau du hile, vaisseaux sanguins et lymphatiques), l'action nerveuse, indubitable sinon très précisée encore à l'heure actuelle, l'importance de certains épanchements pleuraux, d'une hernie médiastinale, etc..., sont notées par tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, plus, semble-t-il, dans le désir d'être complets que dans celui, moins apparent, d'être clairs et précis. Leur excuse est dans les nombreuses inconnues que soulève encore l'étude de la mécanique respiratoire tant du point de vue clinique qu'expérimental. Quoi qu'il en soit, la théorie mécanique de l'effet contro-latéral du pneumothorax a le mérite d'être claire, facilement compréhensible, séduisante même, et, si elle ne représente pas toute la réalité du phénomène, du moins a-t-elle permis des applications pratiques qui, elles, sont au-dessus de tout soupçon puisque concrétisées dans des faits, eux irréfragables : des guérisons.

La connaissance du mécanisme d'action du pneumothorax contro-latéral permet de poser des indications qu'il nous reste à présent à examiner.

Nous envisagerons d'abord les indications générales du pneumothorax contro-latéral, les raisons cliniques et radiologiques qui peuvent faire espérer son action heureuse, les conditions anatomiques qui la permettent et les particularités anatomo-pathologiques nécessaires à son plein développement. Nous étudierons ensuite des indications plus précises.

B. Indications générales du Pneumothorax contro-latéral. — 1. *L'âge.* C'est une notion importante. Au-dessus de 40 ans, il faudra peu attendre d'une telle méthode. La souplesse des tissus, indépendamment des causes pathologiques de sclérose ou de symphyse, ne permet pas une transmission suffisante à distance des forces de détente collapsothérapique. De plus, à cet âge, la tuberculose pulmonaire prend une allure torpide, présente un potentiel rétractile peu marqué. C'est d'ailleurs un fait de constatation générale (Bucquoy, Burnand, Courcoux et Labesse, etc...) que son traitement par pneumothorax représente plus d'aléas.

Chez l'enfant, il semble au contraire qu'on pourrait retirer un grand bénéfice de l'effet contro-latéral, étant donné la mobilité du médiastin et la grande souplesse du thorax. On éviterait ainsi la collapsothérapie bilatérale qui reste encore, malgré les belles observations d'Armand-Delille, une thérapeutique sérieuse à cet âge. (Effet préventif possible du pneumothorax contro-latéral primitif sur les bilatéralisations secondaires ?) Néanmoins il ne faut pas oublier la tendance résolutive spontanée de la tuberculose de

(12) Tobe (F.), Degeorges et Joly. Le pneumothorax contro-latéral. Justification théorique de la méthode. Indications et technique. *Rev. de la Tub.* 1935, novembre, p. 994.

(13) Parodi (F.). La Mécanique pulmonaire. Masson édit., Paris 1933.

(14) Trocmé (C.). Le pneumothorax et la respiration. *Thèse Paris* 1934.

(15) Joly. La collapsothérapie hypotensive. *Thèse Paris* 1936.

(16) Dumarest, Lefèvre, Mollard, Pavie et Rougy. La pratique du pneumothorax thérapeutique. Masson édit. 1936.

l'enfant et la rareté des symphyses pleurales empêchant une collapsothérapie homolatérale indiquée.

2° *Le sexe.* Plus facilement peut-être chez l'homme que chez la femme s'obtiendra cet effet contro-latéral. En effet, on sait que chez lui le type respiratoire est plus diaphragmatique que costal. Les lésions, de ce fait, bénéficient d'un certain repos pariétal électif, qui ne peut qu'être augmenté par la détente contro-latérale pneumothoracique.

3° *Le type respiratoire.* Une étude préalable sur films, en double impression, selon la méthode de Tobe, Degeorges et Joly, des mouvements costaux de l'hémithorax opposé, en *inspiration et en expiration non forcées*, donnera des indications utiles. En effet, une trop grande distension inspiratoire controlatérale ne sera pas d'un pronostic très favorable. Le pneumothorax contro-latéral, malgré la détente générale, favorise encore cette amplitude costale du côté opposé, surtout lorsqu'il s'agit de lésions récentes ou d'ulcérations importantes, sans tendance fibreuse marquée.

4° Aussi certains mettent-ils une condition presque nécessaire à la possibilité d'un effet contro-latéral : *c'est la symphyse pleurale du côté opposé* (Parodi). Fixant la paroi, elle empêche son hyperamplitude contro-latérale réactionnelle. Cette nécessité d'une symphyse contro-latérale n'est pas seulement pathogénique, mais aussi clinique ; car si la plèvre était libre, l'indication d'un tel pneumothorax ne se poserait point, du moins dans l'état actuel de la question.

5° *Un médiastin souple, mobile, non fixé par de la sclérose ou des adhérences*, est une des conditions les plus importantes. C'est grâce à cette cloison que se transmet au côté opposé la détente homolatérale. Certes, on conçoit toute la difficulté qu'il y a à connaître par avance son état anatomique. Il faudra faire un examen clinique minutieux, complété par l'examen radiologique et surtout radioscopique. L'ombre cardio-vasculaire devra être particulièrement étudiée en inspiration et en expiration forcées, en position oblique. Un orthodiagramme soigneux complété par un électro-cardiogramme sera utile. Par une des manœuvres de l'ergomanomètre de Parodi, on pourrait déceler une fixité du médiastin. En dernière analyse, le plus souvent, l'appréciation de ces qualités médiastinales sera livrée à l'essai thérapeutique.

6° *Le siège des lésions* est aussi une chose importante à considérer. Il existe normalement deux points faibles du médiastin :

a) Derrière le sternum, à la hauteur des trois premiers cartilages costaux, au niveau des restes du thymus ;

b) En bas et en avant, devant l'aorte, entre le diaphragme et le cœur.

En regard de ces points faibles, la transmission contro-latérale est plus forte. Nous croyons voir là une des raisons rendant compte de ces constatations : ce sont surtout les lésions sous-claviculaires, inter-cleido-hilaires qui sont le plus favorablement influencées et, quoique plus rarement, certaines lésions de la base, postérieures et très internes.

L'effet contro-latéral sera nul ou peu marqué sur des lésions de l'extrême-sommet, sous claviculaires très externes ou de la base, antérieures et externes.

Une hernie extériorise parfois ces points faibles de la cloison médiastinale. Elle est dans cette collapsothérapie un facteur favorable. Cette dislocation médiastinale localisée manifeste la tendance rétractile des lésions contro-latérales qui, peu à peu, évoluent vers la guérison. Certes, la hernie n'agit pas directement sur cette évolution favorable contro-latérale. Mais avec un médiastin rigide, symphysé, l'action heureuse contro-latérale aurait-elle pu se manifester ?

7° *Le côté de la collapsothérapie* (17). Les lésions contro-latérales droites seront plus favorablement influencées par un pneumothorax gauche que les lésions gauches par un pneumothorax droit. Comme Fichiera, F. Giuffrida et Iacono, nous avons fréquemment fait cette constatation. Les diverses explications proposées sont encore du domaine de l'hypothèse. Néanmoins, c'est un fait dont il faut *pratiquement* tenir compte dans l'établissement du pronostic.

8° *Nature anatomo-pathologique des lésions.* Les formes aiguës extensives, pneumoniques ou broncho-pneumoniques, les formes étendues occupant la plus grande partie d'un poumon, les gros évidements cavitaires, les formes micronodulaires généralisées, paraissent au-dessus des ressources d'un pneumothorax contro-latéral.

Au contraire, ce sont les formes infiltrées récentes, les formes ulcéro-caséeuses stationnaires ou régressant peu sous l'influence de la cure hygiéno-diététique, les formes fibro-caséeuses communes, ulcéreuses ou non, mal stabilisées ou sub-évolutives dans lesquelles le pneumothorax homolatéral est impossible qui bénéficient le plus d'un tel effet contro-latéral.

9° *De grande importance est la connaissance du potentiel rétractile des lésions.* Il faut connaître toute la difficulté d'une telle appréciation. Radiologiquement, il faudra tenir compte de l'existence du côté opposé au pneumothorax, d'un début de scoliose vertébrale, d'une ébauche d'attraction trachéale, d'un aspect dentelé du diaphragme, appelé par certains « faux aspect adhérentiel » et qui ne traduit souvent que de simples modifications des tensions élastiques.

De même l'existence d'une limitation des mouvements respiratoires de l'hémitorax, d'une obliquité plus grande des côtes, d'un début d'attraction cardiaque, montrant la réalité d'une sclérose commençante, fera espérer un résultat heureux. On sait qu'ici encore, on pourrait, par une des quatre manœuvres de l'ergomanomètre de Parodi, déceler ce potentiel rétractile des lésions.

Voilà pourquoi *l'âge et le stade évolutif des lésions* ont une telle importance. « Plus une lésion est jeune « et plus on a de chances d'obtenir un résultat favo- « rable. Le pneumothorax contro-latéral est un trai- « tement qui doit être appliqué précocement au mê- « me titre que le pneumothorax homolatéral, alors « que la tendance rétractile des lésions est encore « marquée. Pour les lésions stabilisées ou dans les- « quelles la rétraction est arrivée « à bout de course » « (Piguet), pour les scléroses résiduelles, pour les « vieilles ulcérations figées, il faut s'adresser à une « collapsothérapie d'action plus directe et compres- « sive » (Tobe).

(17) Voir notre thèse, chapitre X, page 107.

10° *Il faut que le pneumothorax sur le côté sain soit total, sans bride, sans adhérence, même minime.* Ascoli pense que certaines adhérences lâches, allongées, étroites peuvent ne pas gêner et qu'une section, toujours possible, peut facilement les supprimer. Nous sommes de l'avis de Dumarest pour qui toute bride, aussi lâche soit-elle, représente une contre-indication absolue du pneumothorax contro-latéral. En effet, que cherche-t-on ? La détente du poumon homolatéral, dont une partie seulement sera utilisée par le poumon opposé malade. Toute bride, toute adhérence affirmant l'existence d'une évolution plus ou moins stabilisée, indique que l'on n'opère pas sur un poumon absolument sain. Le traumatisme pneumothoracique peut n'être pas sans inconvénient en pareil cas, comme celui de toute intervention chirurgicale endo-pleurale. On s'expose à un réveil évolutif et on n'a pas l'excuse de la nécessité d'une intervention directe, homolatérale. Il faut qu'un tel pneumothorax soit facile, sans incident, car le poumon collabé ne doit être qu'un simple intermédiaire mécanique n'exigeant pour lui aucune attention thérapeutique spéciale.

A plus forte raison, toute large zone d'adhérences, tout pneumothorax grand partiel, devront faire abandonner la collapsothérapie contro-latérale.

De même, il faudra cesser les insufflations en cas d'adhérences diaphragmatiques sous-tendant le poumon en une véritable « corde ».

11° *Le pneumothorax contro-latéral primitif devra être entretenu en détente.* Les pressions expiratoires terminales devront être toujours négatives. Nous avons insisté précédemment, dans l'étude du mécanisme d'action, sur ces notions capitales de détente et d'hypotension que nécessite une telle collapsothérapie. Nous n'y reviendrons pas. Mais il faut savoir que ces obligations techniques entraînent parfois quelques difficultés de réinsufflation. Le poumon peut rester très près de la paroi et l'entretien du pneumothorax nécessiter des insufflations plus rapprochées. La limite du pneumothorax est souvent à peine visible à l'examen radioscopique. La technique devra être très prudente afin d'éviter des complications liquidiennes, une symphyse, une perforation. Moins fréquents et moins graves qu'au cours de la collapsothérapie homolatérale, ces incidents devront néanmoins être évités à tout prix. En effet, il ne faut jamais oublier que le poumon collabé est sain, et il faut toujours penser à « l'avenir homolatéral » du malade. Aussi un examen radio-clinique minutieux devra autant que possible les prévenir, en montrant, par exemple, du côté collabé apparemment sain, des lésions susceptibles de faire redouter ces accidents, c'est-à-dire des lésions cortico-pleurales « souvent plus audibles que visibles » (Tobe).

12° *Un séjour au lit d'assez longue durée, plusieurs mois de cure, si possible latérale, sur le côté opposé au pneumothorax, et déclive,* seront des adjuvants dont il faut connaître toute la valeur. En effet, dans cette position, les tensions élastiques sont moins élevées qu'en position debout (de quelques centimètres d'eau). Par ailleurs, le type respiratoire devient diaphragmatique et la distension costale est très diminuée.

Enfin, le poumon contro-latéral reposant sur la paroi costale, son poids n'intervient plus pour augmenter les tensions parenchymateuses et les lésions acquièrent de ce fait une détente plus grande (Parodi).

13° *Durée du pneumothorax contro-latéral primitif.* Quant à la rapidité d'action du pneumothorax contro-latéral, nous nous permettons de reproduire ces quelques lignes écrites par MM. Tobe, Degeorges et Joly dans leur récente monographie sur ce sujet. « Dans « les cas les plus favorables, les modifications lésion- « nelles se produisent rapidement et en l'espace de « quelques semaines, on assiste à une diminution de « l'expectoration et à la disparition des bacilles, à la « disparition des signes stéthacoustiques, à un net- « toyage radiologique qui va en s'accentuant. Les « ulcérations se ferment par diminution circulaire de « leurs bords et par effacement, non par aplatisse- « ment et mise en contact de ces bords. Dans d'autres « cas, les lésions ne se modifient que plus lentement. « Mais alors le résultat restera, le plus souvent, in- « complet. En principe un laps de temps de deux à « trois mois est nécessaire pour juger de l'action d'un « pneumothorax contro-latéral et de décider de sa « continuation ou de son abandon. »

La durée d'entretien d'un pneumothorax contro-latéral doit être, en principe, aussi longue que celle d'un pneumothorax homolatéral et il n'y a pas de raison de douter que le résultat obtenu ne soit pas plus solide et plus définitif. *(A suivre.)*

REVUE DES THESES

L'UTILISATION DES ACIDES AMINÉS DANS LA THÉRAPEUTIQUE DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

par le docteur A. Comisioner (1)

Ce travail inaugural, fait dans le service de M. le Professeur ag. Boulin, a permis de constater que l'injection d'une solution à 4 % d'histidine exerce sur la crise ulcéreuse une action sédative remarquable avec disparition des douleurs, des vomissements alimentaires, des hémorragies et amélioration notable de l'état général. Cette thèse très documentée vient confirmer les communications et travaux de MM. Aron, Weiss, Desplas, Lenormand, Fournial, Carrier, Vasselle, Loeper, Stolz, Castaigne, Chaumerliac, pour ne citer que quelques noms parmi les nombreux expérimentateurs qui ont étudié et vérifié l'action de la laristine dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale.

La solution à 4 % d'histidine présente une action manifeste sur le rythme et l'intensité des poussées ulcéreuses, mais tous les auteurs conseillent d'administrer aux ulcéreux des cures d'entretien plus ou moins espacées comme on est habitué à le faire pour le traitement de la syphilis. C'est ainsi qu'on permettra à la thérapeutique histidinée de donner son plein rendement. Un sérieux avantage d'ailleurs de cette thérapeutique, c'est qu'elle n'implique ni l'hospitalisation ni un régime sévère et, d'autre part, il est nécessaire d'insister, avec MM. Stolz et Weiss par exemple, sur le point fondamental suivant : l'histidine n'est pas seulement un traitement symptomatique ; elle exerce une influence très nette sur le terrain où se forme l'ulcère ; elle favorise la cicatrisation des ulcères, en modifiant les conditions biologiques locales. On sait que la laristine (Roche) est la solution injectable rigoureusement dosée à 4 % d'histidine neutralisée ; elle réalise sous une forme absolument indolore et sans aucune contre-indication le premier traitement pathogénique de l'ulcère gastro-duodénal.

(1) Thèse de la Faculté de Médecine de Paris, 1935.

XLVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1)

(5-10 octobre 1936)

Troisième question mise à l'ordre du jour :

LES PNEUMONECTOMIES

Résumé du rapport de MM. Robert MONOD (de Paris)
et BONNIOT (de Grenoble)

Il faut entendre par le terme de pneumonectomie une opération d'exérèse pulmonaire typique avec ligature du pédicule, qu'il y ait ablation de tout le poumon (pneumonectomie totale) ou d'un ou plusieurs lobes (lobectomie).

Aux exérèses partielles atypiques on doit appliquer le terme de « pneumo-résections fragmentaires ».

Cette chirurgie est de date récente. C'est sous l'impulsion de Glück et de Biodi qu'elle prend naissance, autour de 1881.

Trois périodes sont à considérer dans l'histoire de la chirurgie pulmonaire :

De 1881 à 1900, c'est la période purement expérimentale.

De 1900 à 1918, c'est une étape préparatoire, toute remplie des efforts de technique.

Enfin, de 1918 à nos jours, la chirurgie pulmonaire entre dans la voie réalisatrice. Cette dernière période s'ouvre par les tentatives hardies de Lilienthal, qu'accompagne une mortalité importante. Du fait de ces échecs, les pneumonectomies cèdent le pas quelques années durant aux destructions ignées de Graham, aux méthodes indirectes (plombage) ou combinées.

Ce n'est qu'en 1929 que s'ouvre la phase des succès, avec les publications de Brunn et Schenstones. Les succès qui se montrent de plus en plus encourageants ne peuvent résulter que de la collaboration étroite des médecins et des chirurgiens.

La chirurgie d'exérèse pulmonaire pose deux problèmes d'égale importance :

A. Le problème technique

a) *Les données du problème.* — Elles sont d'abord d'ordre *anatomique* et concernent à ce titre la morphologie et la topographie des poumons, des scissures, des pédicules et des lobes, la systématisation des lymphatiques, la disposition des nerfs.

Elles sont aussi d'ordre *physiologique*. On prévoit les conséquences qu'entraînent l'ablation plus ou moins large du poumon, l'ouverture du thorax, les ligatures et les sections des vaisseaux, des bronches et des nerfs.

Le traumatisme opératoire modifie dans de grandes proportions les conditions physiologiques normales de la respiration et de l'hématose. Il faut prévoir les risques et leur opposer en quelque sorte un traitement prophylactique, faute de quoi toute intervention deviendrait un échec.

A ces données anatomiques et physiologiques s'ajoutent des données pathologiques. Celles-ci se résument dans le facteur infection, qui est vraiment l'élément le plus grave du problème. Le risque énorme qu'entraîne l'infection domine les indications opératoires. C'est de sa prophylaxie et des mesures de sécurité qu'elle nécessite que découle la technique chirurgicale des pneumonectomies.

Une autre donnée importante est celle des *effets tardifs* de l'opération. L'hémithorax déshabité doit être comblé. Dans les cas de lobectomie, ce comblement se fait pour ainsi dire de lui-même, les lobes conservés deviennent « expansifs » grâce à l'hyperpression terminale et au drainage aspirateur post-opératoire.

S'il s'agit d'une pneumonectomie totale, le comblement est moins certain. Fréquemment spontané chez l'enfant, il nécessite chez l'adulte une thoracoplastie.

La répercussion sur la respiration, la circulation et la structure intime du poumon est mal connue ; il y manque encore le recul du temps.

b) *Les solutions du problème. — Tactique opératoire.* Les méthodes chirurgicales se divisent en deux grands groupes, suivant que l'opération se fait en plèvre libre ou en plèvre cloisonnée. Le premier procédé a pour lui son élégance, mais il expose à l'infection de la séreuse. Il doit être réservé aux cas aseptiques ou peu infectés. Le second donne plus de sécurité. Ces considérations s'appliquent surtout aux cas de lobectomies ; s'il s'agit d'une pneumonectomie totale, il est souvent préférable d'opérer en un temps.

Technique opératoire. Les soins à donner avant l'opération, le choix des instruments, la question de l'anesthésie et les soins post-opératoires sont longuement exposés.

Les auteurs soulignent qu'il s'agit là d'une chirurgie « d'équipe », nécessitant un entraînement et un travail en commun du médecin, du chirurgien, du bronchoscopiste et de l'anesthésiste.

Le malade est fixé dans le décubitus latéral. L'emploi de l'aspirateur et du bistouri électrique est indispensable. Il serait bon d'opérer toujours dans une salle vaste, dont l'air serait conditionné et stérilisé.

B. Le problème clinique

Il se pose pratiquement :

1° Dans le cancer primitif du poumon ;
2° Dans les bronchectasies ;
3° Dans les abcès du poumon.

Cancer du poumon. — C'est une affection relativement fréquente (7 p. 100 des cancers). Le pronostic est fatal et seule la pneumonectomie a pu parfois amener la guérison.

Il convient de pratiquer une pneumonectomie totale avec ligature isolée des éléments du pédicule. L'exérèse doit comprendre la bronche-souche jusqu'à deux centimètres de l'éperon trachéal, et les ganglions médiastinaux. Dans ces conditions, elle ne sera vraiment efficace que si la tumeur ne siège pas sur les deux premiers centimètres de la bronche-souche et si on la pratique avant tout envahissement de la plèvre, de la paroi thoracique, du diaphragme et des ganglions.

Ceci suppose avant tout un diagnostic précoce.

Mais toutes les formes de néoplasme ne se prêtent pas également à ce diagnostic précoce ! C'est ainsi que les cancers des grosses bronches qui se manifestent d'emblée, que la bronchoscopie révèle facilement et dont la biopsie est aisée, donneront d'excellents résultats à condition de ne pas attendre pour intervenir qu'apparaisse la totalité des signes cliniques et radiologiques. Il en va autrement des tumeurs bronchiolaires ou parenchymateuses, essentiellement latentes et qu'on ne découvre guère qu'après généralisation.

Il importe également de dépister très tôt les contre-indications opératoires.

Bronchectasies. — Il est classique de considérer ces affections comme relativement bénignes. Est-il légitime de leur opposer une méthode thérapeutique dont les risques ne sauraient être niés ?

La gravité de la pneumonectomie dépend de la localisation des lésions à combattre, de l'âge du sujet, du degré d'évolution de la maladie. A rejeter dans les cas de lésions bilatérales, elle demeure sérieuse encore dans les formes unilatérales diffuses et dans les formes localisées au lobe supérieur. Dans toutes ces éventualités, elle doit être totale.

Mais la pneumonectomie apparaît beaucoup plus bénigne

Association de la Presse médicale française.

(1) Fin. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 81, p. 1394 ; n° 84, p. 1448 ; n° 92, p. 1579.

quand elle vise à supprimer des lésions des lobes moyens et inférieurs. L'infection est toujours un facteur de gravité considérable.

Abcès du poumon. — C'est là une affection fréquente et redoutable. La thérapeutique purement médicale peut dans certaines circonstances se montrer très efficace.

La pneumonectomie n'est indiquée qu'en présence de formes rebelles aux méthodes médicales et à toutes les autres méthodes chirurgicales. Rarement de mise quand il s'agit d'abcès aigus, elle semble dans les abcès chroniques mériter plus de faveur. Elle apparaît particulièrement indiquée dans les collections centrales, uniques, et dans les abcès compliqués de bronchectasie. Exceptionnellement, après échec du drainage et des exérèses atypiques, elle est susceptible d'apporter une solution heureuse à une situation par ailleurs sans issue.

Discussion

M. SERGENT (de Paris) passe en revue les indications de la pneumonectomie, telles qu'il les conçoit dans les trois éventualités suivantes :

a) *Les abcès du poumon.* — Ni la lobectomie, ni la pneumonectomie totale ne sont indiquées en présence d'un abcès pulmonaire. C'est à la pneumectomie fragmentaire et progressive ou la simple pneumotomie qu'il faut recourir, à moins qu'une attente coupable ait permis à la pyosclérose de s'installer, avec ses suites de bronchectasies, transformant le parenchyme en une véritable éponge purulente.

b) *Les bronchectasies fétides.* — Lobectomies et pneumectomies sont indiquées, mais il convient au préalable de pratiquer une exploration lipiodolée rigoureuse, afin de s'assurer suivant le cas de l'intégrité des autres lobes ou de l'autre poumon.

c) *Les cancers.* — Ce devrait être l'indication formelle de la pneumectomie. Pour espérer le succès, il importe de poser précocement le diagnostic. Les risques opératoires demeurent considérables, les accidents tardifs dus aux métastases ne sont pas négligeables. La chirurgie donnera de bons résultats quand nous posséderons un moyen de diagnostic permettant de dépister le néoplasme dès son apparition. Mais, même dans ce cas, il faudra compter avec les contre-indications : âge avancé du sujet, insuffisance cardiaque, fléchissement de la tension, tares rénales et nerveuses.

M. BEZANÇON (de Paris). Les suppurations broncho-pulmonaires sont certes mieux connues depuis quelques années, mais nombreux sont encore les progrès à réaliser. Les chirurgiens ont perfectionné leurs techniques ; les médecins doivent multiplier les examens cliniques et radiologiques ; ces derniers sont à pratiquer dans toutes les incidences, avec ou sans préparation au lipiodol.

L'anatomie pathologique et la bactériologie sont des éléments importants de la lutte contre ces suppurations.

L'examen des crachats est souvent décevant. La preuve de la responsabilité du spirochète et des anaérobies est difficile à établir.

Le pronostic est réservé, plutôt sombre. L'auteur souligne le danger des statistiques globales. Le pronostic ne peut être qu'individuel.

M. KINDBERG (de Paris), étudie surtout la dilatation des bronches. Il considère que la lobectomie est toujours indiquée dans ce cas.

La théorie classique qui voit dans cette affection uniquement une sclérose progressive du parenchyme consécutive à des infections répétées et souvent méconnues, ne répond pas à la totalité des observations.

Les deux circonstances suivantes sont à retenir : 1° il s'agit d'une dilatation acquise, d'aspect chronique ou d'un reliquat d'abcès bronchectasique. 2° Ou bien, on se trouve en face d'une dilatation congénitale secondairement infectée et nettement localisée.

Le pronostic « quoad vitam » est sérieux ; la survie ne dépasse pas 8 à 10 ans.

Mettant à part les cas bénins, les cas intéressants des malades trop âgés et les cas avec lésions généralisées, l'opération est toujours à conseiller.

M. MARRO (de Turin) fait l'éloge de la thoracotomie médiane en chirurgie pulmonaire. C'est une opération sûre, facile et rapide. Elle est en chirurgie thoracique ce qu'est la laparotomie médiane en chirurgie abdominale. Elle est indiquée dans les interventions d'exérèse, mais aussi dans les cas douteux où l'on se propose d'explorer simplement.

M. LERICHE (de Strasbourg) rapporte deux observations personnelles de lobectomie, pour bronchectasie. La technique d'Edwards et Robert lui paraît recommandable surtout avec l'emploi de l'anesthésie locale par infiltration paravertébrale du sympathique.

M. EDWARDS (de Londres), fait un exposé de sa pratique personnelle et expose sa technique. Il opère toujours en un temps. Voici sa statistique :

1° Bronchectasies. — 113 lobectomies, dont une bilatérale, avec 16 morts (14 p. 100). Des 97 survivants, 12 sont morts plus tard d'affections intercurrentes, de 1 à 5 ans après la lobectomie. 64 sujets ont été suivis de 1 à 7 ans. 35 ne présentaient plus aucun signe de bronchectasie, 10 n'avaient plus aucun signe clinique, mais seulement des signes à l'écran, 13 avaient encore des symptômee cliniques et radiologiques.

7 pneumectomies totales ont été pratiquées pour bronchectasies avec 2 décès (28 p. 100).

2° Cancers. — 16 lobectomies avec 3 morts opératoires (19 p. 100), 8 récidives et 6 guérisons.

6 pneumonectomies totales ont donné 2 décès opératoires, une métastase et 3 survies.

M. AMEUILLE (de Paris). L'intervention chirurgicale doit entrer dans la pratique courante. Mais tous les cas ne relèvent pas de la chirurgie et le triage de ces cas est chose délicate. L'intervention pourra être conseillée dans les abcès chroniques où le drainage reste insuffisant, dans certaines formes de tuberculose, où la collapsothérapie ne peut vaincre « l'inertie cavitaire ».

L'auteur insiste sur les difficultés que présentent les indications quand il s'agit de cancer. Sur 40 malades, 3 lui ont paru justiciables de l'opération. Or, le premier sujet avait été l'objet d'une erreur de diagnostic, le second présentait des métastases, le troisième tarda à se décider et se présenta enfin inopérable. La biopsie permet seule un diagnostic certain, mais les erreurs sont encore possibles, aussi l'auteur est-il près de souscrire à la thoracotomie exploratrice.

Quand il s'agit de bronchectasies, le chirurgien tend à opérer tôt, mais le médecin pense que bien des cas légers peuvent guérir à moins de frais et que l'évolution ne se fait pas fatalement vers les complications infectieuses. Cette dernière ligne de conduite expose le malade à venir trop tard au chirurgien.

MM. SANTY, DARGENT et BÉRARD (de Lyon) exposent les résultats obtenus après deux ans d'expérience et discutent les causes d'échecs. Ce sont :

1° L'anesthésie. — Pour le temps de découverte, l'anesthésie loco-régionale est tout indiquée. Pour le temps viscéral, les auteurs donnent la préférence à l'évipan.

2° L'infection du poumon opposé est une cause d'échec importante dans le traitement des bronchectasies. Elle est fonction surtout de l'état du poumon malade qu'il faut s'attacher à désinfecter le plus possible avant d'opérer. C'est chez l'enfant qu'on obtient les meilleurs résultats.

3° L'infection du foyer opératoire constitue une complication redoutable. C'est elle qui justifie les opérations en

plusieurs temps et la mise à plat des foyers suppurés secondaires.

Dans les cancers, la question infection est moins importante. Les lésions néoplasiques centro-lobaires évoluent lentement et quand on arrive au diagnostic, elles s'accompagnent déjà de métastases. Les cancers bronchiques, sténosants sont parfois suivis d'une survie prolongée.

MM. MAURER, ROLLAND et DREYFUS-LE FOYER (de Paris) étudient quelques points importants :

1° L'anesthésie. — Il ne faut pas rejeter systématiquement l'anesthésie locale. Elle a permis aux auteurs de mener à bien 2 lobectomies pour abcès et cancer du poumon. Pourtant, ce procédé d'anesthésie n'est pas toujours possible.

2° Le drainage. — Il est absolument nécessaire dans toutes lobectomies pour lésions infectées.

3° Autres méthodes chirurgicales. — Les lobectomies constituent des interventions dangereuses auxquelles on ne doit avoir recours qu'après échec des autres traitements. Les pneumotomies, les phrénicectomies, la thoracoplastie et même le simple tamponnement extra-pleural ont en effet, donné plus simplement d'excellents résultats.

Dans la tuberculose pulmonaire, la lobectomie ne peut être envisagée qu'à titre tout à fait exceptionnel. Enfin, les auteurs insistent sur la difficulté dans les cas de cancer de juger par la radiologie si les ganglions médiastinaux sont lésés et confirment ce qu'a dit Ameuille à ce sujet.

E.-A. DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1936)

Sur la présence et la répartition de l'aluminium dans les tissus animaux. — M. Paul MEUNIER.

Taille approximative du virus poliomyélitique. — MM. Constantin LEVADITI, Carl KLING, Mladen PAÏC et Perez HABER. Une souche de virus poliomyélitique, virulente au 1/1000e, ultrafiltrée à travers des membranes en collodion dont les pores ont un diamètre de 0 µ 15 et de 0 µ 058, fournit des filtrats virulents, alors que le résultat est négatif, si l'ultrafiltration est effectuée à travers une membrane de 0 µ 013. Toutefois, l'ultrafiltration détermine un appauvrissement considérable du virus en unités virulentes.

Le point terminal doit donc se trouver entre 0 µ 058 et 0 µ 013.

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1936)

Réceptivité des animaux au virus de la maladie des porchers. — MM. Paul DURAND, Paul GIROUD, Edouard LARRIVE et André MESTRALLET.

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1936)

Croissance atypique et destructive des glandes utérines après des interventions ovariennes expérimentales. — M. Alexandre LIPSCHÜTZ.

Caractéristiques physiques des vaisseaux, débit circulatoire et loi de décroissance, en fonction du temps, de la pression artérielle. — M. Domingo-Maurice GOMEZ.

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1936)

De la suppression des causes d'erreur dans la mesure des pressions artérielles. — M. Pierre MÉNARD.

Contribution à l'étude de l'influence exercée par l'alexine sur la dispersion d'un complexe colloïdal par un sérum sanguin. — MM. Maurice DOLADILHE et Charles MOREL.

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1936)

L'élimination urinaire physiologique du brôme de l'organisme humain. — Mlle CHATAGNON.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE DEMANDE LE RETOUR A L'ANCIENNE LIMITE D'AGE DES PROFESSEURS

Chargé par la Fédération de présenter un rapport à la réunion du 6 novembre dernier, sur la mise à la retraite prématurée de tous nos maîtres à 65 ans au lieu de 70 ans, j'ai montré comment la loi d'août dernier qui a opéré ce rajeunissement abusif des cadres procédait de la proposition de loi Pomaret.

Les membres du corps enseignant se sont défendus comme ils ont pu, mais ils n'ont trouvé un bon appui qu'au Sénat. A la présidence du Conseil, en particulier, M. Jules Moch, secrétaire général, a fraîchement reçu leurs délégués. Ceci ne surprendra que les optimistes encore trop nombreux parmi nous.

Or on est décidé à aller plus loin dans la voie du rajeunissement des cadres ; c'est ainsi que certains jeunes très écoutés, demandent avec insistance l'abaissement de la limite d'âge à 60 ans, comme pour les généraux de brigade.

En présence d'un tel mouvement qui ne vise rien moins qu'à la transformation de notre Université en simple école de techniciens, j'ai soumis au nom de l'*Association Corporative des étudiants en médecine de Paris*, des contre-propositions importantes. Et j'ai demandé à la *Fédération* de faire voter un vœu tendant au rétablissement de la limite d'âge à 70 ans pour les professeurs de Faculté et à 75 ans pour ceux d'entre eux qui sont de l'Institut. Comme l'a dit si justement M. Herpin ici, M. Berthelot aurait été atteint par les mesures que nous combattons si elles avaient été prises de son temps !

La *Fédération Corporative a voté à l'unanimité* le principe du retour aux anciennes limites d'âge. Remercions les dévoués président et secrétaire général, MM. Bourguignon et Devé, d'avoir institué un débat sur cette question. Cela prouve que dans la corporation médicale, la Faculté, les praticiens et l'*Association Corporative des étudiants en médecine de Paris* vivent en parfait accord.

A la dernière heure, en recevant les encouragements de maîtres éminents comme M. Marfan et le Doyen Roussy, j'apprends que le ministère de l'Education nationale lui-même serait sur le point de céder à nos protestations. Souhaitons que ce soit pour bientôt et que nos maîtres soient rétablis dans leurs droits et prérogatives, dans l'intérêt immédiat de l'Enseignement et de leurs travaux scientifiques.

MAURICE MORDAGNE.

L'Imprimeur (*Procédés de gravure et d'impression*). — Magnifique album écrit par les meilleurs auteurs de l'imprimerie française, renfermant 150 pages de texte, format 25 × 32, et 70 hors-texte en plusieurs couleurs par tous les procédés graphiques connus. Publié par le *Bulletin officiel* des Maîtres Imprimeurs de France, 7, rue Suger, Paris (6e). Prix : 70 francs pour la France, 85 fr. pour l'étranger.

En publiant ce magnifique volume, relatant les nouveaux procédés, même les plus récents, l'éditeur n'a pas voulu faire double emploi avec les ouvrages écrits pour des professionnels, parus ces dernières années. Son but est simplement de donner une documentation résumée mais pourtant complète, de toutes les techniques utilisées pour fabriquer le livre le plus luxueux, la publication modeste ou simplement le journal ; il est certain que cet album trouvera le meilleur accueil auprès des lecteurs studieux, tout en rendant les plus grands services aux bibliophiles, curieux des choses de l'imprimerie, qui ne peuvent s'astreindre à l'étude complète de tous les traités spécialisés, écrits à l'usage du personnel des ateliers.

NOTES POUR L'INTERNAT

RUBÉOLE

La rubéole est une maladie infectieuse contagieuse et épidémique caractérisée par :

— Une éruption ressemblant à celles de la rougeole ou de la scarlatine.

— La présence d'adénopathies.

— L'existence de signes généraux discrets.

— Sa bénignité extrême.

SYMPTOMATOLOGIE

L'incubation est longue, absolument silencieuse.

Elle dure 15 jours environ.

La période d'invasion peut être marquée par :

Un peu de céphalée ;

Une courbature légère ;

Une élévation de température à 38°.

Cette phase dure 24 heures, elle passe souvent inaperçue et le premier signe que l'on observe habituellement en clinique, est :

L'éruption.

Celle-ci apparaît à la face, aux pommettes et au menton, parfois au thorax.

Elle se dissémine ensuite sans ordre et sans symétrie sur le corps.

Son aspect est variable suivant les régions :

a) Sur la partie supérieure du tronc et à la face, il s'agit de *macules* rondes ou ovalaires ;

Rose pâle ;

Séparées par des intervalles de peau saine, de la dimension d'une petite lentille ;

Douces au toucher ;

Plus régulières que dans la rougeole.

b) Sur la partie inférieure du tronc et au niveau des plis de flexion, il s'agit de :

Placards érythémateux.

Rose foncé ou rouges ;

A type scarlatiniforme, mais sans piqueté.

De plus, il peut exister parfois *un léger enanthème*, une gorge un peu rouge ;

Un peu de larmoiement ;

Un léger écoulement nasal ;

Un peu de toux.

On a signalé exceptionnellement un signe de Koplik contemporain de l'éruption.

Avec cette éruption polymorphe, morbilliforme par places, scarlatiniforme en d'autres, le diagnostic repose sur l'existence d'*adénopathies.*

Celles-ci sont précoces pouvant survenir deux jours avant l'éruption.

Non douloureuses.

Peu volumineuses.

Surtout nettes chez l'enfant.

Maxima au niveau des ganglions sous-occipitaux, cervicaux, sous-maxillaires.

Quant aux *signes généraux*, ils sont habituellement discrets, cependant la température peut monter à 38 et même 39 au début, mais elle tombe rapidement et elle est toujours normale au 4e, 5e jour. Le pouls suit la température.

L'évolution est rapide.

La généralisation de l'éruption se fait en 24 heures.

Sa décroissance survient au plus tard le quatrième jour.

L'éruption prend alors des teintes diverses allant du rose franc à la teinte ambrée.

La desquamation est inappréciable, sauf dans les endroits où l'éruption a été scarlatiniforme.

Elle prend alors l'aspect furfuracé.

Les adénopathies persistent plus longtemps, elles peuvent survivre d'une semaine à l'éruption.

FORMES CLINIQUES

Il existe des formes purement morbilleuses, scarlatiniformes, ponctuées, discrètes, intenses, abortives.

COMPLICATIONS

On a signalé exceptionnellement comme complications :

L'abcès rétro-pharyngien, l'albuminurie, des *encéphalomyélites.*

Elles se produisent au 3e ou 4e jour de l'éruption. Il peut s'agir de manifestations cérébrales, médullaires, périphériques, méningo-encéphalitiques, méningomyélitiques.

On a signalé dans un cas une lymphocytose très abondante ; il y a souvent dissociation albumino-cytologique.

Mais si nous avons dit quelques mots de ces complications, c'est à cause de leur intérêt d'actualité, car elles restent exceptionnelles ; elles sont beaucoup plus rares que dans la rougeole, la varicelle et la vaccine.

PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

Le *pronostic* est donc extrêmement bénin, la guérison est constante.

Le *diagnostic* repose sur : l'aspect de l'éruption, l'existence d'adénopathies, l'absence de catarrhe, la grande modicité des signes généraux.

Le *diagnostic différentiel* se pose avec :

La *rougeole*, mais dans cette affection : l'éruption a été précédée d'une période d'invasion bien caractéristique, avec facies abattu, yeux larmoyants, paupières gonflées, écoulement nasal, enrouement, toux rauque férine, et à l'examen du sillon gingivo jugal inférieur, on trouve un signe de Köplik et parfois une stomatite érythémato pultacée.

Plus tard, la température est plus élevée, l'éruption débute la nuit, derrière les oreilles.

Il peut y avoir confluence des éléments aux cuisses et sur le dos, mais il n'y a jamais d'éruption scarlatiniforme.

Il n'y a pas d'adénopathies.

Le diagnostic est important, car le pronostic de la rougeole est toujours plus sérieux à cause des complications otitiques et broncho-pulmonaires.

La *roséole saisonnière*, qui est apyrétique, qui ne s'accompagne ni d'enanthème, ni d'adénopathies, qui donne des taches plus pâles, plus larges.

La *roséole syphilitique*, qui s'accompagne souvent : de plaques muqueuses, de syphilides palmaires ou péri-orificielles, et qui est absolument apyrétique.

Les *érythèmes d'origine digestive et médicamenteuse*, qui sont prurigineux. Rechercher les antécédents.

La scarlatine, qui s'accompagne d'un état infectieux beaucoup plus marqué, d'une éruption scarlatiniforme typique, d'une langue et d'une gorge caractéristiques.

La 4e maladie, avec son érythème scarlatiniforme apparaissant à la face, son enanthème, sa température élevée.

L'importance du diagnostic repose sur la bénignité du pronostic qu'il entraîne.

J. FERROIR.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 99. — SAMEDI 12 DECEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Mutations des électro-radiologistes.* — A Bretonneau (en remplacement de M. le docteur Lobligeois, atteint par la limite d'âge), M. le docteur Lomon, de l'hôpital Hérold.

A Hérold, M. le docteur Gibet, titularisé.

A Bichat (en remplacement de M. le docteur Beaujard, atteint par la limite d'âge), M. le docteur Lehman, de l'hôpital Broca.

A Broca, M. le docteur Gilson, de l'hôpital Tenon.

A Tenon, M. le docteur Lepennetier, titularisé.

A la clinique Baudelocque (en remplacement de Mme de Brancas, décédée), M. le docteur Petit, titularisé.

Mutations des oto-rhino-laryngologistes. — A l'hôpital Saint-Antoine (en remplacement de M. le docteur Grivot, atteint par la limite d'âge), M. le docteur Halphen, de l'hôpital Saint-Louis.

A Saint-Louis, M. le docteur Bouchet, titularisé.

A la consultation de l'hôpital Ambroise-Paré, M. le docteur Leroux, de la consultation de Cochin.

A la consultation de l'hôpital Cochin, M. le docteur Maduro.

Hôpitaux d'Angers. — Après concours, M. le docteur Fronteau a été nommé médecin stomatologiste des hôpitaux d'Angers.

Hôpitaux de Montpellier. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination :

1° *Comme externes titulaires :* MM. Alexis Bethoux, Georges Durand, Pierre Chalmeton, Robert Delord, Pierre Cazal, André Descure, Guy Michel, Emile Courbette, Jean Coste, François Joal, Pierre Naboudet, Mlle Simone Cavailles, MM. Raymond Carbasse, Jean Patounas, Mlles Madeleine Hedin, Lucile Thibon, Thérèse Payan, Monique Girard.

2° *Comme externes provisoires :* MM. Georges Sauret, Marcel Cassanas, Mlle Juliette Rabejac, MM. André Rolland, Georges Chaptal, Jean Etienne, Claude Baillet, Pierre Amiel, Mlle Geneviève Vinon.

— Le concours d'internat des sanatoriums de Montpellier s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Jean Bigonnet et Victor Fol.

Externes en premier : MM. Franc Viala et Georges Porché.

Ecoles de médecine. — *Ecole de médecine de Besançon.* — M. le docteur Pierre Gomet est institué, pour neuf ans, professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Quanquin, chef de physiologie, est prorogé dans ses fonctions du 1er novembre 1936 au 30 septembre 1937.

Ecole de médecine de Limoges. — M. Malabon, pharmacien, est délégué jusqu'à l'issue d'un prochain concours, dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le docteur Foucault est institué, pour neuf ans, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Reims. — M. Techoueyres, professeur d'histologie, est nommé professeur d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

Ministère de la Santé publique. — Un poste de médecin chef de service à l'asile public de Clermont (Oise) est vacant par suite du départ de M. le docteur Guiard, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Le poste de médecin-directeur de l'asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais) est vacant par suite du départ de M. le docteur Halberstadt, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Le poste de médecin-directeur de l'asile départemental d'aliénés de la Chartreuse (Côte-d'Or) est vacant par suite du départ de M. le docteur Castin, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Le poste de médecin-directeur de l'asile public d'aliénés d'Auch (Gers) est vacant par suite du départ de M. le docteur Robert, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Muséum d'histoire naturelle. — M. le professeur Marcelin Boule est nommé professeur honoraire.

Association des Etudiants en médecine de Paris. — L'Association des Etudiants en médecine, continuatrice de la Section médicale de l'A. G., a inauguré mardi, en présence d'une nombreuse assistance ses nouveaux locaux, 6, rue Antoine-Dubois.

Des discours furent prononcés par M. Mallet, président, par M. le recteur Charléty, et par M. le doyen Roussy. Les allocutions du recteur et du doyen furent pleines d'encouragements amicaux pour l'Association.

Conférence médicale de l'Hôtel Chambon. — La prochaine conférence sera donnée le mercredi 16 décembre, à 21 heures, dans la grande salle des conférences de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi.

Elle sera présidée par M. le professeur Germain, directeur du Muséum national d'Histoire naturelle, et sera faite par le docteur J. Tissot, professeur de physiologie générale au Muséum national d'Histoire naturelle ; elle a pour titre : *La tuberculose est autogène, et le bacille de Koch formé par les tissus du malade.*

Groupe de défense de la médecine libre. — Le groupe de Défense de la médecine libre tiendra son Assemblée générale le vendredi 18 décembée 1936, à 11 heures, à la Taverne Saint-Jacques, 84, boulevard Saint-Germain (métro Cluny). Tous les médecins adhérant au groupe ou sympathisants sont cordialement invités. Le présent avis tient lieu de convocation.

Le Secrétaire : docteur Martel, 74, rue Didot, Paris (14e).

COURS ET CONFÉRENCES

Faculté de Droit. — Le professeur Laignel-Lavastine a commencé son cours de *psychiâtrie médico-légale élémentaire*, à la Faculté de Droit, *le jeudi* 10 *décembre* 1936, *à* 11 *heures*, amphithéâtre N° 3, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

Hôpital de la Pitié. — *Le mardi* 15 *décembre* 1936, *à* 10 *h.* 30, au grand amphithéâtre, le docteur Paulian, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bucarest, fera une conférence (avec projections), sur « l'Histoire des Débuts de la neurologie et de la psychiâtrie en Roumanie », sous la présidence du professeur Laignel-Lavastine.

Hôpital Lariboisière. — Conférences de sémiologie radiologique sous la direction du docteur Charles Guilbert, avec le concours des docteurs Devois, Corbier, Frain et Giron.

Les conférences commenceront le mercredi 16 décembre pour être terminées le 24 décembre, à 12 h. Le matin, conférences avec projections, examens à l'écran, lecture de clichés.

Droit d'inscription : 300 francs. S'inscrire au Laboratoire Central de Radiologie de l'Hôpital Lariboisière.

CHRONIQUE

HIPPOLYTE HÉRARD (1819-1913)

Hérard, dont M. Rist a prononcé mardi, à l'Académie de médecine, un très remarquable éloge, était né à Sens, en 1819, « alors que Laënnec publiait la première édition de son livre illustre ».

Après avoir fait ses études à Sens, puis au lycée Saint-Louis, Hérard commence sa médecine, devient interne en 1842 dans la promotion de Germain Sée et de Chauffard père. Agrégé, puis médecin des hôpitaux, « il se consacra presque exclusivement à un seul problème, celui de la tuberculose ».

M. Rist trace un rapide tableau de l'évolution des recherches, de Laënnec à Virchow; et il montre que Hérard eut le rare mérite de ne pas s'embarrasser de théories.

« De la notion histologique introduite par Reinhardt, par Virchow, par Niemeyer, que les tubercules crus, les infiltrations grises décrites macroscopiquement avec tant de précision dans le traité de l'Auscultation médiate, sont des lésions inflammatoires de pneumonie catarrhale, il garda ce qui était fait incontestable, ce qui aidait à s'orienter à l'autopsie, et de ces lésions il chercha la traduction clinique pendant la vie... »

En 1863, Ranvier est son interne, l'année suivante, Cornil. Hérard associe Cornil à ses recherches et à la publication d'un volume intitulé : *De la phtisie pulmonaire, étude anatomo-pathologique et clinique*, paru en 1867.

« L'idée directrice de l'ouvrage est celle-ci : il y a deux sortes de lésions tuberculeuses, la granulation miliaire et la pneumonie alvéolaire. La première est une édification cellulaire particulière, toujours semblable à elle-même dans quelque organe qu'on la trouve ; elle occupe le tissu conjonctif. La lésion pneumonique, au contraire, infiltration grise, puis jaune, tubercule cru de Laënnec, est d'ordre purement inflammatoire. Elle subit à la longue, comme la granulation miliaire, la dégénérescence caséeuse. Or celle-ci est essentiellement liée à ce que, faute de mieux, on appelait la diathèse tuberculeuse, et lui appartient en propre. »

M. Rist, après avoir insisté sur la haute valeur et la probité de l'ouvrage d'Hérard et Cornil, rappelle qu'Hérard soutint dans leurs luttes Villemin et Pasteur, puis après les travaux de Koch publia en 1888, en collabotion avec Cornil et Hanot, une deuxième édition mise à jour au point de vue bactériologique.

Il faut savoir gré à M. Rist d'avoir fait revivre cette grande figure de savant, à la fois noble et modeste, dont l'œuvre reste un modèle d'équilibre et de sagesse.

Hérard, qui présida l'Académie de médecine en 1888, eut la joie d'y accueillir son gendre, le chirurgien Paul Reynier, et avant sa mort il put assister aux succès de son petit-fils, notre ami le professeur Laignel-Lavastine.

F. L. S.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

REVUE GENERALE

LE CHANCRE MOU

Par Jean Ferroir,
Interne des Hôpitaux de Paris

Le chancre mou est une plasie pustuleuse, le plus souvent vénérienne, ayant une affinité spéciale pour le revêtement cutané des organes génitaux externes et de l'anus.

Historique. — Comme pour de nombreuses autres affections il convient de distinguer dans l'acquisition de nos connaissances trois périodes :

— Une *période clinique* dominée par les travaux de Basseran (1852) et de Rollet (1859) ; Basseran sépara le chancre mou du chancre syphilitique, Rollet reconnut leur association possible et décrivit le chancre mixte ;

— Une *période bactériologique* qui commence à la découverte du germe par Ducrey en 1889 et se continue par les travaux de Charles Nicolle (1893) sur l'expérimentation simiesque, de Lenglet (1898) sur la culture du bacille sur peau humaine peptonisée et de Besançon, Griffon et Louis Le Sourd sur la culture sur gélose nutritive au sang frais de lapin, milieu employé actuellement ;

— Une *période biologique* qui débute en 1913 par la découverte de l'intradermoréaction par Tetsuta Ito et se poursuit par les travaux de Reenstierna, Ch. Nicolle, Teissier, Reilly, Rivalier, Hudelo, Garnier, qui ont montré tout le parti que l'on pouvait tirer au point de vue pratique de la notion d'allergie et de sensibilisation à l'antigène microbien cause de l'affection.

Aussi actuellement l'étude du chancre mou présente un double intérêt :

Un *intérêt vénéréologique* qui consiste surtout à reconnaître la syphilis associée et à éviter par un traitement correct et précoce la survenue du bubon ;

Un *intérêt biologique général* riche en applications thérapeutiques.

Etiologie. — Le chancre mou existe à l'état endémique dans certains pays et surtout en Afrique du Nord.

En France il était, avant 1914, localisé aux ports où la contamination se faisait par les immigrants et les passagers venant des pays où la maladie sévit électivement et à la classe sordide de la population des grandes villes.

Depuis cette époque, à la suite de l'appel dans la métropole de troupes indigènes, la fréquence de l'affection s'est accrue et aucune classe sociale n'a été préservée.

Actuellement la maladie est en voie de décroissance.

Un autre facteur étiologique est frappant, c'est l'énorme prédominance des atteintes masculines qui contraste avec la rareté de l'affection chez les prostituées. D'ailleurs on a pu mettre en évidence des bacilles de Ducrey sur la vulve et dans l'urètre de femmes saines en apparence, et cette existence de porteuses saines explique la répartition très inégale de l'affection dans les deux sexes.

Un troisième facteur important est le rôle favorisant de toutes les altérations épidermiques génitales, qu'il s'agisse d'herpès, d'érosion mécanique ou de gale.

Enfin vu la douleur déterminée par le moindre attouchement à la période d'état de l'affection, la contamination ne peut se faire qu'à l'extrême début et surtout à la convalescence.

Le germe causal, le bacille de Ducrey, est un eubactériacé de la tribu des Bactériacés hémophiles. C'est un coccobacille Gram-négatif et immobile à centre clair se disposant en chaînettes ou en bancs et donnant sur gélose nutritive au sang frais de lapin des colonies extrêmement fines, blanc-grisâtres, très cohérentes.

L'expérimentation limitée jusqu'à ces derniers temps à l'homme (autoinoculation) et au singe (Charles Nicolle) peut également se pratiquer à l'oreille du lapin (Nicolau et Bancin).

Etude clinique. — Le chancre mou survient après une incubation très courte, 24, 48 heures au plus après le contact infectant.

C'est au début une vésiculo-pustule entourée d'une petite zone inflammatoire, puis le couvercle de la lésion disparaît et l'ulcération typique est constituée.

Il s'agit d'une ulcération véritable et non d'une exulcération comme dans le cas de la syphilis. C'est une lésion nettement creuse de dimension variable, allant d'une lentille à une pièce de cinquante centimes.

Les bords sont irréguliers, sinueux, plus ou moins décollés, dessinés par un fin liseré rouge.

Le fond est purulent, sale, bourgeonnant, avec des saillies et des ulcérations punctiformes.

D'ailleurs souvent il n'y a pas une, mais plusieurs ulcérations et souvent ces ulcérations sont d'âges différents et répondent à des autoinoculations.

Enfin, si l'on palpe le chancre, on constate qu'il est douloureux et que sa base est souple, qu'elle n'est pas infiltrée.

On recherche alors l'adénopathie satellite dans l'aine et parfois (1/3 des cas) on ne la trouve pas ; par contre, si elle existe elle prend toujours des caractères inflammatoires. Il s'agit d'un ganglion très gros et sensible.

Parfois il existe de la lymphangite réunissant le chancre et son adénopathie, mais c'est là une éventualité rare.

Evolution. — *Non traité* le chancre va s'étendre, se creuser, suppurer abondamment et la réparation ne sera que très tardive et très lente.

De plus l'adénite inguinale augmente, devient de plus en plus douloureuse, empêchant la marche, la température s'élève pour retomber quand la suppuration ganglionnaire sera collectée. Localement il existe *un bubon*.

Celui-ci est généralement précoce dans les deux premières semaines, mais il est parfois tardif, des semaines, des mois après le chancre.

La peau à son niveau est rouge, franchement in-

flammatoire. Au-dessous, on sent une masse empâtée, puis ramollie et fluctuante, adhérente à la peau.

Si une ponction n'est pas pratiquée, une fistule survient qui va *se chancrelliser* et prendre les caractères de l'ulcération primitive.

L'affection va alors pouvoir durer des mois, mais elle reste localisée aux ganglions inguinaux supérieurs.

En somme les caractères principaux du bubon chancrelleux sont d'être une suppuration massive, non extensive, contenant un pus épais, et entraînant la chancrellisation de la fistule si elle survient.

Traité au contraire le chancre mou guérit vite et on évite le bubon qui est beaucoup plus grave que la lésion causale. Si le traitement n'est entrepris que plus tard, il amènera encore la guérison rapide du bubon.

Formes cliniques. — Il en existe 3 catégories d'intérêt différent, des formes symptomatiques, topographiques et associées.

I. LES FORMES SYMPTOMATIQUES sont importantes à connaître car de diagnostic plus délicat.

Il existe : *des chancres nains*, herpétiformes mais reconnaissables par leur caractère un peu creusant et le fin liseré rouge qui les limite. Si l'on ajoute que ces chancres nains peuvent être *abortifs*, passagers et donner néanmoins ultérieurement un bubon inguinal, on comprendra la difficulté du diagnostic dans ces cas.

Des *chancres géants* peuvent faire le tiers ou la moitié du tour de la verge. Ils peuvent être *phagédéniques* et atteindre la dimension d'une pièce de cinq francs d'autrefois, d'une paume de main. La verge peut être dénudée sur toute sa longueur.

L'évolution vers la cicatrisation est d'une extraordinaire lenteur. Il faut toujours, en présence de ces chancres géants, phagédéniques, penser à une association possible. Il peut s'agir de syphilis associée (Milian) de streptococcie, de staphylococcie (Chevallier).

Les *chancres folliculaires* sont des lésions d'autoinoculation. On constate à la base du poil une petite pustulette qui fait place à une ulcération creuse, petite, putéiforme.

Les chancres papuleux (Ferrand) sont la transformation tardive d'un chancre mou banal dont le fond se surélève, bourgeonne et n'est plus recouvert que d'une exulcération.

Les chancres nodulaires reposent contrairement aux chancres habituels sur une base profondément infiltrée. Comme les précédents, ils siègent presque exclusivement au niveau du sillon balano-préputial.

Enfin il existe des *chancres ulcéro-croûteux* ou ecthymateux au niveau du fourreau de la verge (Gougerot).

II. LE SIÈGE imprime aussi au chancre des caractères particuliers.

C'est ainsi que *le chancre mou du sillon balano-préputial* est allongé en rhagade, sans tendance à envahir latéralement. Par contre, il peut détruire le frein et provoquer des hémorragies par ulcération de l'artériole qu'il contient.

Les chancres mous de l'orifice préputial se disposent en couronne et empêchent par la douleur qu'ils provoquent la découverte du gland.

Les chancres mous anaux sont fréquents, ils se disposent aussi en couronne réalisant une véritable « anite chancrelleuse ».

Comme toutes les ulcérations de la région ils prennent un aspect fissuraire et provoquent des réactions condylomateuses, si bien que ce n'est qu'en soulevant le condylome qu'on peut apercevoir l'ulcération chancrelleuse.

Les chancres vulvaires sont particulièrement fréquents au niveau de la commissure postérieure où ils sont fissuraires et multiples.

Dans la région périnéo-génitale comme d'ailleurs sur tout le corps, la chancrelle a une affinité spéciale pour la peau et fort peu d'affinité pour les muqueuses, si bien qu'une ulcération du méat par exemple a d'emblée énormément de chances de ne pas être un chancre mou.

En dehors de la région périnéo-génitale, les chancres mous sont exceptionnels ; ils sont dus à des inoculations secondaires ou à des inoculations professionnelles.

On a signalé des chancres du sein, du menton, des lèvres, des doigts d'aspect pseudophlegmoneux, etc.

III. Beaucoup plus importantes sont les FORMES ASSOCIÉES.

A. La plus importante de beaucoup est l'association *syphilitico-chancrelleuse.*

1. Le plus souvent, il s'agit d'une contamination simultanée réalisant ce qu'il est convenu d'appeler « *le chancre mixte* ».

Ce chancre mixte est très fréquent, aussi doit-on rechercher systématiquement la possibilité d'une syphilis associée chez tout porteur de chancrelle.

En effet, au début, survient un chancre mou typique, puis vers la troisième semaine le chancre devient plus propre, plus lisse, il s'indure.

Dans l'aine apparaît la pléiade ganglionnaire caractéristique de la syphilis.

Il faut alors rechercher à l'ultra-microscope l'existence de tréponèmes et ne considérer que comme un pis aller la pratique de réactions de Bordet-Wasserman en série.

L'aspect n'est d'ailleurs pas toujours celui-ci, l'aspect chancrelleux peut persister et la reconnaissance de la syphilis associée n'être faite que par la positivité des examens ultramicroscopiques et sérologiques.

D'autres fois, le chancre mou pourra être abortif et disparaître avant la survenue du chancre syphilitique.

2. Dans d'autres cas, le chancre mou pourra survenir chez un sujet ayant contracté antérieurement la syphilis.

C'est ainsi qu'on a pu voir des chancres mous et des chancres syphilitiques simultanés, des chancres syphilitiques secondairement chancrellisés, des chancres mous survenant au cours d'une syphilis secondaire ou tertiaire.

Dans ces cas, la syphilis modifie l'aspect du chancre mou qui peut prendre un type papuloérosif ou

papuloulcéreux à la période secondaire, un aspect ulcéreux, arrondi ou polycyclique à bords taillés à pic à la période tertiaire.

Milian insiste de plus sur le rôle de l'association syphilitique dans les chancres phagédéniques.

B. D'autres associations sont possibles :

La surinfection par des microbes banaux est constante et habituellement sans importance.

L'association de streptocoque a pu déterminer des chancres phagédéniques (Bizard, Gaston).

Les résultats obtenus par P. Chevallier avec l'autovaccin antistaphylococcique semblent confirmer le rôle prépondérant du staphylocoque dans certains cas.

Enfin, il y a parfois *association à la maladie de Nicolas Favre* et on constate dans ces cas des bubons à évolution particulièrement torpides, des intradermoréactions positives à la fois au vaccin antichancrelleux et à l'antigène de Frei, négative à la substance témoin.

Diagnostic. — Il est facile dans les formes typiques, les caractères de l'ulcération, sa profondeur, ses bords irréguliers, décollés, son fond sanieux, sa sensibilité imposent le diagnostic.

En présence du bubon, son aspect franchement inflammatoire, sa suppuration massive non extensive, l'aspect épais du pus l'orientent.

Ce qu'il faut toujours rechercher, c'est l'association possible à la syphilis pour en faire un diagnostic précoce avant la période sérologique.

Si ce diagnostic avec le *chancre syphilitique*, exulcération sans bord, régulière, propre, couleur chair musculaire, infiltrée, indolore est généralement facile, il faut toujours rechercher même en présence de la chancrelle la plus typique une légère induration, une adénopathie en pléiade qui devront orienter vers la possibilité d'une syphilis associée.

De même, le diagnostic pourra être délicat entre des *plaques muqueuses*, une *syphilide papuloérosive* et un chancre mou survenant chez un syphilitique à la période secondaire et une ulcération de type syphilitique tertiaire peut être consécutive à un chancre mou chez un syphilitique à cette période.

En dehors de la syphilis, le diagnostic sera à faire dans les chancres atypiques, les chancres mous avec l'*herpès* qui donne des érosions circulaires de petites dimensions très superficielles, une *érosion traumatique*, un *chancre lymphogranulomateux*, petite érosion arrondie à évolution rapide, *une balano posthite* érosive, ulcéromembraneuse ou pseudo-ulcéreuse, *une maladie de Lipschutz*, ulcération vulvaire extensive et polycyclique due au Bacillus Crassus, gros bacille Gram-positif.

En présence du bubon, c'est le diagnostic des adénopathies inguinales qui se pose. Facile si le chancre primitif est connu, il peut devenir très délicat s'il s'est agi d'un chancre nain, d'un chancre abortif.

Le diagnostic se pose alors avec :

— *Une adénite inflammatoire* due aux pyogènes banaux et consécutive à une plaie, une écorchure située au niveau des membres inférieurs et du périnée ;

— *Une adénite inflammatoire spécifique* ; mais l'adénopathie du chancre mou est bien différente de l'adénopathie en pléiade de la syphilis, de la polyadénopathie de la tuberculose.

L'adénopathie pesteuse s'accompagne de signes généraux beaucoup plus marqués, l'affection a débuté brusquement, la ponction du bubon montrerait l'existence de bacilles pesteux.

— *Une adénite cancéreuse* primitive ou secondaire, mais les tumeurs ganglionnaires primitives sont beaucoup plus volumineuses, dures, lobulées, indolores, sans adhérence à la peau et les adénopathies consécutives à un cancer anal si elles ont souvent un caractère inflammatoire sont souvent bilatérales et l'examen local montrerait la tumeur primitive ;

— *Une adénolymphoïdite aiguë avec mononucléose.*

— En fait le gros diagnostic est le bubon de la *maladie de Nicolas-Favre*, mais celui-ci a une évolution subaiguë, est moins douloureux, détermine des suppurations parcellaires qui s'ouvrent isolément en donnant des fistules multiples.

Toutefois le diagnostic peut être difficile, si bien que des réactions de laboratoire seront nécessaires pour l'affirmer.

Diagnostic bactériologique et biologique. — Les procédés bactériologiques comportent :

La recherche du bacille de Ducrey à l'examen direct et par culture et celle du tréponème à l'ultramicroscope.

La *Recherche du bacille de Ducrey* se fera par un prélèvement au niveau de la rainure qui limite l'ulcération.

On fera une coloration par la méthode de Gram en insistant sur la coloration à la fuchsine.

On pourra alors constater des coccobacilles de Ducrey, Gram négatif à centre clair, soit isolés, soit en chaînettes ou en bancs.

Si le résultat de cette recherche est négatif, on pourra pratiquer une *culture*, mais celle-ci est toujours délicate, et il faut nettoyer le chancre à l'alcool-éther pour éviter dans la mesure du possible les microbes de surinfection avant de prélever le pus qui est situé au fond de l'ulcération.

On peut aussi, après le nettoyage, recouvrir le chancre d'une couche de collodion et prélever 24 heures plus tard le pus accumulé sous cette couche.

L'ensemencement se fera sur gélose nutritive au sang frais de lapin. On portera les tubes ensemencés à l'étuve et on obtient des cultures maigres, visibles au bout de 24 heures, lenticulaires, blanc grisâtre, très cohérentes.

Certains auteurs préfèrent les milieux liquides : eau peptonisée au sérum de lapin (Nicolau et Bancin), bouillon au sérum de lapin.

On obtient alors des flocons assez grêles qui tombent dans le tube et ne troublent pas le milieu.

Ces cultures d'ailleurs sont souvent malgré toutes les précautions polluées de germes saprophytes qui entravent le développement du bacille de Ducrey.

Si l'on part du pus du bubon, il est illusoire d'aller rechercher le microbe à l'examen direct et la culture est bien rarement positive, aussi doit-on s'adresser à d'autres méthodes diagnostiques.

L'auto-inoculation était autrefois pratiquée presque systématiquement. Après nettoyage de l'ulcération ou

ponction du ganglion, on fera sur la peau du bras dans la région deltoïdienne avec le vaccinostyle chargé du pus chancrelleux une piqûre strictement épidermique. On verra alors dans les cas positifs survenir un chancre nain que l'on cautérisera précocement après avoir vérifié l'existence dans ce chancre de bacille de Ducrey. Cette épreuve n'est pas toujours positive, surtout si l'on part du pus du bubon ; aussi Ravaut préconisait-il dans ces cas l'intra-épidermo-inoculation au moyen d'une seringue et d'une très fine aiguille.

La recherche du tréponème à l'ultramicroscope se fera suivant la méthode habituelle ou par ponction des ganglions inguinaux. Elle montrera dans les cas positifs un tréponème très mobile, brillant, formé de spires serrées et fines.

Procédés biologiques : Les insuccès fréquents des méthodes bactériologiques, les dangers d'une auto-inoculation pratiquée avec une technique insuffisamment soigneuse montrent tout l'intérêt diagnostique des méthodes biologiques. Ces procédés sont : l'intradermoréaction et la réaction de fixation.

L'intradermoréaction aux vaccins antichancrelleux ou à la streptobacilline est absolument spécifique, mais elle est tardive et nécessite l'installation d'un état allergique qui se produit habituellement vers le 8e jour. Il faudra toujours penser à les différencier d'une réaction protéinique plus précoce, survenant dans les premières heures et surtout éphémère, disparaissant vers la 24e heure, alors que l'intradermoréaction vraie est maximum à la 48e heure et persiste plusieurs jours. Cette intradermoréaction pour avoir de la valeur doit toujours être érythématopapuleuse, elle peut quelquefois prendre des dimensions très importantes, atteignant le diamètre d'une paume de main. Nous verrons plus loin l'importance de ces réactions très fortes pour le pronostic et le traitement.

L'intradermoréaction peut être négativée par le traitement vaccinothérapique, mais souvent elle reste positive très longtemps après l'affection initiale.

La Réaction de fixation est délicate, toujours faible, elle nécessite un antigène particulièrement actif et n'est qu'une méthode d'exception.

En dehors de la recherche des réactions spécifiques du chancre mou on devra toujours rechercher l'association possible à la syphilis et à la maladie de Nicolas-Favre.

On pratiquera donc :

— *Des Réactions de B. W.* qui habituellement en cas de chancre mixte deviennent positives vers la 6e semaine, quelquefois plus tôt ou plus tard ;

— *Une intradermoréaction à l'antigène de Frei.*

Il est à noter toutefois que divers auteurs et en particulier J. Gaté, P. Cuilleret et J. Charpy ont observé des réactions de B. W. passagèrement positives et des réactions de Frei positives en dehors de toute association.

Anatomie pathologique. — Elle a été étudiée surtout par Ch. Nicolle en pratiquant des biopsies des lésions à leurs différents stades au cours du chancre mou expérimental.

Il existe d'abord un double amas leucocytaire réuni par un prolongement, l'un est sous-corné, l'autre sous-épithélial. Le tout donne un aspect en « bouton de chemise ».

Puis, par suite de la fonte protoplasmique des cellules, une pustule unique se produit.

Ultérieurement son couvercle se déchire pour donner l'ulcération typique. Celle-ci est alors constituée par 3 couches :

— Superficielle, de détritus cellulaires avec des bacilles de Ducrey et des sapophytes banaux ;

— Moyenne, fibrinoleucocytaire ;

— Profonde, plasmocytaire.

L'adénite peut être uni ou pluriganglionnaire, elle est à caractère inflammatoire avec périadénite et plasmocytose tardive. Elle n'a jamais les caractères si spéciaux de l'adénite de la maladie de Nicolas-Favre.

Physiologie pathologique. — De l'étude de l'affection résulte *l'affinité spéciale du germe pour la peau et pour les lymphatiques.*

On a discuté l'origine chancrelleuse du bubon et certains auteurs en avaient fait le résultat de la surinfection du chancre. Cette théorie ne peut plus être admise aujourd'hui vu les résultats rares mais cependant certains obtenus par culture et inoculation du pus du bubon.

La question du phagédénisme est encore discutée. Nous avons vu qu'on avait incriminé la syphilis, le streptocoque, le staphylocoque, or il est certain que des résultats thérapeutiques remarquables ont été obtenus par le vaccin antichancrelleux seul, le traitement antisyphilitique, les auto-vaccins staphylococciques. Il ne semble donc pas actuellement possible de considérer une pathogénie unique du phagédénisme.

Une autre notion à tirer de la clinique est *l'absence d'immunité*, le même sujet peut présenter plusieurs fois des chancres mous et les lésions sont réinoculables, cependant il semble qu'il peut exister à la longue une immunité locale (Thibierge, Ravaut, Louis Le Sourd, Fontaine).

L'intradermoréaction positive chez les sujets atteints ou l'ayant été vient cependant montrer l'existence d'une modification de l'organisme, d'un état *d'allergie* d'une sensibilisation acquise à l'antigène chancrelleux.

Traitement. — Le traitement du chancre mou est conditionné par cette physiopathologie.

Maladie locale, l'affection devra également être l'objet d'une thérapeutique locale.

On n'emploie plus les thérapeutiques destructives chirurgicales, les cautérisations ignées sont réservées aux chancres nains et aux chancres de réinoculation. La chaleur et surtout la radiothérapie ont souvent une influence heureuse sur les chancres extensifs et géants.

Les caustiques sont employés par certains : nitrate d'argent, acide phénique en solution alcoolisée et surtout chlorures de zinc.

Ils ont l'inconvénient de détruire à la fois les germes, les tissus malades et les moyens de défense, nous en évitons l'emploi.

Les antiseptiques employés ont été l'eau oxygénée, le dakin, l'alcool, l'éther, le néol, le sulfate de cuivre,

la poudre d'aristol et surtout la poudre d'iodoforme qui a l'inconvénient d'une odeur très forte.

Le mercurochrome donne d'excellents résultats.

Le *Bubon* nécessite aussi un traitement local. Il faudra le ponctionner à la partie supérieure de la collection pour éviter la fistulisation.

On pourra pratiquer des injections antiseptiques d'éther iodoformée.

La radiothérapie donne d'excellents résultats.

Maladie allergisante, le chancre mou sera traité par la vaccinothérapie antichancrelleuse.

Celle-ci fut tentée par Tetsuta Ito, Kurita, Stunyke, Frei, Cruveilhier, mais c'est Nicolle et Durand qui, avec leurs collaborateurs, mirent au point la vaccinothérapie en 1924.

Leur vaccin qui contient 225.000 bacilles par cm^3 sera injecté par voie intraveineuse à dose croissante de 1 à 4 cm^3 en augmentant habituellement de 1/2 cm^3 à chaque injection, mais ce n'est pas là une règle absolue et il faudra se baser sur la réaction de l'organisme et sur l'intensité de l'intradermoréaction.

Après l'injection le malade en effet est pris de frissons et de fièvre ; la température peut monter à 40 et même davantage. Cette réaction dure 24 heures puis s'atténue, les injections peuvent être espacées de 2 ou 3 jours.

La méthode est sans danger sauf chez les sujets à l'organisme antérieurement taré, Sezary a décrit dans l'un de ces cas la survenue d'hématurie, Tixier l'asthénie prolongée.

Teissier, Reilly et Rivalier ont d'ailleurs préparé un antigène beaucoup plus riche, « la streptobacilline » que l'on peut employer par voie intramusculaire, mais sa préparation reste très délicate.

Ces thérapeutiques ne sont d'ailleurs pas des vaccinations car ces dernières ne s'appliquent qu'aux maladies qui créent un état réfractaire, sont préventives et non curatives, constantes dans leurs résultats, précédées d'une phase passive où la défense de l'organisme est diminuée.

Au contraire, ici la vaccinothérapie n'entraîne pas d'immunité, elle est purement curative, variable dans ses résultats avec l'état allergique du sujet, parfois déterminant une guérison brutale dès la première injection à la suite d'une réaction générale intense si la sensibilisation de l'organisme est très marquée, l'intradermoréaction très forte, parfois sans effet ni local, ni général si l'état allergique est faible. Il s'ensuit qu'il ne s'agit pas d'une vaccination mais d'un *traitement biophylactique* (Darier, A. Tzanck), que le traitement vaccinothérapique ne sera utilement mis en œuvre que lorsque la sensibilisation de l'organisme sera forte, qu'un traitement trop précoce ne pourra être que nocif en empêchant l'état allergique de se produire, que le résultat sera fonction de l'état allergique, que les doses à employer seront inversement proportionnelles à l'intensité de cet état et qu'enfin les injections ayant un but de désensibilisation devront être faites à des doses rapidement croissantes.

Du fait de l'action non spécifique mais désensibilisante du vaccin on comprend que des résultats identiques aient pu être obtenus par simple *protéinothérapie*, par des injections de bouillon, de protéines microbiennes, de lait.

Toutefois actuellement la vaccination, donnant des résultats plus constants, étant de pratique plus commode, reste la méthode thérapeutique de choix des affections chancrelleuses avec état allergique marqué.

L'intérêt de ces notions nouvelles physiopathologiques et biophylactiques de l'affection déborde d'ailleurs largement le cadre de la question que nous avons traitée, il s'agit d'un intérêt biologique général comme le montre la valeur de toutes ces conceptions pour d'autres maladies aussi différentes que possible de l'infection chancrelleuse, comme c'est le cas pour la fièvre de Malte, non plus maladie locale mais maladie septicémique et cependant affection dont la thérapeutique va elle aussi être dominée par les notions d'allergie, de traitement biophylactique et de désensibilisation, et il est probable que l'avenir viendra encore étendre à d'autres affections l'intérêt thérapeutique qu'a illustré le chancre mou.

(Travail du Service du Dr Tzanck. Hôpital Broca.)

BIBLIOGRAPHIE

BASSERAN. *Traité des affections de la peau*, Paris 1852.

BEZANÇON, GRIFFON et Louis LE SOURD. *Gaz. des Hôpit.*, 11 déc. 1900, N° 141, p. 1508 ; *Presse Méd.*, 12 déc. 1900, n° 102, p. 385 ; *Ann. de dermatol.*, janvier 1901.

P. CHEVALLIER. *Réunion dermatologique de Strasbourg*, 26 mai 1928 ; — *Bull. de la Soc. de dermatol.*, 1928, n° 7, p. 743.

DARIER. *Acad. de méd.*, 21 janvier 1936.

DUCREY. *Congrès intern. de dermatol.*, Paris 1889. Recherches expérimentales sur la nature intime du principe contagieux du chancre mou.

FERRAND. Formes papuleuse et nodulaire du chancre simple. *Presse Méd.*, 22 juillet 1918, p. 375.

J. GATÉ, P. CUILLERET et J. CHARPY. *Bull. de la Soc. de derm. et syph.*, 1933, p. 363.

GOUGEROT. Revue générale sur le chancre mou, *Paris Méd.*, 20 avril 1912, n° 21 ; — *Ann. des maladies vénériennes*, 1914, p. 610 ; 1925, p. 449 et 459 ; 1927, p. 440.

GOUGEROT, BARTHÉLEMY, Georges GARNIER. *Soc. de Dermat.*, Lyon, 27 janvier 1929, p. 190.

GOUGEROT, Paul BLUM. *Ann. des maladies vénériennes*, août 1923, p. 287.

GOUGEROT et MEAUX SAINT-MARC. *Ann. des maladies vénériennes*, 1913, p. 321.

B. HAHN. L'idiophagédénisme. Son origine staphylococcique et sa guérison par la vaccination spécifique. *Thèse Paris*, Doin, 1934.

JAMBON et A. TZANCK. Considérations sur le traitement des chancres mous. *Ann. des Maladies vénériennes*, 1918.

LENGLET. *Soc. de derm. et syph.*, 10 nov. 1928.

MILIAN. *Soc. fr. de derm. et syph.*, 8 juillet 1924. — Chancre mixte. Le chancre mou. — *Prat. méd. illustr.*, Doin, 1931.

MILIAN, GRELLETY, BOSVIEL. Chambre mixte tertiaire. Chancre mou phagédénique de la paroi abdominale datant de 27 mois guéri en 15 jours par l'hétérothérapie. *Soc. fr. de derm. et syph.* 1927, p. 88.

Ch. NICOLLE. Recherches sur le chancre mou, *Thèse Paris* 1893 ; — *Presse méd.* 4 nov. 1899, n° 88, p. 265 ; — *Ann. de dermatol.*, nov. 1898, janvier 1901, mars 1901 ; — *Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis*, tome XIII, nos 3 et 4, 1924, p. 243.

P. RAVAUT et R. CACHERA. Bubon chancrelleux et maladie de Nicolas Favre. *Ann. de derm. et syph.*, févr. 1932, p. 98 et 154 ; mars 1932, p. 214 et 243.

REENSTIERNA. *Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis*, XII, 1923, n° 3, p. 273.

RIVALLIER. Le chancre mou. *Nouvelle pratique dermatologique.* Paris 1936.

ROLLET. *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, le chancre simple et la blennoragie.* Paris 1861.

SÉZARY et WORMS. Deux cas d'albuminurie et d'hématurie consécutives à des injections intraveineuses de vaccin antichancrelleux. *S. M. H.*, 20 avril 1928.

TEISSIER, REILLY, RIVALIER. Recherches expérimentales sur l'infection chancrelleuse. *Journ. de Physiol. et de Pathol. gén.*, tome XXV, n° 2, juin 1927, p. 268, 292 et 319.

TETSUTA ITO. *Archiv. für Dermat. und Syph.*, 1913, Bd CXVI, p. 341.

L. TIXIER et BISE. Quelques cas d'anergie consécutifs au traitement des chancres mous par le vaccin de Nicolle, *S. M. H.*, 16 juillet 1926.

A. TZANCK. *Immunité, Intolérance, Biophylaxie.* Masson, Paris 1932 ; — La Biophylaxie, *Semaine des Hôp. de Paris*, 15 février 1933, n° 3, p. 86-98.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 8 DÉCEMBRE 1936)

La séance est ouverte à 15 heures. M. le Président HARTMANN et les membres du bureau sont en uniforme.

M. Georges BROUARDEL, secrétaire annuel, lit un rapport sur les prix de l'Académie.

M. le PRÉSIDENT proclame ensuite la liste des lauréats.

L'éloge de Hippolyte HÉRARD, ancien président de l'Académie, est prononcé par M. RIST.

PRIX DÉCERNÉS EN 1936

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (1.200 fr.). — M. Sotiios B. Briskas, à Paris.

PRIX AMUSSAT (1.500 fr.). — M. le docteur Barthélemy, de Nancy.

PRIX APOSTOLI (1.000 fr.). — MM. Halphen et Auclair, de Paris.

PRIX ARGUT (800 fr.). — M. le docteur Jean Cottet, de Paris.

PRIX FRANÇOIS AUDIFFRED (un titre de rente de 24.000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde sur les arrérages du prix et à titre d'encouragement les subventions suivantes : M. Jacques Delarue, de Paris (5.000 fr.) ; M. André Meyer, de Paris (4.000 fr.) ; M. Bretey, de Bellevue (Seine-et-Oise), 3.000 fr.; MM. Machebœuf et Diéryck, de Paris, 3.000 fr.

PRIX BAILLARGER (2.500 fr.). — M. Daumezon, de Paris.

PRIX DU BARON BARBIER (2.500 fr.). — Deux mémoires ont été soumis à l'Académie. Elle partage le prix entre M. le docteur Gajdos, de Paris, 1.000 fr., et Mlle le docteur Marie-Thérèse Comby, de Paris, 1.500 fr.

PRIX BERRAUTE (un titre de rente 3 % de 3.092 fr.). — Quatre mémoires ont été présentés. L'Académie ne décerne pas le prix. Elle partage les arrérages disponibles entre M. Thomas, de Paris, 1.546 fr.; et MM. Troisier et Sifferlen, de Paris, 773 fr. chacun.

PRIX CHARLES BOULLARD (2.000 fr.). — M. le docteur Covaciu-Ulmeanu, de Paris.

PRIX BOULONGNE (6.000 fr.). — M. le docteur Bernard-Ménétrel, de Paris.

PRI BOURCERET (1.200 fr.). — M. le docteur Chauvois, de Paris.

PRIX JULES BRAULT (5.000 fr.). — Trois mémoires ont été présentés. L'Académie partage le prix entre : 1° M. le docteur Jean Hesse, 3.000 fr.; 2° M. le docteur André Maurice, de Paris, 1.000 fr.; et 3° M. le docteur Lipstein, de Paris, 1.000 fr.

PRIX HENRI BUIGNET (1.600 fr.). — M. le docteur Tanret, de Paris.

PRIX CAILLERET (500 fr.). — M. le docteur Carel, de Paris.

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS (3.000 fr.). — M. le docteur Jean Régnier, de Paris.

PRIX CAPURON (2.000 fr.). — M. le docteur E. David, à Salies-de-Béarn.

PRIX MARIE CHEVALLIER (9.000 fr.). — MM. les docteurs Mignot et Mollard, de Paris.

PRIX CHEVILLON (3.000 fr.). — Mme le docteur Jeanne Delon.

PRIX CLARENS (500 fr.). — M. Guillaume, de Strasbourg.

PRIX DU DOCTEUR EMILE COMBE (3.000 fr.). — MM. les professseurs Cornil et Mosinger, de Marseille.

PRIX DE LA FONDATION DAY (deux titres de rente de 3.000 francs. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde sur les arrérages du prix et à titre d'encouragement une somme de 6.000 fr. à la Ligue nationale contre l'alcoolisme, dont le siège social est à Paris.

PRIX DESPORTES (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix entre M. le docteur Cohen, de Paris, 1.000 fr.; et M. Dumesnil, de Paris, 500 fr.

PRIX GEORGES DIEULAFOY (2.000 fr.). — M. le docteur André Bosquet, de Paris.

FONDATION FERDINAND DREYFOUS (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont destinés à récompenser l'interne en médecine qui a obtenu la médaille d'argent au concours de l'internat.

Cette année, ces arrérages sont attribués à M. Daniel Mahoudeau, de Paris.

PRIX ERNEST GAUCHER (1.800 fr.). — Mme le docteur Amy Bernard-Pichon, de Paris.

PRIX GODARD (1.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Anglade, de Paris. Elle décerne une mention honorable à M. le docteur J.-J. Gillon, de Paris.

PRIX GUÉRÉTIN (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix aux auteurs dont les noms suivent, et partage les arrérages de la façon suivante : MM. Marchal et Mallet, de Paris, 800 francs ; M. le docteur François Joly, de Paris, 400 fr.; M. le docteur Marcel Meyer, de Strasbourg, 300 fr.

PRIX GUILLAUMET (1.500 fr.). — Mme le docteur Lièvre, de Paris.

PRIX THÉODORE GUINCHARD (8.000 fr.). — M. le docteur Poulain, de Saint-Etienne.

PRIX GUZMAN (un titre de rente de 2.500 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle attribue les arrérages disponibles à M. le docteur Patey, en mission à Tokio.

PRIX CATHERINE RADOT (3.600 fr.). — L'Académie partage le prix entre M. Fiehrer, du Kremlin-Bicêtre, 2.400 fr.; et M. Jacquelin, de Paris, 1.200 fr.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève) (3.000 fr.). — MM. Marinesco et Kreindler, de la Faculté de médecine de Bucarest.

PRIX DU COMTE HUGO (1.000 fr.). — MM. Piéry, de Lyon, et Roshem, de Cannes.

PRIX ITARD (2.400 fr.). — M. le docteur Jules Comby, de Paris.

PRIX LABORIE (8.000 fr.). — M. le docteur Roger Couvelaire, de Paris.

PRIX DU BARON LARREY (500 fr.). — M. le capitaine-médecin Mayonade, d'Amiens.

FONDATION LAVAL (1.200 fr.). — M. Ristelhueber, externe des hôpitaux.

PRIX LEVEAU (2.000 fr.). — MM. Vallery-Radot et Hamburger, de Paris.

PRIX CLOTILDE LIARD (5.000 fr.). — Mme le docteur Zagdoun-Valentin, de Paris.

PRIX MAGITOT (1.000 fr.). — Mlle Thierry, de Paris.

PRIX MAGNAN (3.500 fr.). — M. Jean Dublineau, d'Armentières.

PRIX A.-J. MARMOTTAN (100.000 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix. Elle attribue, à titre d'encouragement, une somme de 4.000 fr., prélevée sur les arrérages de la fondation, au docteur Jean Bernard, de Paris.

PRIX A.-J. MARTIN (1.000 fr.). — M. le docteur Champsaur, de Paris.

PRIX MERVILLE (1.800 fr.). — Mme Denise Piere-Bourgeois, de Paris.

PRIX GEORGES MERZBACH (12.000 fr.). — MM. le médecin-général Jullien ; le médecin lieutenant-colonel Sieur, et le médecin capitaine Dutrey, du Mans.

PRIX MEYNOT (3.000 fr.). — M. le docteur Alain Gaston, de Paris.

PRIX MONBINNE (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix entre M. Bacq, de Liége, 1.000 fr.; et M. Mouchet, de Stamboul, 500 fr.

PRIX ORFILA (3.000 fr.). — M. Roger Coquoin, de Paris.

PRIX OULMONT (1.000 fr.). — Ce prix est décerné à l'élève en chirurgie qui a obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (chirurgie). Le prix est décerné à M. Mialaret, de Paris.

PRIX PANNETIER (4.000 fr.). — MM. Chevalier Jackson, Chevalier L. Jackson, de Philadelphie, et Jacques Vialle, de Nice.

PRIX POTAIN (2.400 fr.). — MM. les docteurs Courtois-Suffit et Zedet.

PRIX POURAT (1.500 fr.). — M. le docteur Schriever, de Paris.

PRIX REDARD (5.000 fr.). — M. le professeur Putti, de Bologne.

PRIX RICAUX (*diabète*) (5.000 fr.). — M. le docteur Valdiguié, de Toulouse.

PRIX RICAUX (*tuberculose*) (5.000 fr.). — L'Académie décerne le titre de lauréat aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon ci-après : M. le docteur Berthet, de Grenoble, 2.500 fr.; M. le docteur Nico, de Courbevoie, 2.500 fr.

PRIX ROBIN (600 fr.). — M. Léonardon, d'Angers.

PRIX SABATIER ,600 fr.). — M. le docteur Lucien Dermer, de Saint-Denis.

PRIS SAINTOUR (5.000 fr.). — M. Bessemans, de Gand.

PRIX STANSKI (1.500 fr.). — M. Berthelot et Mlle Amoureux, de Paris.

PRIX TARNIER (4.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à Mlle Kourilsky, de Paris. Elle accorde une mention honorable à MM. les docteurs Courtois et Lecoq, de Saint-Germain-en-Laye.

PRIX VAUTRIN-GEORGE (1.000 fr.). — MM. Marchal et Jaubert, de Paris.

PRIX VERNOIS (800 fr.). — L'Académie décerne le titre de lauréat du prix aux auteurs dont les noms suivent et partage

entre eux les arrérages de la façon suivante : M. Lamy, de Melun, 200 fr.; MM. Lafenêtre et Dedieu, de Montpellier, 300 fr.; M. le docteur Feil, de Paris, 300 fr.

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le ministre de la Santé publique met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 1.600 francs destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge.

L'Académie accorde aux lauréats dont les noms suivent les distinctions ci-après, pour leurs travaux en 1935.

1° *Rappel de médaille d'or :* l'Œuvre de l'Allaitement maternel, à Paris.

2° *Médaille d'or :* M. Rebeillard, rapporteur au Conseil général du Service des Enfants assistés de la Seine.

3° *Rappels de médailles de vermeil :* Mmes Balsan, David-Weill, M. Millot, MM. les docteurs Beutter, Cassoute (de Marseille) ; Huber (J.) (de Paris) ; Onillon ; Rouèche (de Paris.

4° *Médailles de vermeil :* Sœur Inchelin, des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, supérieure de l'hôpital Saint-Joseph à Paris ; Mmes Lorthiois (à Tourcoing) ; Olivier (à Madagascar) ; Sussmann (à Paris) ; Mlle Perrotte (à Paris) ; MM. Fillon, Garçon, Lasmayous, Lorho, Randon ; MM. les docteurs Dubois (de la Motte-Beuvron) ; Leenhardt (de Montpellier) ; Paterne (de Ménard-le-Château) ; Petit (Georges) ; Vallerant (de Bolbec) ; Zuber (de Paris).

5° *Rappels de médailles d'argent :* Mmes Dervaud ; Gobert, Grassias, Woehret.

6° *Médailles d'argent :* Mère Agnès de la Croix, à l'hôpital de Levallois-Perret ; Mmes Bachelay, surveillante à l'hôpital Trousseau ; Cayla, présidente du Comité de l'Union des Femmes de France à Madagascar ; Chatain, surveillante à l'hôpital Trousseau ; Delaye, surveillante à l'hôpital Trousseau ; Discher, directrice du préventorium de Liesse (Aisne) ; Labelle, assistante sociale à la Salpêtrière ; Le Fol ; Le Rolland, surveillante aux Enfants-Assistés à Paris ; Moulon, surveillante à l'hôpital Trousseau ; Pardon, inspectrice générale des Services administratifs du ministère de l'Intérieur ; Pequin, inspectrice honoraire de la Préfecture de la Seine ; Roelle, surveillante à l'hôpital des Enfants-Malades ; Terrier, sous-chef de bureau à la Préfecture de Police ; Tuyaux, surveillante à l'hôpital Trousseau ; Mlles Amichaud, surveillante à la Salpêtrière ; Bigot (Jeanne), assistante sociale à l'hospice des Enfants-Assistés ; de Cuverville, directrice de l'Ecole d'infirmières visiteuses du Comité de défense contre la tuberculose ; Sancerre, du Centre d'hygiène de Moy (Aisne) ; Zeer, assistante sociale à la clinique Baudelocque à Paris ; MM. Deprun, inspecteur de l'Assistance publique de l'Eure ; Favette, inspecteur de l'Assistance publique du Gard ; Rossi, inspecteur de l'Assistance publique des Ardennes ; Théry, inspecteur de l'Assistance publique de l'Orne ; MM. les docteurs Baize, à Paris ; Bonnet (Noël), à Paris ; Creutz, à Aïn-Témouchent (Oran) ; Dabout, à Paris ; Fournier, à Canrobert (Constantine) ; Fulconis, à Nice ; Gosselin, à Lille ; Labbé, à Paris ; Maillet, à Neuilly (Seine) ; Mazella, à Tigzirt-Dra-el-Mizan (Alger ; Nicolas, de Liesse (Aisne) ; Peyronnet de la Fonvielle, à Marmande (Lot-et-Garonne) ; Picard, à Vesoul (Haute-Saône) ; Smati, à Sétif (Constantine) ; MM. Hanra, de Villemonble (Seine) ; Lenoir ; Moine ; Strauss (R.)

7° *Rappels de médailles de bronze :* MM. les docteurs Apard, à Reuilly (Indre) ; Avril, à Charlieu (Loire) ; Carrère, à Sedeilhac (Haute-Garonne) ; Hiblot, à Châteaudun (Eure-etLoir) ; Ravon, à Saint-Etienne.

8° *Médailles de bronze :* Mmes Bachelet ; Barrande, à Paris ; Boisson, à Ténès (Alger) ; Boulenger ; Bourgeot ; Bour ; Brohon, infirmière à l'hôpital Trousseau ; Caulet, infirmière à l'hospice des Enfants-Assistés à Paris ; Cortial ; Croulard ; Curotto, infirmière à l'hôpital Trousseau ; Deguy, à Brunoy ; Deschamps, infirmière à la Salpêtrière à Paris ; Euriat, institutrice à Saint-Maurice-sur-Moselle (Vosges) ; Ferran, dame visiteuse à la Protection de l'Enfance à Paris ; Fillon, directrice d'école maternelle à Paris ; Froment, infirmière à la Salpêtrière, à Paris ; Frusson, infirmière à l'hôpital Trousseau ; Grimprel, à Paris ; Hamburger, à Saint-Maur (Seine) ; Krugg, de Reims ; Lajeunie, infirmière à la Salpêtrière à Paris ; Lange, infirmière à l'hôpital Trousseau ; Malan, à Paris ; Manchin-Beydon, infirmière visiteuse à Guelma (Constantine); Sœur Masseguan, de la Maternité de Bangui (A.E.F.) ; de Nanteuil ; Nicot, infirmière-chef du Centre de nourrissons de Saint-Leu-d'Esserent ; Pascard, infirmière à l'hôpital Trousseau ; Prat, à Nice ; Renault, infirmière visiteuse à Zemmora (Oran) ; Robbe, à Tourcoing ; Sauvanaud, assistante sociale à la Salpêtrière à Paris ; Soulange-Bodin ; la Supérieure de l'Orphelinat de Kim-Long à Hué (Annam) ; la Supérieure de l'Œuvre des Indiennes caraïbes à Mana (Guyane) ; Termot, surintendante du Centre maternel et infantile du département de la Seine ; Mlles Bigot (Marie) ; Bodin ; Bontemps ; Bourdillon ; Cattoen ; du Chouchet, à Bouaké (A. O.F.) ; Durand, infirmière visiteuse à Taher (Constantine) ; Durand, secrétaire de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris ; Escalier, infirmière à l'hôpital Trousseau ; Favre, secrétaire du Comité de défense contre la tuberculose à Paris ; Gros, infirmière-chef du Centre de nourrissons de Gaillon (Eure) ; Guilloux, infirmière au préventorium Consuelo-Balsan à Saint-Georges-Motel (Eure) ; Jager, assistante sociale à la clinique Baudelocque à Paris ; Landragin, directrice de l'infirmerie du préventorium Consuelo-Balsan à Saint-Georges-Motel (Eure) ; Lavocat, secrétaire-rédacteur du Comité national de l'Enfance ; Le Camus, infirmière à l'hôpital Trousseau ; Mauduit, sous-inspectrice de l'Assistance publique de l'Aube ; Preau, de l'hospice des Enfants-Assistés à Paris ; Rouffiac, directrice de l'Association d'hygiène sociale de l'Aisne ; MM. Barus, Cristiani, Desgranges, Finance, Gain, Guenier, Laserre, Luperne, Roussez, Serre, Pinaud, inspecteurs de l'Assistance publique ; MM. les docteurs Andrieu, de Carhaix (Finistère) ; Andrieu, à Montpellier ; Aurand, à Villars-du-Var (Alpes-Maritimes) ; Baillat, à Belmont (Loire) ; Ball, à Paris ; Baruteau, à Henrichemont (Cher) ; Basset, à Ydes (Cantal) ; Benoist, à Vence (Alpes-Maritimes) ; Bosonnet, à Aix-les-Bains (Savoie) ; Bourdin, médecin lieutenant des troupes coloniales à Madagascar ; Breysse, à Vallon (Ardèche) ; Castille, à Dijon (Côte-d'Or) ; Chabanne, médecin-chef au sanatorium de Saint-Trojan (Charente-Inférieure) ; Chesneau, médecin de l'Assistance médicale indigène (Indochine) ; Couronnet, à Nantes (Loire-Inférieure) ; Dautheville, à Chomérac (Ardèche) ; Foix, à Saint-Plancard (Gironde) ; Fuminier, inspecteur d'hygiène à Cahors (Lot) ; Gentil, à Attignies (Ardennes) ; Guillou, à Lanvollon (Côtes-du-Nord) ; Hudellet, médecin-chef du sanatorium de Banyuls (Pyrénées-Orientales) ; Lyautey, médecin à Saint-Ferjeux-Besançon (Doubs) ; Martin, à Souvigny (Allier) ; Monnier, médecin-inspecteur de la Protection des enfants du premier âge à Labesserette (Cantal) ; Pellagot, à La Guerche (Cher) ; Perrion, à Nantes (Loire-Inférieure) ; Poulaine, médecin des Enfants-Assistés de la Seine à Avallon (Yonne) ; Roudie, à Fumel (Lot-et-Garonne) ; Raffali, à Saillans (Var) ; Rebuffet, à Puget-Théniers (Alpes-Maritimes) ; Savary, médecin-chef du Centre d'élevage de Mandres, à Brunoy ; Mme Sedan, à Marseille ; MM. Bernard, à Digne ; Cayol ; Chabot ; Davoust ; Dumonteil ; Euriat ; Joyeux (J.).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 100. — MERCREDI 16 DECEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Le *concours de stomatologiste des hôpitaux* s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Marie et Couhepé.

— *Concours de l'externat en médecine.* — Questions posées :

Anatomie. — 1. Trou ovale (constitution et contenu ; 2. Description du ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne ; 3. Insertions et innervation du muscle petit-pectoral ; 4. Rapports de l'artère fémorale, à son origine, sous l'arcade crurale ; 5. Enumérer sans les décrire les muscles du pouce et indiquer leur innervation.

Pathologie médicale. — 1. Description du frottement péricardique ; 2. Renseignements fournis par le laboratoire pour le diagnostic de la fièvre typhoïde à ses différentes périodes (sans la description des techniques) ; 3. Caractères du foie dans l'asystolie ; 4. Examen de la cavité bucco-pharyngée dans la scarlatine non compliquée ; 5. Manière de rechercher la raideur méningée ; 6. Examen physique du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.

Pathologie chirurgicale. — 1. Signes physiques de la luxation antéro-interne récente de l'épaule (variété sous-coracoïdienne) sans la radiographie ; 2. Diagnostic différentiel entre l'hydrocèle vaginale et la hernie inguino-scrotale ; 3. Signes physiques de l'abcès du sein au cours de l'allaitement ; 4. Enumérer les principales causes d'hématurie d'origine rénale.

Composition du Jury du concours de l'externat

Anatomie. — MM. les docteurs Redon, Patel, Cattan.

Pathologie médicale. — MM. les docteurs Cachera, Rouquès, Degos.

Pathologie chirurgicale. — MM. les docteurs Merle d'Aubigné, Sicard, Suzor.

Liste des candidats. — Voir, page 1742, la liste des candidats ayant remis trois copies.

Hôpitaux de Lille. — *Concours de l'Internat* (Faculté de Médecine de l'Université de l'Etat). — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : internes titulaires : MM. Legrand, Linguette, Omez, Lecomte, Lainé, Dhalluin, Chayvialle.

Externes en premier : MM. Roussel, Dupret, Merlen, Salembier, Watel, Hulot, Delerue.

Le jury était composé de MM. les professeurs Lambret, président ; Pierret et Combemale, de MM. les professeurs agrégés Piquet et Charles Gernez.

Ministère de l'Education nationale. — Liste d'aptitude aux fonctions de chef de travaux dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie (Art. 13 du décret du 7 mars 1936).

1° *Histologie.* — M. Klein, assistant à Strasbourg.

2° *Hygiène et bactériologie.* — M. Boyer, chef de travaux, délégué à Marseille ; M. Couture, assistant à Lyon.

3° *Physiologie.* — M. Petiteau, assistant à Bordeaux ; M. Bizard, assistant à Lille.

4° *Physique.* — M. Kofmann, assistant à Lyon ; M. Sagols, assistant à Montpellier.

5° *Chimie.* — M. Dumazert, chef de travaux délégué à Marseille ; M. Guillemet, assistant à Strasbourg ; M. Valdiguié, assistant à Toulouse.

6° *Pharmacologie.* — M. Delphaut, chef de travaux délégué à Marseille.

7° *Histoire naturelle.* — Mlle Mathon, assistante à Toulouse.

8° *Pharmacie.* — M. Guillot, chef de travaux délégué à Marseille.

(*J. O.* 11 déc. 1936.)

Ministère de la Santé publique. — Un poste de médecin directeur est vacant à l'asile public d'aliénés de Quimper (Finistère), par suite du départ de M. le docteur Lagriffe, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Guerre (Mutations). — MM. les médecins-colonels Duval, nommé sous-directeur du S. S. de la 18e région, à Bordeaux ; Courboulès, agrégé du Val-de-Grâce, nommé médecin chef de l'hôpital militaire Robert-Pacqué, à Villeneuve-d'Ornon.

M. le médecin lieutenant-colonel Guibert, médecin des hôpitaux militaires, affecté à l'hôpital militaire Legouest, à Metz.

— M. le médecin général Gaillard, des troupes coloniales, est nommé membre assistant du Comité consultatif de défense des colonies.

— M. le médecin commandant Sabrie, de la Direction du S. S. au ministère de la Guerre, est désigné comme commissaire militaire auprès de la S.S.B.M., pour s'occuper des questions intéressant à la fois les trois Sociétés de la Croix-Rouge française.

Médecins de sanatoriums. — Le concours annoncé antérieurement pour deux places de médecin dans les sanatoriums de Villiers-sur-Marne (Aisne) et d'Arnières (Eure) de la Renaissance Sanitaire, aura lieu le jeudi matin, 7 janvier, à 9 heures, à l'hôpital Laënnec (Service de la clinique de la tuberculose de M. le professeur Bezançon).

Il comprendra une épreuve avec examen de deux malades, comportant pour chaque malade un quart d'heure de réflexion et un quart d'heure d'exposition (résultats de l'examen clinique, radiographique, diagnostic, indications prophylactiques et thérapeutiques).

Envoyer avant le 31 décembre les mêmes pièces que celles exigées pour les candidats aux fonctions des sanatoriums publics, à M. le médecin-inspecteur des établissements de la Renaissance, 23, rue du Renard, Paris.

Réunion hydrologique de Montpellier. — Une réunion hydrologique se tiendra à Montpellier, en mars 1937, et sera consacrée à la coxarthrie.

Quatre rapports y seront présentés :

MM. Vidal et Lamarque. — La coxarthrie. Etude clinique et radiologique.

M. Merklen (d'Aix-les-Bains). — Traitement thermal de la coxarthrie.

M. Teulon Valio (d'Uriage). — Les injections intratissulaires d'eau d'Uriage dans la coxarthrie.

M. R. Castagné. — Les traitements radio-actifs de la coxarthrie.

Pour les communications et les renseignements complémentaires, s'inscrire auprès du professeur Puech, Laboratoire d'hydrologie et de climatologie, 1, rue du Cannau, Montpellier.

La date exacte de cette réunion sera fixée ultérieurement.

Voir la suite des Informations, p. 1742.

CORRESPONDANCE

M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, nous adresse la lettre suivante :

« Paris, le 9 décembre 1936.

« Monsieur le Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*,

« La *Gazette des Hôpitaux* du 9 décembre 1936 (N° 98) contient, encarté, un prospectus sur un médicament que le fabricant a appelé Cryptotoxyl et qui se réclame de mes travaux sur les cryptotoxines. En outre, il cite mon nom en première ligne, laissant croire, sans aucun doute, que je suis l'instigateur de cette thérapeutique.

« J'ai déjà adressé une première protestation que vous avez bien voulu insérer. Je vous serais reconnaissant de faire connaître que je proteste de nouveau contre l'usage abusif qui est fait de mon nom et du titre de mes travaux sur les cryptotoxines. Je ne suis pour rien dans le patronage de ce médicament. J'ajoute que les corps chimiques cryptotoxiques qui neutralisent les toxines microbiennes *in vitro* n'ont aucune action préventive ni thérapeutique *in vivo*.

« En m'excusant de mettre à contribution votre bienveillante entremise, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les plus distingués et dévoués. « H. Vincent. »

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE AU PROFESSEUR F. LEMAITRE

Il avait été entendu qu'il n'y aurait pas de discours. Mais comment réduire au silence les descendants de ces Gaulois qui, entre deux combats, ne songeaient qu'à disputer subtilement ? Comment ne pas saisir cette occasion pour exprimer au Maître les sentiments qu'il inspire à tous ? C'est ce que font, en termes choisis, M. Halphen, les professeurs Quix (d'Utrecht) et G. Roussy et, pour finir, l'affable directeur de Lariboisière, M. Tremblay. Dans sa réponse, le héros de la cérémonie laisse parler son cœur et briller son esprit. Tous ses succès, il les met sur le compte de la chance, sans, d'ailleurs, persuader aucun de ceux qui ont vécu dans l'intimité de ce prodigieux travailleur. Il adresse ensuite ses meilleurs remerciements à tous ceux qui l'ont encouragé et soutenu, aux organisateurs de la cérémonie d'aujourd'hui, à ses amis présents ou absents, à M. Prudhomme, qui a bien voulu graver une médaille où s'affirme, une fois de plus, son beau talent. Heureux F. Lemaître ! Il est arrivé, jeune, au faîte des honneurs. Il est le chef d'une brillante école. Son nom fait autorité. D'épreuves, il n'a guère connu que celles qui sont en usage dans sa spécialité. Après avoir parcouru le monde, il a regagné la terre natale. Il habite l'Ile-de-France. Chaque dimanche, il va faire un tour dans ces bois que hante encore le fantôme de Sylvie. Une compagne aimée charme son foyer. Elle lui a donné un fils qui, à peine entré dans la carrière, brûle d'y marcher sur les traces de son père. Il n'a donc qu'à se louer de la destinée. Mais n'est-ce point parce qu'il est lui-même tout sourire que tout lui a souri ?

L. Babonneix.


EUPHORYL
DERMATOSES
PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES
CUTANEES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA" 18, AVUE DAUMESNIL
Euphoryl infantile
(GRANULÉ SOLUBLE)
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillerée à café par année d'âge.
LABORATOIRES "ANA" 18, AV. DAUMESNIL, PARIS
ANA
18, AVUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe
hirudinase
(DRAGEES)
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues.
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PARIS
COEFFICIENT DE FIXATION du Salicylate ANA sur la fibre cardiaque : 170 %
Salicylate de Na
Salicylate ANA
Salicylate SURACTIVÉ "ANA"
SALICYLATE DE SODIUM en combinaison CALCO-MAGNÉSIENNE THIOSULFATÉE
32 gr. SALICYLATE de NA SURACTIVÉ 15 fr.
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
AMPOULES (INTRAVEINEUSES)
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HEPATIQUES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL, PARIS, XIIe

LE PNEUMOTHORAX CONTRO-LATÉRAL PRIMITIF [1]

(Son mécanisme d'action — Ses indications)

Par le docteur MAX FOURESTIER,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

C. En quels cas cliniques précis appliquer le pneumothorax contro-latéral primitif ? — Les indications cliniques précises de ce mode collapsothérapique nouveau que représente le pneumothorax contro-latéral, demandent à être discutées, plus par rapport aux diverses méthodes collapsothérapiques classiques, qu'en elles-mêmes, en tant que méthode autonome.

1° *Par rapport au pneumothorax homolatéral.* L'indication majeure est la lésion pulmonaire qu'on ne peut atteindre directement par pneumothorax homolatéral à cause de la symphyse pleurale. L'aspect anatomo-clinique des lésions et leur allure évolutive exigent une collapsothérapie et c'est le pneumothorax qui paraît indiqué. Il est logique et... permis, à l'heure actuelle, d'essayer d'influencer favorablement de telles lésions par un pneumothorax contro-latéral. C'est le cas clinique que nous envisagions, quand nous exposions les indications générales. Nous ne reviendrons pas sur les signes cliniques et radiologiques qui peuvent faire espérer un résultat favorable. Des observations, chaque jour plus nombreuses, sont publiées établissant le bien-fondé d'une telle technique.

2° *Par rapport à la phrénicectomie.* Comme l'écrit Dumarest, « Il semble bien que ce soit surtout à la « phrénicectomie que le pneumothorax contro-laté« ral soit appelé à faire concurrence », du moins pour certaines lésions (apicales) que, par extension, on a demandé à la phrénicectomie de guérir. Par le pneumothorax contro-latéral comme par phrénicectomie, on agit à distance, de façon indirecte, par détente. On favorise ainsi la tendance rétractile des lésions. Mais peut-être a-t-on trop demandé à la phrénicectomie. Il semble que, ces derniers temps, l'enthousiasme qui avait accueilli sa venue soit un peu tombé. Comme pour beaucoup de procédés thérapeutiques nouveaux, l'extension excessive des indications est un écueil difficilement évitable. C'est qu'en effet on reconnaît actuellement que l'action de la phrénicectomie n'est pas exclusivement mécanique. Des phénomènes neuro-réflexes, vasculaires, trophiques même, au déterminisme encore peu précisé, surviennent après la section chirurgicale du nerf, rendant son action encore bien incertaine en de nombreux cas et, à tout le moins, difficilement prévisible. Irréversible dans ses effets, et diminuant les fonctions des lobes sains de la base, elle représente une technique délicate et non sans danger, dans le traitement des lésions de la partie moyenne ou supérieure du poumon. L'alcoolisation qui permettrait une récupération tardive, quand elle est efficace, n'est guère moins définitive (thèse Clermont).

Quand, par ailleurs, on considère le pneumothorax contro-latéral d'une si grande facilité technique, dosable dans ses effets, que l'on peut interrompre, dont les complications, moyennant une prudence élémentaire, sont insignifiantes, on ne peut s'empêcher de penser, malgré le petit nombre d'observations publiées, que nous possédons peut-être là un moyen plus sûr, plus efficace, moins dangereux.

Et, à tout prendre, si les résultats des deux interventions se valent (?), il nous paraît, néanmoins, plus logique d'essayer d'abord un pneumothorax contro-latéral primitif qui pourra, peut-être, éviter une intervention au demeurant peu physiologique et définitive.

Il va sans dire qu'ici aussi une symphyse pleurale interdit toute collapsothérapie directe, et que l'âge, la nature anatomoclinique des lésions n'imposent pas une intervention chirurgicale plus mutilante.

3° *Par rapport aux thoracoplasties.* La même discussion peut-elle se poser entre pneumothorax contro-latéral et thoracoplastie ? Au premier abord, il ne le semble pas car les lésions auxquelles s'adressent l'une et l'autre méthode ne sont nullement semblables.

C'est la lésion vieille, figée, froide, sans potentiel évolutif, irrétractile, entourée d'une coque fibreuse, « morte » en quelque sorte, qu'envisage la thoracoplastie.

Au contraire, c'est la lésion jeune, encore évolutive, dont le potentiel rétractile se traduit par des signes cliniques et radiologiques facilement décelables, entourée d'une zone de tissu plus ou moins sain, mais envahie par l'emphysème réactionnel, qu'a en vue la collapsothérapie par pneumothorax, qu'elle soit homolatérale ou contro-latérale.

Thérapeutique « à chaud », thérapeutique « à froid », ces deux façons d'envisager le « moment » du traitement opposent encore ces deux méthodes.

Cette distinction s'impose, en effet, si on s'en tient aux indications classiques, mais anciennes, de la thoracoplastie telle que l'ont conçue et mise au point les chirurgiens allemands. En fait il n'y a pas une thoracoplastie, mais des thoracoplasties. Si les larges thoracoplasties para-vertébrales — type Brauer-Sauerbruch, — étendues en hauteur et en largeur, ont des indications bien précises, il semble néanmoins que, ces dernières années, les chirurgiens pulmonaires orientent leurs efforts thérapeutiques dans une direction différente. Les thoracoplasties partielles du sommet, réhabilités dès 1924 en Amérique par Alexander, préconisées en France par Bernou et Fruchand, gagnent de plus en plus l'approbation de nombreux phtisiologues, médecins et chirurgiens.

C'est que dans cette plastie, les phénomènes de compression et d'immobilité des lésions passent au second plan, au profit de la détente du parenchyme. Ainsi l'acte chirurgical, en tuberculose pulmonaire, paraît se conformer, lui aussi, aux grandes lois de la collapsothérapie moderne. L'intervention, quelle qu'elle soit, n'a pour but que de favoriser la tendance rétractile des lésions en supprimant l'obstacle qui s'y oppose : purement tensionnel en cas de pneumothorax, osseux en cas de thoracoplastie.

Nous nous excusons de ces considérations générales et un tant soit peu historiques, et de ce parallèle entre ces deux méthodes collapsothérapiques. Mais nous espérons avoir fait comprendre maintenant pourquoi,

(1) Fin. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 98, p. 1701.

en certains cas, l'action contro-latérale du pneumothorax devra être essayée avant de livrer le malade au chirurgien.

La gravité certaine de ces opérations, même partielles, chez des malades toujours fragiles, certaines contre-indications à l'intervention tirées de l'état général, l'identité du mode d'action des diverses collapsothérapies, qu'elles soient médicales ou chirurgicales, la facilité technique du pneumothorax contro-latéral qui laisse la possibilité d'envisager ultérieurement toute autre intervention, représentent des arguments non dénués de valeur en faveur du pneumothorax contro-latéral ; et on aura peut-être la surprise d'obtenir la guérison sans être obligé de recourir à l'opération grave dont le pneumothorax contro-latéral primitif n'était, dans le premier dessein du médecin, que le temps préliminaire (Dumarest).

Un autre avantage d'une telle intervention, est la possibilité de la considérer comme un acte d'attente, d'association ou pré-opératoire ; et cela n'est pas d'un mince intérêt.

4° *Pneumothorax contro-latéral pré-opératoire.* Nous venons d'en préciser les indications aussi bien pour la phrénicectomie que pour la thoracoplastie. Facilement maniable, on peut l'abandonner quand on s'est décidé à l'intervention qu'il a préparée.

5° On peut aussi continuer les insufflations et, de l'autre côté, pratiquer l'intervention envisagée :

C'est le pneumothorax contro-latéral d'association rarement pratiqué d'ailleurs sur un poumon sain. Dans les cas publiés, presque toujours les lésions étaient plus ou moins bilatéralisées.

C'est Ascoli qui le premier proposa une telle association : phrénicectomie et pneumothorax contro-latéral. On peut, grâce à cette association, étendre les indications opératoires, traiter avec plus de sûreté des lésions de la base, éviter une opération plus mutilante, etc...

De même, un tel pneumothorax contro-latéral pourra être associé à une alcoolisation des nerfs intercostaux, une scalénotomie, une thoracectomie limitée, une plastie partielle et très limitée...

Ces petits procédés chirurgicaux (excepté les plasties) représentent rarement en eux-mêmes une efficacité certaine. Ils tirent toute leur valeur de leur association possible entre eux ou avec une intervention contro-latérale. Bien souvent ils sont d'une utilité indéniable.

En fait ils ne sont employés que dans les grands centres sanatoriaux où la collaboration médico-chirurgicale étroite, la concentration quasi permanente des esprits sur le même problème, la réunion d'activités scientifiques diverses mais orientées vers un but constamment envisagé, représentent « un climat » spécial et très favorable au travail. De magnifiques résultats thérapeutiques sont réalisés, résultats qui étonnent parfois les simples médecins praticiens et aussi ceux des grandes villes de Faculté où le même esprit ne règne pas. Il est d'ailleurs difficile qu'il en soit autrement à l'heure actuelle avec l'organisation de nos services hospitaliers. La tuberculose doit-elle être traitée médicalement et chirurgicalement, exclusivement dans les grands centres sanatoriaux ?......

Nous envisagerons maintenant quelques indications plus spéciales du pneumothorax contro-latéral.

6° Parfois un pneumothorax contro-latéral sera nécessaire pour fixer un médiastin mobile, fuyant à chaque tentative d'insufflation : il prend alors le nom de *pneumothorax contro-latéral de soutien.*

7° On pourra être amené à pratiquer un pneumothorax contro-latéral quand, au cours d'un pneumothorax homolatéral, il y aurait danger à continuer les insufflations du fait de l'importance et de la disposition des adhérences, leur section s'avérant impossible ou dangereuse.

Il pourra être utilisé encore quand, au cours d'un pneumothorax homolatéral, apparaît une symphyse progressive que ne peuvent arrêter l'oléothorax (qui conserve, ici, une de ses très rares indications), ou l'augmentation des pressions.

Dans ces deux cas un tel pneumothorax contro-latéral peut être appelé de « substitution ».

8° De même, au cours d'un pneumothorax bilatéral, l'institution d'un second pneumothorax sera utile, non seulement pour traiter le second poumon, *mais aussi pour obtenir une action efficace sur le poumon initialement collabé.* Les lésions de ce poumon, toujours évolutives dans le moignon, sont brusquement améliorées dès l'établissement du second pneumothorax : *pneumothorax contro-latéral de complément.*

Dans ces différents cas : pneumothorax contro-latéral de substitution, de complément, de soutien, la collapsothérapie établie secondairement sur le poumon opposé dans l'espoir d'influencer favorablement les lésions initialement collabées, pourra porter sur un poumon sain. Ce n'est pas le véritable pneumothorax contro-latéral de Maurizio Ascoli. Néanmoins, la méthode audacieuse du grand phtisiologue italien nous semble devoir trouver dans ces quelques constatations une authentique confirmation de son indiscutable valeur.

9° *L'action du pneumothorax contro-latéral sur les hémoptysies.* C'est là un sujet encore très controversé. L'opinion de Dumarest est très nette : « L'indication la plus formelle du pneumothorax contro-latéral est l'hémoptysie grave, survenant dans un poumon symphysé ». Ascoli et Lucacer ont rapporté quelques belles observations. Parodi est du même avis. Tobe, par contre, est moins affirmatif : « Un pneumothorax contro-latéral ne peut avoir une action hémostatique, que si la rétraction lésionnelle est importante et compense l'hyperémie du parenchyme sain périlésionnel entraînée par la détente ».

Nous sommes de l'avis de Dumarest. Un tel pneumothorax est formellement indiqué dans une hémoptysie que l'on ne peut juguler par les thérapeutiques médicales usuelles, et que l'on ne peut atteindre par une collapsothérapie directe.

En effet, toute détente du parenchyme a pour conséquence une diminution de la masse sanguine et surtout de sa vitesse de circulation ; elle diminue donc le facteur tensionnel vasculaire périlésionnel. Les expériences d'angio-pneumographie qui, apparemment, montreraient un accroissement de la circulation du poumon contro-latéral, doivent être judicieusement

interprétées et non acceptées sous leur simple aspect morphologique (18).

Peut-être, en plus d'une action mécanique sur l'état circulatoire, faut-il faire jouer un rôle, dans l'arrêt de telles hémoptysies après pneumothorax controlatéral, à un certain facteur réflexe ? On pourrait, nous semble-t-il, rapprocher ces faits de la méthode nouvelle récemment préconisée par MM. Ravina, Courcoux et Bourgeois dans la thérapeutique des hémoptysies : les injections sous-cutanées d'oxygène. En effet, l'oxygène pur ne serait pas nécessaire, et MM. Carlos Diez et Luis Gonzalez-Rubio ont proposé de lui substituer l'air ordinaire. Bien plus, le siège de l'injection, d'après Bourgeois, n'aurait pas d'importance.

Quelle qu'en soit l'explication mécanique ou réflexe, l'action hémostatique du pneumothorax contro-latéral est indubitable.

D. Avantages du pneumothorax contro-latéral. — Cette nouvelle technique collapsothérapique, riche de promesses, a à son actif des cas irrécusables de guérison. Son mécanisme d'action — la détente — est semblable à celui du pneumothorax homolatéral. Des observations, encore rares mais certaines, prouvent qu'on peut obtenir par cette méthode des guérisons aussi sûres et durables que par la collapsothérapie homolatérale. Le pneumothorax contro-latéral ne paraît hardi et audacieux qu'en apparence.

Quand on rassemble tous les avantages que l'on est en droit d'espérer du pneumothorax contro-latéral, on les trouve nombreux et de qualité. Nous les résumerons brièvement pour les mieux fixer dans l'esprit.

Et d'abord son mécanisme d'action est strictement identique à celui du pneumothorax homolatéral. Peut-être, la détente s'établit-elle plus lentement, est-elle moins marquée ? Elle est néanmoins indubitable. Tout au plus peut-on penser que le pneumothorax contro-latéral devra être entretenu plus longtemps.

En revanche, *il n'y a aucun traumatisme direct des lésions. La collapsothérapie est plus douce.* Et ceci compense peut-être largement cela.

La nécessité de pressions constamment négatives ne rend point tellement difficiles les insufflations. *Le plus souvent le poumon (toujours en détente) est nettement éloigné de la paroi.*

Néanmoins, en certains cas, surtout au cours des premières insufflations, on constatera certaines difficultés de réinsufflation. Par mesure de prudence, il faudra se servir du trocart de préférence à l'aiguille. L'emphysème contro-latéral réactionnel qui s'établit sur le poumon opposé aux lésions explique ce fait, ainsi que cette autre constatation : la difficulté que l'on éprouve parfois à repérer à l'écran la limite externe du poumon collabé.

Le poumon, par définition, est sain. La plèvre est libre. *Les facilités techniques sont donc maximum.*

On n'observe presque jamais de complications liquidiennes. Certains auteurs ont parlé de la gravité des perforations pulmonaires en cas de pneumothorax contro-latéral. Cette opinion nous paraît excessive. En fait la perforation sera toujours d'origine instrumentale. Or sur un poumon sain, *c'est une simple blessure accidentelle (combien minime !) et qui cicatrise vite.*

Cet incident de la perforation instrumentale, d'ailleurs plus bruyant que dramatique et de pronostic bénin, n'empêchera point la reprise ultérieure des insufflations. Car il faut y insister, le poumon collabé est sain.

Quelle différence entre ces complications liquidiennes (pratiquement inexistantes) ou cette perforation et ces mêmes incidents (ou plutôt : accidents) survenant au cours de la collapsothérapie homolatérale ! Certes, en certains cas la bénignité est semblable. Mais qui ne connaît ces complications liquidiennes intarissables, empêchant peu à peu toute insufflation, aboutissant à la symphyse, se surinfectant..., etc... ? Qui oserait prétendre qu'une simple irritation mécanique de l'endothélium pleural les explique ? Combien de ces liquides ne tuberculisent-ils pas le cobaye ? Et la sclérose pleurogène, qui représente parfois un mode de guérison des lésions parenchymateuses, ne prouve-t-elle pas la présence d'un processus évolutif cortico-pleural, certes atténué, parfois d'un bon pronostic, mais tuberculeux tout de même et qui ne rend pas de tout repos la conduite de la collapsothérapie homolatérale.

Et le pronostic des perforations des pneumothorax homolatéraux : la transformation purulente du liquide, l'infection de la paroi, la fistulisation des trajets de ponctions, le coup de fouet évolutif des lésions parenchymateuses, l'atteinte de l'état général ? Nous ne pensons pas que les lavages de plèvre ou la chirurgie soient des armes bien efficaces pour enrayer l'évolution de ces complications qu'on observe — il faut l'avouer — si fréquemment dans un grand service de phtisiologie.

Dans le pneumothorax contro-latéral il n'y aura jamais à pratiquer de section de brides. Peut-on soutenir que cette instrumentation endopleurale soit toujours sans danger, même dans les mains les plus expérimentées ?

Le poumon sain collabé conserve toutes ses possibilités physiologiques et respiratoires. Le malade n'est pas gêné ; et, après abandon du pneumothorax, le poumon n'a point à récupérer sa capacité respiratoire primitive puisqu'il ne l'a jamais perdue. Son fonctionnement, comme organe de l'hématose ou du métabolisme général, se poursuit, sous la collapsothérapie de détente, sans modification, sans perturbation aucune.

Certes, aucune observation n'a, à l'heure actuelle, le recul suffisant (3-4 ans) permettant d'être renseigné avec certitude sur l'état de la plèvre après une longue période de collapsothérapie. *A priori la cessation d'un tel pneumothorax, établi sur un poumon sain, ne paraît pas devoir présenter des inconvénients plus graves que celle d'un pneumothorax homolatéral.*

L'absence de réaction pleurale a permis dans certaines observations *la reprise de la collapsothérapie pour des lésions secondairement évolutives, soit dans le poumon opposé, soit du même côté.*

Cette nouvelle technique permet de faire en certains cas l'économie de quelques interventions chirur-

(18) Voir notre thèse. Chapitre VIII, page 89. Facteurs vasculaires dans le pneumothorax controlatéral.

gicales dont le caractère définitif ou la gravité effraie toujours : phrénicectomie et thoracoplasties. Associées au pneumothorax contro-latéral ces opérations voient leur efficacité considérablement accrue.

L'efficacité du pneumothorax contro-latéral se juge très vite. Point de tâtonnement, point d'incertitude : ou il est efficace, ou il faut l'abandonner. En deux mois son action est jugée. Un temps trop long n'a pas été perdu, et il est possible alors de faire intervenir d'autres méthodes collapsothérapiques.

Le pneumothorax contro-latéral utilise à son profit certaines malformations ou dispositions anatomiques défavorables à la collapsothérapie homolatérale. Nous voulons parler des hernies médiastinales. Très fréquentes, pour certains auteurs même (Eber) quasi constantes, ces distensions médiastinales localisées rendent manifeste l'action du pneumothorax contro-latéral qui s'en trouve grandement favorisée.

Un autre avantage dont l'avenir seul montrera la valeur, est l'action préventive possible d'un pneumothorax contro-latéral dans les bilatéralisations. L'établissement d'une collapsothérapie contro-latérale, en évitant la suractivité fonctionnelle et vicariante du poumon opposé au poumon malade, peut-elle empêcher une bilatéralisation ? Seules des observations nombreuses et bien suivies permettront de répondre à cette question d'un si gros intérêt pronostique. Et si la solution était conforme à l'espérance qu'elle contient, il faudrait voir dans ce fait la conséquence la plus heureuse peut-être de la collapsothérapie contro-latérale déjà riche pourtant en réalisations pratiques.

Le pneumothorax contro-latéral est indispensable dans le traitement de certaines lésions : l'hémoptysie dans un poumon symphysé.

Enfin, dernier avantage, et non des moindres, la pratique du pneumothorax contro-latéral permet de traiter activement un plus grand nombre de cas de tuberculose pulmonaire, ceux du moins qui demanderaient une collapsothérapie pneumothoracique et que l'existence d'une symphyse pleurale oblige à abandonner ou à livrer aux méthodes chirurgicales.

En effet le champ d'action de la collapsothérapie par le pneumothorax homolatéral ne peut qu'être relativement peu étendu si l'on s'en tient à d'honnêtes indications. La découverte et l'étude, de plus en plus précisée, ces dernières années, de l'effet contro-latéral, ouvrent des horizons plus vastes à la collapsothérapie. Nous ne pouvons faire mieux que rapporter à ce sujet l'opinion de Parodi, exprimée dans son livre « Le repos physiologique du poumon par hypotension » : L'importance de cette intervention (le « pneumothorax contro-latéral) est grande car elle « permet d'augmenter sensiblement le pourcentage « des cas de tuberculose qui peuvent être curables « par le pneumothorax. En effet la moitié des cas ne « peuvent être curables par le pneumothorax du fait « de la soudure des cavités pleurales ». Se basant sur la statistique des tentatives d'insufflation pratiquées au cours de l'année 1932-1933 dans son service, il constate que « sans tenir compte de l'indication cli- « nique, mais du seul fait que tout tuberculeux peut « devenir justiciable à un moment donné d'un trai- « tement par la collapsothérapie, le pneumothorax « homolatéral ne pourrait être appliqué que dans « 53 % des cas. En pratiquant, par contre, le pneu- « mothorax contro-latéral, on obtient le pourcentage « de 89 %. Ce pourcentage peut être augmenté des « cas de pénétrabilité tardive de la cavité pleurale, ce « qui permettrait « en principe » de traiter, à temps, « par la méthode de Forlanini, la presque totalité des « cas de tuberculose pulmonaire accessibles au pneu- « mothorax, diminuant de cette façon le nombre des « interventions chirurgicales dont les résultats, pro- « ches et lointains, sont beaucoup plus douteux que « ceux d'un pneumothorax ».

E. Conclusions. — Tous ces avantages que la théorie fait prévoir et que la pratique confirme permettent de bien augurer de l'avenir de cette méthode et nous ne pensons pas que c'est à elle que puisse s'appliquer ce scrupule si juste formulé par Forlanini : « Il y a peut-être lieu de craindre que la juste mesure, dans l'application de cette méthode (le pneumothorax homolatéral), puisse être dépassée ».

En effet, quand, dans un grand service de phtisiologie, dans un centre sanatorial où la collapsothérapie est employée sur une grande échelle, on constate le nombre d'incidents ou de complications qui grèvent son application, il est difficile souvent, même pour un spécialiste, de ne pas se sentir envahir d'un certain doute décourageant. Pour un pneumothorax de collapsus idéal, électif, non compliqué, combien d'autres aux réactions liquidiennes, pas toujours transitoires, survenant au cours d'insufflations pourtant techniquement parfaites ! Et les adhérences pleurales, les brides plus ou moins denses, dont la section ne vient pas toujours à bout — quand elle n'est pas à l'origine d'une complication ? Et les perforations pulmonaires sur pneumothorax thérapeutique... ? Combien de pneumothorax partiels, entretenus quasi religieusement, et pourtant d'action illusoire — quand une complication intercurrente ne vient pas brutalement assombrir le pronostic ! Et les ensemencements du côté opposé ? Et ces pneumothorax contro-électifs ou les lobes sains, comprimés, ont perdu pratiquement toute valeur fonctionnelle ? Il est difficile de donner des chiffres, d'établir un pourcentage exact de ces incidents ou de ces complications.

Toutes les statistiques sont en partie faussées, moins peut-être par l'absence de sincérité des auteurs que par une certaine habitude, acquise à la longue, de ces échecs ou demi-succès. En effet, tient-on compte des pneumothorax irréalisables, des abandons après quelques insufflations ?

Fixée par des règles théoriques très précises et que dès les *deux* premières insufflations *on doit observer*, la technique du pneumothorax contro-latéral exige :

1° Une plèvre entièrement libre ;

2° Un médiastin mobile ;

3° Une détente hypotensive (insufflations toujours très négatives — le plus possible).

Et cela nous paraît un avantage non négligeable de pouvoir faire état de règles très précises dans un acte thérapeutique !

Les complications du pneumothorax contro-latéral, si toutes les précautions ont été minutieusement observées, sont *rares* et toujours *de pronostic bénin*,

quelle qu'en soit la gravité apparente, car elles ne sont, le plus souvent, *qu'instrumentales* et le *poumon collabé est sain.*

Ce sont :

1) De très rares réactions liquidiennes;

2) La perforation ;

3) Une certaine gêne respiratoire, une certaine tachycardie par déviation médiastinale trop accentuée. En fait ces troubles cardio-respiratoires sont rarement observés (si la collapsothérapie est toujours en détente). D'ordre purement mécanique, ils sont très facilement améliorés par l'espacement des insufflations qui permet au médiastin de reprendre une situation plus normale.

Ainsi par tous ces avantages le pneumothorax contro-latéral primitif occupe une place très particulière dans la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire. Les débuts de cette nouvelle méthode thérapeutique sont prometteurs. Certes elle est en période d'expérience ; et on ne peut souhaiter encore sa pratique courante en phtisiologie. Un enthousiasme réfléchi doit peu à peu dégager ses possibilités... et ses limites. Il n'était pas inutile de faire le point. C'est à quoi nous nous sommes bornés dans cette modeste étude.

XXIIIe SESSION DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS DES ASSISES DÉPARTEMENTALES SUR L'ÉNURÉSIE

L'Enurésie ou Incontinence nocturne est considérée comme un trouble fonctionnel psycho-organique, le plus souvent simple retard d'établissement de la fonction cérébrale d'inhibition des réflexes médullaires. En effet, *la grande énurésie*, définitive et incurable, est rare, comparativement à la *petite énurésie*, temporaire et d'un pronostic favorable (Cher).

Normalement, entre quinze et trente mois, l'enfant devient « propre ». On peut parler d'un retard de fonction, s'il n'en est pas ainsi passé l'âge de trois ans (Bouches-du-Rhône). Cependant des enfants deviennent incontinents après une période de continence (Loiret).

Le plus grand nombre des enfants énurésiques, vus par le médecin, ont de cinq à dix ans ; un petit nombre de ceux-ci reste incontinent jusqu'à la puberté, rarement après. Au régiment, il y a en moyenne un énurésique pour quatre à cinq mille recrues.

Un très grand nombre d'observations mettent en valeur le rôle du terrain familial : famille où plusieurs frères et sœurs sont énurésiques, parfois comme leurs parents (Vaucluse, Seine-et-Oise, Côte-d'Or, Charente-Inférieure, Dordogne, Cher, Ille-et-Vilaine, Bas-Rhin, etc.). Le médecin ne manque pas de rechercher la syphilis héréditaire à l'origine de ces constatations (Isère). L'opinion la plus répandue, telle qu'elle résulte de ces Assises, est la suivante : la syphilis paraît jouer un rôle incontestable, du moins chez les enfants arriérés (Doubs), mais on ne la trouve pas dans une infinité d'autres cas. Cette constatation est si souvent faite que plusieurs départements soulignent que la notion de syphilis héréditaire entre peu en ligne de compte et certains même nient toute corrélation (Loir-et-Cher, Eure-et-Loir, Pyrénées-Orientales, Bas-Rhin, Hérault, Cher, Ille-et-Vilaine). Aux résultats favorables du traitement spécifique, parfois mentionnés, il est opposé un bien plus grand nombre de résultats pour le moins médiocres ou décevants. L'alcoolisme et la tuberculose sont observés bien plus souvent que la syphilis dans l'hérédité des énurésiques.

On observe très généralement l'Enurésie sur terrain névropathique ; elle coïncide fréquemment avec d'autres manifestations nerveuses, individuelles ou familiales, chez des sujets à développement névraxial retardé. Par contre, les malformations osseuses lombo-sacrées, jusqu'ici souvent invoquées, ne sont retrouvées, dans l'ensemble, ni par les cliniciens, ni par les radiologues : la plupart des spina constatés chez l'adulte n'ont pas donné lieu à énurésie.

Le rôle de l'hypnose retient beaucoup plus l'attention : sommeil si rapidement profond des énurésiques, rêves déclenchant la miction, d'où les désignations proposées d'« incontinence hypnosique », « incontinence onirique » (Passarini, de Béziers).

Les malformations génito-urinaires (phimosis, hypospadias surtout), les troubles digestifs (vers intestinaux), l'adénoïdisme sont des causes souvent relevées et dont le traitement fait parfois cesser l'énurésie. De même ordre, semblent les succès des thérapeutiques variées, soit de petite chirurgie (injections périnéales ou épidurales), soit médicamenteuses (surtout modificateurs neuro-végétatifs, belladone et dérivés). Il y a plus de faveur pour : 1° la thérapeutique s'attachant à modifier le Ph urinaire (en combattant l'alcalose fréquente par les solutions acides, surtout phosphoriques) ; 2° l'action sur les insuffisances glandulaires par l'opothérapie ; 3° l'utilité de l'hygiène générale et la physiothérapie.

Mais avant tout, les médecins et ces Assises mettent au premier plan le parti à tirer de *l'éducation* et de la *rééducation* des énurésiques, pour développer un *sens urinaire* défaillant (Curel de Saint-Saturnin-les-Apt). L'éducation vésicale bien conduite est considérée comme la mesure prophylactique la plus efficace.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE ANNUELLE DU 8 DÉCEMBRE 1936 (*suite*)

PRIX DÉCERNÉS EN 1936 (1)

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé et M. le ministre de la Santé publique a bien voulu accorder pour le Service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1935, des médailles d'honneur de l'Hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

1° *Médaille d'argent :* M. le docteur Uzan (Maurice), de Vals-les-Bains.

2° *Médaille de bronze :* M. le docteur Pouy (Roger), de Capvern.

SERVICE DE L'HYGIÈNE ET DES MALADIES CONTAGIEUSES. — L'Académie a proposé et M. le ministre de la Santé publique a bien voulu accorder les récompenses ci-après aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de protectorat pendant l'année 1935.

1° *Rappel de médaille de vermeil :* M. le professeur Rochaix (de Lyon).

2° *Médaille de vermeil.* — M. Massonet

3° *Médailles d'argent :* MM. les docteur Savornin, Lavigne, Peretti, Triollet, Jouen, Duvic, Lévy-Robert, Despeigne, Monpère, Salvan.

(1) Fin. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1936, n° 99, p. 1724.

4° *Médailles de bronze* : MM. Lafenestre, Liard, Leclainche, Hazemann, François, Dumonteil, Coic, Mounié, Besson, Chrétien, Dupeyroux ;

MM. les docteurs Cléret, Vilette, Lesbroussart, Pitti-Ferrandi, Vidy, Scherb, Eudes, Barelle, Boulangier, Delteil, Renard, Faucillon, Gillard, Lemesle, Joly, Lancelot, Lemaire, Altenbach ;

MM. Bendali Braham, Palomba, Tanton.

SERVICE DE LA VACCINE. — 1° *Vaccination anti-variolique.* — L'Académie accorde, pour le Service de la vaccination anti-variolique en 1935 :

1° *Médailles de vermeil* : MM. les docteurs Nicolai, à Alger ; Pagès, à Alger.

2° *Rappel de médaille d'argent* : M. le docteur Liaguet, à Bordeaux (Gironde).

3° *Médailles d'argent* : MM. les docteurs Cambillet, à Boukanefis (Algérie) ; Eyssette-Aucaigne, à Vialar (Algérie) ; Forrer, à Dettwiller (Bas-Rhin) ; Haag, à Ribeauvillé (Haut-Rhin) ; Monpère, à La Meskiana (Algérie) ; Rivière, à Oued-Taria (Algérie) ; Saintourens, à Barika (Algérie) ; Schott, à Colmar (Haut-Rhin) ; Triollet, à Saint-Arnaud (Algérie) ; Winter, à Thann (Haut-Rhin) ; M. Allègre, à Marseille (Bouches-du-Rhône).

4° *Rappel de médaille de bronze* : M. Toure, à Pita (Guinée-Française).

5° *Médailles de bronze* : MM. les docteurs Bostetter, à Brumath (Bas-Rhin) ; Conrath, à Neuf-Brisach (Ht-Rhin) ; Favre, à Saint-Etienne (Loire) ; Federlin, à Wesserling (Haut-Rhin) ; Fenolhac, à Combronde (Puy-de-Dôme) ; Gachon, à La Bourboule (Puy-de-Dôme) ; Jaeger, à Colmar (Haut-Rhin) ; Jozancy, à Saint-Gervais-d'Auvergne (Puy-de-Dôme) ; Kappler, à Strasbourg (Bas-Rhin) ; Kraemer, à Pfaffenhoffen (Bas-Rhin) ; Krieg, à Lauterbourg (Bas-Rhin) ; Metz, à Strasbourg-Neudorf (Bas-Rhin) ; Muller, à Molsheim (Bas-Rhin) ; Papon, à Combronde (Puy-de-Dôme) ; Perrier, à La Monnerie-le-Montel (Puy-de-Dôme) ; Schmittbuhl, à Schirmeck (Bas-Rhin) ; Mmes Gabette, née Estrade, à Aubervilliers (Seine) ; Gibeaudeau, à Fort-National (Algérie) ; Tain, née Dufour, à Paris ; Mlles Cocq, à Lille (Nord) ; Durand, à Taher (Algérie) ; MM. Bendi, à Bel-Abbès (Algérie) ; Benjeddou, à Morris (Algérie) ; Belkodja, à Vialar (Algérie) ; Blein, à Audenge (Gironde) ; Cherfi, à Bordj-Menaiel (Algérie) ; Dang-ngoc-hieu, à Bac-Kan (Tonkin) ; Diallo, à Labé (Guinée française) ; Engerbeaud, à Arveyres (Gironde) ; Fœrstner, à Strasbourg (Bas-Rhin) ; Lang, à Strasbourg-Kœnigshoffen (Bas-Rhin) ; Mamoun, à Canrobert (Algérie) ; Méral, à Ivry-sur-Seine (Seine) ; Roustang, à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Rueff, à Strasbourg-Kœnigshoffen (Bas-Rhin) ; Sow, à Labé (Guinée française) ; Thao-king, à Saravane (Laos) ; Tran-van-tri, à Cat-Bonat, province de Xieng-Khovang (Laos) ; Urlacher, à Strasbourg-Neudorf (Bas-Rhin).

2° *Vaccination antidiphtérique.* — L'Académie accorde pour le Service de la vaccination antidiphtérique en 1935 :

1° *Rappel de médaille d'argent* : M. Bernard, à Bourg-en-Bresse (Ain).

3° *Médailles d'argent* : Mme le docteur Perrot, à Saint-Etinne (Loire) ; MM. les docteurs Michel, à Croisilles (Pas-de-Calais) ; Mosse, à Saint-Etienne (Loire) ; Touillon, à Bourg-en-Bresse (Ain) ; Mlles Grenier, à Paris ; Pasteau, à Paris ; M. Gigodot, à Villebois (Ain).

4° *Médailles de bronze* : MM. les docteurs Aribaud, à Condrieu (Rhône) ; Bollet, à Saint-Etienne (Loire) ; Dubois, au Havre (Seine-Inférieure) ; Grancher, à Rouen (Seine-Inférieure) ; Riou, à Saint-Etienne (Loire) ; Mmes Bonnemaison, à Tunis ; Clément, à Tunis ; Gay-Massal, à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Peyron, à Saint-Etienne (Loire) ; Rambeaud, à Saint-Etienne (Loire) ; Mlles Ambard, à Saint-Etienne (Loire) ; Celle, à Saint-Etienne (Loire) ; Cuisinier, à Saint-Etienne (Loire) ; de Fontbrune, à Tunis ; Echalier, à Paris ; Fournier, à Saint-Etienne (Loire) ; Moranges, à Tunis ; Pourrat, à Tunis ; Ruol, à Saint-Etienne (Loire) ; Sallenave, à Tunis ; Siruget, à Tunis ; MM. Boulot, à Saint-Etienne (Loire) ; Chaunier, à Montluel (Ain) ; Famy, à Vaux-en-Bugey (Ain) ; Terrier, à Virieu-le-Grand (Ain).

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1936)

Titres apparents et titres réels des sérums antitoxiques. — M. WEINBERG et Mlle GUILLAUMIE. Le titre anti-hémolytique d'un sérum varie avec l'échantillon de l'hémolysine utilisée pour le titrage.

La méthode classique de titrage des sérums antitoxiques adoptée par le Comité d'hygiène de la Société des Nations ne donne pas de précision suffisante. On n'obtient, par cette méthode, que le titre apparent. Le titre réel, exact, d'un sérum antitoxique ne pourra être obtenu que lorsqu'on sera arrivé à préparer à l'état pur la toxine et les anticorps du sérum spécifique.

En attendant, nos efforts doivent tendre à pratiquer les titrages dans des conditions qui permettent d'obtenir dans les différents pays des résultats au moins comparables.

Pour y arriver, un seul moyen : pratiquer le titrage des sérums spécifiques avec la dose-test des toxines stabilisées et de même préparation qui seraient envoyées dans tous les laboratoires par les soins du Comité d'hygiène de la Société des Nations.

Libération diastasique d'acétylcholine par le foie. — MM. J. GAUTRELET, E. CORTEGGIANI, A. KASWIN et C. MENTZER. Dans le foie de cobaye, on peut affirmer la libération par mécanisme diastasique d'une substance analogue à l'acétylcholine et à la choline.

Sur l'existence d'un complexe libérant l'acétylcholine dans les centres nerveux sous l'influence de la chaleur. — MM. E. CORTEGGIANI, J. GAUTRELET, A. KASWIN et C. MENTZER. Le cerveau de cobaye, de rat et de chien et même les ganglions cérébroïdes de l'escargot renferment de l'acétylcholine libre et un complexe susceptible, sous l'influence d'une température élevée. de libérer de l'acétylcholine.

Contribution à l'étude de la choline et de l'acétylcholine chez les invertébrés. Recherche dans les organes d' « *Hélix pomatia.* — MM. C. MENTZER, A. KASWIN, E. CORTEGGIANI et J. GAUTRELET. Dans l'hépato-pancréas d'*Helix*, se pose la question de la présence de choline libre : l'acétylation seule étant susceptible de la mettre en évidence. Dans les ganglions nerveux, la présence de choline n'est pas douteuse. Si dans l'hépatopancréas, on ne peut mettre en évidence que des traces d'acétylcholine, les ganglions nerveux en contiennent beaucoup et le taux en est doublé par le chauffage vers 70°.

Etude des modifications du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire chez l'homme au cours de l'hyperthermie provoquée. — MM. PASTEUR-VALLERY-RADOT, G. MAURIC et J. LEMANT ont exploré des réflexes oculo-cardiaque et solaire chez l'homme au cours de l'hyperthermie provoquée par l'huile soufrée. Les résultats ont été enregistrés sur des oscillogrammes. Au cours de l'hyperthermie, le réflexe oculo-cardiaque est atténué ou inversé et le réflexe solaire augmenté d'intensité.

L'hyperthermie provoquée entraîne donc chez l'homme une tendance à la sympathicotonie qui peut persister parfois trois jours après le retour de la température à la normale.

Modifications neuro-végétatives chez l'homme au cours d'hyperthermies provoquées par différentes méthodes et au cours des affections fébriles. — MM. PASTEUR-VALLERY-RADOT, G. MAURIC et J. LEMANT. Au cours des hyperther-

mies, il existe une tendance à la sympathicotonie transitoire.

Action des ricinoléates solubles sur le virus du typhus murin. — M. VIOLLE. Le virus du typhus murin est très sensible à l'action des ricinoléates solubles. Le cerveau d'un rat contaminé, trituré et émulsionné en présence d'une solution faible de ricinoléate de triethanolamine perd très rapidement sa virulence.

Recherches sur le choc anaphylactique « in vitro ». Mise en liberté d'une substance active par le poumon isolé du cobaye sensibilisé. — MM. G. UNGAR et J.-L. PARROT ont pu provoquer le choc anaphylactique sur des organes isolés. En mettant en contact le poumon d'un cobaye sensibilisé et l'antigène, le liquide ambiant s'enrichit d'une substance qui, appliquée sur l'intestin isolé du cobaye, en détermine la contraction. Il s'agit vraisemblablement d'une substance histaminique.

L'éosinophilie médullaire des asthmatiques. — MM. Robert DEBRÉ, Maurice LAMY et Jean BERNARD montrent que la ponction systématique de la moelle sternale des asthmatiques permet de mettre en évidence une notable éosinophilie médullaire. Cette éosinophilie médullaire a été retrouvée par les auteurs dans tous les cas étudiés par eux jusqu'à présent.

Atteignant des taux élevés au cours de la crise d'asthme (15 à 20 % des éléments nucléés de la moelle), elle persiste modérée dans leur intervalle. L'aspect des moelles asthmatiques piquetées d'éléments acidophiles est tout à fait saisissant. Les cellules éosinophiles qui transforment ainsi l'image médullaire, sont en proportion à peu près égale des myélocytes, des métamyélocytes et des polynucléaires éosinophiles. L'éosinophilie médullaire peut être importante dans des cas mêmes où l'éosinophilie sanguine reste discrète.

Influence des glucides, lipides et protides sur le quotient respiratoire et le métabolisme de base de l'homme au repos et en équilibre thermique. — MM. Raoul LECOQ et Joseph-M. JOLY montrent, au moyen de déterminations échelonnées sur quatre heures chez le sujet au repos et en équilibre thermique, que l'ingestion de glucose, d'huile d'olive ou de peptone entraîne des modifications très comparables des échanges respiratoires, malgré les caractères chimiques importants qui séparent les glucides des lipides et des protides. Il est probable que, dans tous les cas, un processus complexe de combustion s'institue, où chacun des représentants des diverses fractions organiques est intéressé.

Injection continue intraveineuse d'adrénaline chez un Addisonien. — MM. A. BAUDOUIN, E. AZÉRAD et J. LEWIN ont injecté de l'adrénaline par voie veineuse d'une façon continue à un malade atteint d'un syndrome addisonien typique, dans l'intention de suppléer à une déficience supposée de la sécrétion surrénale. Ils ont constaté les faits suivants :

1° La dose d'adrénaline tolérée par ce malade a été beaucoup plus forte que celle tolérée par un sujet normal. Il a pu être injecté en une seule séance de 1 h. 15 minutes jusqu'à 1 mgr. 4 de cette hormone ;

2° La tension artérielle n'a pu être élevée que dans de faibles proportions (de 7 1/2 à 9 et de 9 à 11). Cette élévation se produit peu de temps après le début de l'injection et ne se modifie plus malgré l'augmentation de la vitesse d'injection ;

3° De plus, une hyperglycémie notable (2 gr. 29) a été observée. De ces faits, les auteurs concluent que la déficience de sécrétion adrénalinique n'est pas en cause, ou ne joue qu'un rôle secondaire dans la pathogénie du syndrome d'insuffisance surrénale.

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1936)

Sur le pouvoir prémunisant des cultures de bacilles acido-résistants à colonies lisses, isolés de cobayes neufs. — MM. J. VALTIS et F. VAN DEINSE. Les bacilles tuberculeux du type nouveau, isolés de cobayes neufs, et avirulents pour cet animal, ont chez lui un pouvoir prémunisant, surtout marqué pour une infection d'épreuve par des bacilles humains relativement peu virulents.

Haute gravité des morsures de la face et endoneurocytes du trijumeau. — L'existence des neurones dans les nerfs de la face, des endoneurocytes parasités, permet, d'après M. MANOUELIAN, d'expliquer la haute gravité des morsures de la face dans la rage.

Virulence des nerfs de la face au cours de la rage. — Les nerfs périphériques sont généralement peu virulents, alors que les nerfs de la face contiennent, d'après M. MANOUELIAN, beaucoup de virus, au même degré que les centres nerveux tels que le bulbe, la protubérance. En réalité, les nerfs sensitifs du trijumeau sont de vrais centres nerveux contenant des neurones, des endoneurocytes parasités.

Neutralisation de l'hémolysine de la toxine tétanique par les sérums normaux. — M. E. LEMÉTAYER. Tous les sérums de ces espèces ont pour l'hémolysine tétanique une action neutralisante qui n'est pas le résultat de l'immunisation naturelle au moyen de l'antigène tétanique.

Sur le mécanisme de l'immunité antitoxique naturellement acquise. Nouvelle démonstration portant sur l'immunité antiricinique. — MM. G. RAMON et R. RICHOU. Il apparaît dans le sérum de moutons dont la ration alimentaire quotidienne est additionnée de tourteau de ricin, de l'antitoxine tétanique neutralisant la toxine qu'élaborent, dans leurs réservoirs prégastriques, les germes du tétanos amenés là par les fourrages. Les mêmes animaux peuvent, dans des conditions analogues, tirer parti de l'antigène contenu dans le tourteau de ricin pour la production de l'antiricine.

Sur la présence d'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle chez le rat, la poule et le pigeon. — M. R. RICHOU. L'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle, recherchée chez le rat, la poule et le pigeon, fut décelée à des taux divers chez certains rats et beaucoup moins fréquemment chez la poule et chez le pigeon.

Ces résultats, confirmant ceux obtenus antérieurement, montrent combien est variable la présence et le taux de l'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle, suivant l'espèce, la race, l'âge et les conditions de vie.

Hémolysine de la toxine tétanique et antihémolysine. — M. E. LEMÉTAYER. L'étude comparative du pouvoir neurotoxique et du pouvoir hémolytique de la toxine tétanique, de même que celle du pouvoir antitoxique et antihémolytique des sérums d'animaux immunisés avec la toxine spécifique, montrent que la présence de l'hémolysine est sans relation avec celle du véritable poison : la tétanospasmine, et que la toxine tétanique est avant tout une neurotoxine.

Eloge nécrologique de M. Ed. PERRONCITO. — M. Ch. ACHARD, président.

L'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle chez la souris. — MM. H. BONNET, S. THIEFFRY et Mlle C. MONTEFIORE ont cherché à déterminer si la souris blanche était capable de s'immuniser spontanément contre le staphylocoque et d'avoir, dans son sang, une certaine quantité d'antitoxine naturelle. Ils constatent qu'en effet l'antitoxine staphylococcique naturelle peut exister chez cet animal. Elle est pratiquement inexistante chez la souris jeune ; mais quand l'animal vieillit, l'antitoxine peut apparaître, sa présence n'est pas constante : elle varie non seu-

lement suivant l'âge, mais encore suivant les conditions d'élevage. A âge égal l'antitoxine existe dans le sérum des souris de certains centres d'élevage ; elle n'existe pas chez d'autres souris élevées dans d'autres laboratoires, dans des conditions paraissant cependant identiques.

Modifications expérimentales du pouvoir pathogène de l'amibe dysentérique. — M. R. Deschiens. Le pouvoir pathogène de certaines souches d'amibes dysentériques, cultivées pendant un temps prolongé dans des conditions de culture données, peut subir une atténuation importante, le taux d'infection (20 chats inoculés par expérience) passant de 30 p. 100 à 3,45 p. 100.

L'addition à une souche d'amibes peu virulente V D G (taux d'infection 3,45 p. 100) de liquide de culture provenant d'une souche très virulente (taux d'infection 86 p. 100) mais privée d'amibes, redresse le pouvoir pathogène (taux d'infection 16,6 p. 100).

L'addition à une souche d'amibes de virulence moyenne D G A (taux d'infection 30 p. 100) de corps de bacilles typhique, paratyphique A et paratyphique B tués par l'alcool-éther, redresse le pouvoir pathogène (taux d'infection 70 p. 100) et détermine une dysenterie amibienne térébrante d'une extrême gravité.

L'ensemble de ces résultats est favorable à la participation de la flore associée aux amibes dysentériques dans la détermination de l'ambiase.

(Séance du 28 novembre 1936)

Ultrafiltration et taille du virus rabique. — MM. Levaditi, Païc et Mlle Krassnoff. Il ne paraît pas y avoir d'écarts considérables, du point de vue de l'ultrafiltrabilité et de la taille des unités virulentes, entre une souche négrigène, et une autre souche fixe, dont la négrigénèse est pratiquement nulle. Par ailleurs, il en résulte que les éléments virulents de deux virus neurotropes, celui de la rage et celui de la poliomyélite, se comportent différemment quant à leur ultrafiltrabilité et leurs dimensions respectives, les premiers étant plus petits que les seconds (8 à 12 mμ, contre 160 à 240 mμ). Le milieu qui enrobe le germe (névraxe) ne joue donc ici qu'un rôle de second plan.

Variation du pouvoir infectant d'un virus de souris en fonction du régime. — M. P. Giroud. Les variations de l'alimentation peuvent déterminer des modifications d'un facteur pathogène dans un organisme spontanément infecté même chez un animal assez résistant aux carences.

Un régime sans verdure peut conférer au cerveau d'une souris porteuse d'un virus inapparent un pouvoir pathogène pour le cobaye.

Action retardante exercée par des injections sous-cutanées de stéarate, de palmitate ou de laurate d'éthyle sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye. — MM. L. Nègre, A. Berthelot et J. Bretey. Des injections sous-cutanées bihebdomadaires de 0,5 cc. de stéarate, de palmitate ou de laurate d'éthyle à des cobayes qu'on vient de tuberculiser, ralentissent l'évolution de leurs lésions.

Caractères biologiques de deux souches de bacille tuberculeux type S isolés par culture directe du sang chez de jeunes enfants morts de généralisation tuberculeuse. — M. P. Armand-Delille a étudié, avec la collaboration de M. Schaefer, les caractères de deux souches type S de bacilles isolés de jeunes enfants tuberculeux.

Ces bacilles qui, par leurs caractères culturaux, se rapprochent des bacilles aviaires, mais n'en ont pas la virulence pour la poule et le lapin, ont la propriété de produire chez le lapin un sérum donnant la déviation du complément à un taux très élevé en présence de la souche homologue, alors qu'il est très faible en présence d'autres souches S.

Influence du débit gazeux sur les courbes de passage utérotubaire chez la femme. — M. R. Palmer. En utilisant successivement des débits de 20 et de 5 cc. à la minute, on constate que l'amplitude des oscillations de la courbe décroît, mais que leur nombre reste sensiblement le même (5 à 10 par minute), ce qui fait penser à un phénomène musculaire rythmé. Aux débits employés, le gaz ne passe pas du tout pendant les phases ascendantes de la courbe, il s'agit donc de relâchement périodique de la trompe ou des fibres utérines entourant sa portion interstitielle.

Election. — M. Sannié est nommé membre titulaire.

LIVRES NOUVEAUX

Les Savoirs du temps présent. — **Savoir opérer,** par le professeur Jean-Louis Faure, membre de l'Institut (1).

Le professeur Jean-Louis Faure vient de publier, chez Albin Michel, un charmant petit livre dans lequel les médecins, comme les chirurgiens, retrouveront avec joie les idées généreuses et le bon sens bien français du Maître qui écrivit un jour « l'Ame du chirurgien ». Mais ce ne sont pas seulement nos confrères qui liront avec fruit ce livre, ce sera aussi le public éclairé qui s'intéresse tant aux choses de la chirurgie. Le livre de J.-L. Faure sera pour cette catégorie de lecteurs un guide sage et sûr.

En retraçant rapidement l'évolution et les étapes de la chirurgie, J.-L. Faure nous fait bénéficier non seulement de son expérience personnelle, mais aussi de celle des autres. Le grand voyageur est allé voir opérer dans le monde entier, il a fait des remarques très judicieuses qui montrent que la France garde toujours son rang. L'histoire des gants de Chaput qu'il vulgarisa, la comparaison des instruments de chirurgie étrangers et de ceux de Charrier et Collin, bien d'autres détails sont à retenir à ce point de vue.

Puis J.-L. Faure nous parle de la décision opératoire, de la salle d'opération, des aides, de la préparation morale et matérielle de l'opéré, de l'opération elle-même. Tout cela est bon à lire et à méditer.

Faut-il ajouter que l'éditeur a apporté tous ses soins à ce bréviaire, qui est présenté avec un goût très sûr.

F. L. S.

Vient de paraître. — Le **Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques,** par Louis Vidal (XVIIIe édition, 1937).

L'ouvrage, de 2.034 pages (10 1/2×16 1/2), de maniement commode, luxueusement relié, comprend trois parties :

1° Le Dictionnaire proprement dit, où sont groupées de nombreuses documentations nouvelles ; les textes anciens ont été souvent remaniés et complétés ; les prix sont mentionnés ; une sélection rigoureuse permet les prescriptions aux assurés sociaux sans risquer la moindre réaction administrative.

2° La Nomenclature nominale des spécialités pharmaceutiques, avec adresses des fabricants, a également été mise à jour, ainsi que :

3° La Nomenclature des spécialités, classées par laboratoires, qui permet de retrouver un produit dont seul le nom du fabricant est connu.

Le *Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques*, doyen des ouvrages de documentation, véritable encyclopédie de la spécialité pharmaceutique, reste pour le médecin l'ami fidèle, à portée de la main, et continuera comme par le passé à lui rendre les services quotidiens auxquels il est accoutumé.

Office de Vulgarisation pharmaceutique, 107, rue Lafayette, à Paris.

(1) **Un volume 10×15 broché, impression en deux couleurs sur beau papier. Prix : 10 fr. — Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris.**

INFORMATIONS

(Suite)

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique gynécologique de l'Hôpital Broca. — Un cours de perfectionnement aura lieu, sous la direction de M. le professeur P. Mocquot, du 4 au 16 janvier 1937.

Droit : 200 francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté.

Clinique médicale de la Pitié. — Sous la direction de M. le professeur A. Clerc et de M. Ch. Aubertin, agrégé, médecin de la Pitié, un cours de perfectionnement sur les *maladies du cœur et des vaisseaux* commencera le 11 janvier 1937, à 10 heures, à l'hôpital de la Pitié, pavillon La Rochefoucauld (service 6).

Prix du cours complet : 250 fr. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté.

Cours du professeur Portmann (1936-1937). — Ces cours auront lieu : 1° *à Bordeaux :* enseignement clinique ; cours spéciaux sur les nerfs craniens (18 janvier 1937) ; broncho-œsophagoscopie (5-10 avril 1937) ; anatomie pathologique (12 avril-1er mai 1937) ; cours de perfectionnement en français (5-17 juillet 1937) ; American Course (26 juillet 1937).

Pour renseignements, s'adresser au professeur G. Portmann, 25, cours de Verdun, à Bordeaux.

2° *A Paris*, enseignement clinique ; cours spéciaux d'initiation (8 décembre 1936) ; sur les nerfs craniens (20 janvier 1937) ; broncho-œsophagoscopie (7 juin-12 juin 1937) ; pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique (octobre 1937).

Pour renseignements, s'adresser au professeur G. Portmann, clinique Franklin, 15, rue Franklin, Paris.

Institut d'hygiène de la Faculté de Médecine de Paris. — L'enseignement spécial en vue de l'obtention du *diplôme d'hygiène* commencera le 5 janvier 1936, sous la direction de M. le professeur Tanon, assisté de MM. Joannon, Navarre, Marcel Clerc, Lantz et Bzowski.

Inscriptions : secrétariat de la Faculté (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h.

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'externat

LISTE ALPHABÉTIQUE DES CANDIDATS AYANT REMIS TROIS COPIES

Mlle Abdallah, MM. Adda, Ageorges, Aïchenbaum, Albou, Mlle Alhinc, M. Allary (Michel), Mlle Allary (Odette), MM. Alloiteau, Amiable, Amiran, Anencov, Anghert, Anthony, Apkarian, Attal, Attuil, Aublin, Audbourg, Aumont, Auquier, Auregan, Autier, Auvert, Auzoux, Azoulay,

MM. Baccouche, Bach, Badie, Badin, Bahri, Baillet, Bailly, Bakhchayech, Balandra, Baltié, Barbier (Louis), Barbier (Michel), Barety, Baron, Barrabé, Barret, Barrière, Barrois, Bassir, Bataille, Baudy, Mme Baumann, MM. Béal, Beck, Becuwe, Mlle Begzadian, MM. Béhar, Beinis, Bellot, Mlle Benard, M. Bendit, Mlle Benezit, MM. Benidir, Bennoun, Benoit (Claude), Benoit (Pierre), Ben Yallouz, Berche, Berdjis, Bergeron, Berille, Mlle Berman, M. Bermann (Maurice) Mlle Bernard, MM. Bernard (Pierre), Berne-Joffroy, Bertho, Bertier, Besle, Bessis, Betuel, Beurrier, Bey, Beyer, Bidault des Chaumes, Biera, Bignon, Billaud, Billy, Binet, Biro, Bismuth, Blanc, Blancard, Blanchet, Blanquet, Bleriot, Blinzousky, Bloom, Bluzajd, Boghrati, Boitard, Bokser, Bollier, Bonan, Bonetti, Bonnaïs, Borniche, Bory, Boschatel, Mlle Bottin, MM. Boucheron, Boulay, Bour, Mlle Bourbon, M. Bourdy, Mlle Bourget, MM. Bourgin, Bourgougnon, Boursault, Mlle Bousquet, MM. Boutbien, Boutillier du Retail, Bouttier, Boyer, Brac (Jean), Bracq (Arthur), Braillon, Brami, Brandon, Mlle Brenckle, MM. Briffaut, Brill (Marius), Brille (Pierre), Brisedoux, de Brisson de Laroche, Mlle Brissy, MM. Broutin, Brument, Brumpt, Brunel, Brunois, Bryskier, Buquet, Bureau, Buriat, Busquet,

M. Caballero y Monteagudo, Mlle Caby, M. Cacault, Mme Cadet, MM. Caillard, Calloc'h de Kerillis, Cals, Calvo-Platero, Cambessédès, Mlles Canat, Candou (Jeanne), MM. Candau (Victor), Canivet, Cantorovich, Cany, Caplier, Cappelle, Carcanagues, Cardon, Carles, Carpanetti, Carraud, Carrillo-Maurtua, Casau, Casaurang, Causse (Paul), Mlle Caussé, MM. Cauvin, Cayé, Ceccaldi, Celeste, Mlle Cercus, MM. Chadoutaud, Chaignon, Mlle Chaillet, MM. Chalopin, Chaltiel, Champagne, Champeix, Chancel, Chapelet, Chapeyrou, Chapuis (Gilbert), Chapuis (Jean), Charnel, Mlle Chassaing, MM. Chateau, Chatelin, Chatellier, Chatillon, Chaudouet, Chaumeix, Chaumont, Chaussade, Chauvisé, Chazarain, Mlle Chevallier (Jeanne), MM. Chevallier (Pierre), Chevillard (Marcel), Mlle Chiche, M. Choubrac, Mlles Claus, Clogne, MM. Clot, Cocq (Maurice), Colas, Collas, Collet (Albert), Collonnier, Mlle Colombe, MM. Colsy, Conche (Maxime), Conge (Michel), Conte, Mlle Coqueblin, MM. Corbeil, Corbineau, Corcodel, Corcos (Edmond), Corcos (Vittorio), Cordier (Pierre), Coriat, Cornic, Corrion, Cottard, Cottreau, Couade, Couleru, Coupaye, Courtin, Cousin (Robert), Cousin (Roger), Crabol, Cuche, Cuenca,

MM. Daffos, Danahaeri, Daniel, Darlet, Daudet, Dausset, rite), MM. Denis-Peraldi, Deniziaut, Denvil, Deplus, Demassieux, MM. Deniker, Denis (Jean), Mlle Denis (Marguerite), MM. Denis-Peraldi, Deniziau, Denville, Deplus, Deroide, Descubes, Desjeux, Desmond, Desprez, Dessensé, Dessons, Desvignes, Détré, Devaulx, Devimeux, Devraigne, Mlle Dewé (Aimée), MM. Dewé (André), Dezarnaulds, Diala, Dieckmann, Dikerman, Divisia, Djelvek, Djuvara, Dominguez y Gonzalez, Doualla-Bell, Mlle Douroff, MM. Drain, Dreyfus, Drouin, Dubarry, Mlle Duboin, MM. Dubois (Bernard), Dubois (Georges), Dubois (Jacques), Mlle Duchamp, M. Duché, Mlle Dufresne, MM. Duhamel (Georges), Duhamel (Michel), Dumas (Pierre), Dupain, Dupin-Girod, Dupoux, Dupré (Bernard), Duprey (Albert), Durand (Georges), Duranteau, Durier, Durnerin, Duteil, Mlle Dutilh (Claire), MM. Dutilh (Pierre), Duthuit, Duvaux, Duvelle, Duvillé,

MM. Edelmann, Elgrably, Epstein, Erbeia, Erlich, Erlichman, Escomel, Estève, Etienne, Evrard, Eydieux,

MM. Fabre (Jean-Louis-Marie-Maurice), Fabre (Jean-Louis-Roger), Farchadi, Farzad, Fassin, Favre (Paul), Felgeyrolles, Ferial, Mlle Ferrié, MM. Festal, Feuilloy, Fieschi, Mme Filhoulaud, MM. Fillâtre, Fisz, Flabeau, Mlle Flegenheimer, MM. Florentin, Floriot, Flouquet, Foix (Laurent), Follin, Fondeville, Fontaine (Roger), Forgeois, Forster, Fossaert, Mlle Fossier, MM. Fouassin (Paul), Foucaud, Fouché (Gabriel), Fouchet (Pierre), Fouilloux, Fouks, Foulon, Fourney, François (Armand), François (Raymond), Fresnel, Friedman, Mlles Froebé, Fruton, M. Fucs,

M. Gabe, Mlle Gady, MM. Gaegos, Galey, Gallant, Galopeau, Gamard, Gandelon, Gantier, Garnier (Abel), Gaudibert, Gauthier (Manuel), Gauthier (Paul), Gautier (Jean-Paul), Mlles Gavrilenko, Gay, MM. Gelbsman, Geny, Georges, Gerbeaux (Alain), Mlle Germain, MM. Germain (Roger), German, Germond, Gesundheit, Charib, Mlles Ghitza-Joan, Giard, MM. Gibert (Jean), Gilbert (Henri), Giordano-Orsini, Giorgiu, Girard, Giron, Giudicelli, Mlles Gluntz, Goldring, MM. Golfand (René), Goltz, Gomez, Gorge, Gouault, Mlle Goulfier, MM. Gourdin, Goury, Goust, Grenier, Grès, Grobon, Mlle Grout, MM. Grün, Grünwald, Guegan, Guérin, Guez, Guézou, Guillain, Guillaume, Guillet, Guillon, Guinard, Guy (André), Mlle Guy (Anne), M. Guy (Edouard),

MM. Haari, Halberstadt, Hallot-Boyer, Hamel, Hamon, Hans, Hardre, Hardre, Harlez, Harmel, Hartmann, Hashagen, Mlles Hatt, Hayot, MM. Hechavarria y Vaillant, Heffez, Hekmat, Henry, Hernandez, Hertz, Hervan, Herz, Hinerang, Hirsch, Hirschkopf, Hoffmann, Holleville, Honigsberg, Houzé, Hô-Vinh-Thong, Mlle Huguet, M. Huret,

MM. Iagello, Ichaïa, Imperiali, Ivaldi,

MM. Jacob, Jacquelin, Jacquemin, Jaoui, Japhet, Jimenez, Joannès, Joly (Jean), Joué, Jouhanneaud, Jouin, Jourdan, Jourdan-Laforte, Jouve, Jupeau,

Mlle Kahn-Bruker, MM. Kalmar, Karcher, Kauffmann, de Kermabon, de Kermec'hou de Kérautem, Kerschen, Kerusoré, Kervern, Mlle Khayat, MM. Khiari, Kia, Kiinberg, Kivenko, Mlles Klein, Kniazeff, MM. Kœnig, Koïfman, Mlle Koo, MM. Koskinas, Kouliche, de Kouroch, Kowalski, Krajevitch, Kritter, Kurtag,

Mlles Labarre, Labonde, M. Labonnelie, Mlle Laborde, MM. Laborderie-Boulou, Lacarin, Lacas, Lachovsky, Mme Lacour (Colette), MM. Lacour (Jean), Lacrosaz, Ladoux, Lafontaine, Lafourcade (André), Lafourcade (Jacques), Lagier, Mlle Lagroua, MM. Lajoux, Lallemand (Jean), Lallemant (Yves), Lalu, Lamaire, Lambert (Jacques), Lambert (Roland), Lanchon, Mlle Lansoy, MM. Lapierre-Armande, Lapine, Mlle Larmoyer, MM. Laroche (Claude), Laruë, Laurent (Jacques), Laurent (Jean), Lavarde, Mlle Lavaud, MM. Lavergne, Le Bec, Leblanc, Le Bourg, Le Brigand, Leca (Jean), Le Cain, Lechertier, Le Clainche, Lefébure, Lefer, Lefrère, Legendre (Jacques), Legendre (Jean), Léger, Legrand, Lehec, Lejeune, Le Moal, Lemoine (Léopold), Mlle Lemoine (Paulette), MM. Le Naour, Lenoir, Leroy, Lesne, Lesonneur, Letard, Mlle Lé-Thi-Hoang, MM. Levine, Lévy (Aron), Lévy (Jacob), Lévy (Jean-Claude), Lévy (Jean-Ernest), Lévy (Jean-Léon), Lévy (Michel), Lévy (Sadia), Lhenry, Libarelli, Libaude, Libert, Lieurade, Mlle Ligon, MM. Lioubtchansky, Livory, Mlles Lodyjensky, Longeaux, Lorton, MM. Loubry, Louis (Jean-Marie), Loupias, Louveau, Loyeau, Loygue, Lustak, Lutz,

MM. Mabileau, Mabille, Machoire, Madjzoub, Maigne, Maïn, Maklouf, Malabre, Malbreuil, Malekzadeh-Milani, Malherbe, Maman, Manny, Manuel, Mlle Marc, M. Marchal, Mlle Marchand, MM. Marche, Marchenay, Maréchal, Mlle Marfaing, MM. Mariage, Mariaux, Mlle Maronet, MM. Marquet, Martinet, Massebeuf, Mlle Masson (Anne-Marie), MM. Masson (Pierre), Maugeais, Mlle Mauget, MM. Maurel, Maurice, Mazel, Mlle Mazeres, MM. Mazillier, Meadeb, Mlle Medioni, MM. Medvedeff, Mendras, Méplain, Mercier (Edmond), Mercier (Gontrant), Mercier (Maurice), Merzbach, Mlles Meslin (Huguette), Messin (Alice), Métairie, MM. Métais, Metropolitanski, Meunier (Jean), Meyer (Charles), Meyrignac, Michaud, Michel (Joseph), Michel (Paul), Michon, Mignot, Millet (Robert), Milstein, Mlle Minor, MM. Minot, Mintz, Mion, Mionis, Mlle Mirès, MM. Mirfakrai, M'Kaddem, Mlles Moday, Moine, MM. Monal, Moncany, Monié, Monod (Claude), Monprofit, Moradi, Morat, Mlle Mossel, M. Moulle, Mlle Mousis, M. Mouzon,

MM. Nalpas, Narboni, Narevsky, Narfin, Mlles Narlian, Narps, MM. Nataf, Naudin, Nebout, Nehlil, Nenault, Nespoulous, Neyrat, Nguyen-Khac-Than, Nguyen-Manh-Don, Nicolaïdès, Nicolle, Ninard, Noal, Noël (Emile), Noël (Pierre), Nordin, Mlle Noufflard, M. Nugues,

MM. Oger, Ohayon, Olivesi, Oneto, Oppert, Oudot,

MM. Palacci, Panouillot, Pardon, Parot, Passeleau, Pausini, Peiffert, Mlle Pelletan, MM. Pellot, Penard, Perceau, Mlle Perdereau, MM. Perdoncini, Perdrizet, Perissel, Perraudin, Perrier (Pierre), Perrin (Charles), Perrotin (Jean), Person, Pertusier, Pesle, Petit (Marcel), Pialoux, Picharde, Pichereau, Pichot de Champfleury, Picot, Pieyre, Pimpaneau, Pitollet, Pitoux, Place, Planchon, Podolski, Poinçon, Poirier, Poncet, Ponpon, Ponsar, Ponson, Pouget, Poulain, Pouponneau, Preney, Mlles Prigent, Proux, Puget, M. Puisegur,

M. Quintard,

MM. Rabbani, Racovsky, Radjaï, Ramaroni, Rase, Mlle Ravet, M. Razavi, Mlles Redonnet, Regis, MM. Renault (Paul), Retailleau, Rey (Maurice), Mlle Richard, MM. Richet, Ripart, Rivière, Mlle Robert, MM. Rodiet, Rogery, Mlle Roissard de Bellet, MM. Rojas y Lopez, Roman, Mlles Rosenberg, Rosenfeld, M. Rosenwald, Mlle Roth, MM. Rotter, Rouault de la Vigne, Rouchon, Roumajou, Roumillac, Rouquette, Rousseau, Rousset, Mlle Roux (Geneviève), MM. Roux (Georges), Roy (Georges), Royer (Eugène), Mlle Rozenberg, MM. Rozenblum, Rudelle, Russak,

MM. Sachs, Saglio, Sahuqué, Saint-Félix, Saint-Hillier, Salama, Mlle Saloff, MM. Samama (Jules), Samama (Maurice), Sanglier, Mlle Santelli, MM. Santolini, Santoni Calero, Sapir, Sarfati, Sarrazin, Satgé, Savelli (Francis), Savelli (Roger), Savouret, Schaap, Schapiro, Mlle Schauving, MM. Scherrer, Schleifstein, Schlesinger, Schmit, Schonberg, Schuster (Abraham), Schuster (Isidore), Sebillotte, See, Seibel (Beno), Seibel (Henryk), Seimbille, Seidengart, Seiffert, Mlle Seilinger, MM. Senecal (Jean-Marcel), Senechal (Robert), Mlle Senninger, MM. Serres, Sersiron, Sethian, Sevaux, Sevestre, Sfedj, Mlle Si orav, M. Simon (André), Mlle Simonot, MM. Sissmann (Marcel), Sissmann (Robert), Solal, Souffrin, Soulier (Marc), Soulier (René), Spriet, Stepanoff, Strauss, Suchecki, Mme Surleau (née Berthier),

MM. Taby, Taïeb, Talbot, Tallet, Tanzy, Tararine, Mlle Thibault de Chanvalon, M. Thiber, Mlle Thierry (Jacqueline), M. Thierry (Jean), Mlle Thouénon, MM. Tiberi, Tibi, Tillequin, Tillet (Théodore), Toguias, Torras, Touret, Treil, Tremel, Treps, Tricard, Triki, Tsevrenis, Mme Turpin de Morel, M. Tzanck,

MM. Vachlas, Valentin, Valtat, Mlle Vanhulle, M. Van Quaethem, Mlle Vaysse (Solange), M. Vecchiali, Mlle Veise (Odile), M. Vellicus, Mlle Veloppé, MM. Verdier, Vermeulen, Vesval, Mlle Vettier, MM. Vezard, Vialle, Viard, Vidal (Charles), Vigneau, Villeneuve, Vincent (Jean), Vincent (Pierre), Vincent (Robert), Voisin, Mlle Voulfovitch, M. Vuong-Quang-Truong,

MM. Wachtel, Wallet, Wapler (Claude), Wapler (Etienne), Wapler (Jean), Warcollier, Warmé, Wassef, Weber (Izaak), Weber (Roger), Weintraub, Wendlandt, Werquin, Wojnarowski, Wolk, Wollmann, Worm, Wulfsztat,

MM. Yaïch (dit Jaïs), Younès,

M. Zaphiropoulos, Mlle Zaporojetz, MM. Zarrabi, Zimmerlich, Zwahlen, Zyngerman.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 14 décembre. — Jury : MM. Lemierre, président ; Loeper, Sergent, Moreau. — M. MAURAGE. Etude de l'endocardite maligne lente. — M. CHAUTEMPS. Les artérites juvéniles. Etude clinique physiopathologique thérapeutique.

Mardi 15 décembre. — Jury : MM. Lenormant, président ; Marion, Mocquot, Mauclaire. — M. GOGUÉ. Etude de la réduction sanglante des luxations rétro-lunaires du carpe par voie dorsale. — M. QUINIOU. Etude de la rachipercaïnisation selon les méthodes de Jones et de Sebrechts. — M. MAURIN. Etude comparée de l'urographie et de la pyélographie dans les affections rénales.

Jury : MM. Balthazard, président ; Lereboullet, Tanon, Joannon. — M. VANNIER. La mortalité par cancer dans le département de la Manche. — Mlle CAUCHOIS. Douze ans de service social à l'hôpital Trousseau. — M. DESJEUX. Etude du purpura staphylococcique. — M. RIZZOLO. Vaccination antivariolique aux Etats-Unis.

Mercredi 16 décembre. — Jury : MM. Fiessinger, président ; Harvier, Troisier, Turpin. — M. LE BAYON. Les varices. Caractère mondélien récessif. — Mlle COTTON. Toxi-infection alimentaire et bacille paratyphique.

Vendredi 18 décembre. — Jury : MM. Grégoire, président ; Mathieu, Leveuf, Quénu. — M. HÉRISSÉ. Traitement par la suture immédiate des plaies de la main et des doigts

par accidents du travail. — M. BOISSEAU. Traitement du pied-bot varus équin congénital chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte. — M. CROSI SHILMA. Etude des lésions périfocales du mal de Pott dorsal. — M. VASSOR. Fracture de la diaphyse fémorale chez l'adulte par un nouveau procédé de synthèse externe.

Samedi 19 décembre. — Jury : MM. Laubry, président ; Nobécourt, Rathery, Vallery-Radot. — M. COUÉDIC. Traitement des troubles fonctionnels de l'insuffisance veineuse par l'extrait d'hamamélis intra-musculaire. — Mme DEROL-PICQUET. Les hépatonéphrites.

Mardi 15 décembre. (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Gougerot, président ; Lesbouyriès, Panisset. — M. BLAIZOT. Ecthyma contagieuse du mouton et de la chèvre.

Jeudi 17 décembre. (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Maurice Villaret, président ; Panisset, Simonnet. — M. BEDOISEAU. Météorologie et médecine vétérinaire.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

HYDROCÈLE VAGINALE

L'hydrocèle est constituée par un épanchement de sérosité dans la vaginale testiculaire.

Elle peut être *congénitale* ou *acquise* et dans ce dernier cas, être symptomatique d'une lésion épididymaire ou testiculaire, ou bien être *essentielle*.

Nous étudierons l'hydrocèle simple :

Le malade vient consulter pour une augmentation du volume du scrotum qui est apparue progressivement.

Dans les petites hydrocèles, les signes fonctionnels manquent complètement. Ce n'est que la grosse hydrocèle qui peut entraîner quelques troubles mécaniques : tiraillements, pesanteur.

Le scrotum est déformé par une *tuméfaction unilatérale, ovoïde* ou *piriforme à grosse extrémité inférieure*.

La peau est mince, plus ou moins distendue, mais reste souple et libre.

Cette tuméfaction est *liquide*, on s'en rend facilement compte dans les petites hydrocèles qui sont peu tendues et qui fluctuent.

On le sent moins facilement dans les hydrocèles tendues, rénittentes.

Cette tuméfaction est *absolument indolore*.

Elle est contenue dans la *vaginale testiculaire*.

En effet, on ne peut pas *pincer la vaginale ;* on ne peut pas sentir l'épididyme qui est noyé dans le pôle supérieur de la tumeur. Mais on sent parfaitement le cordon, dans lequel l'hydrocèle peut remonter plus ou moins haut. En tout cas, la poche n'a pas de *pédicule supérieur*.

On sent, en général, le testicule en bas et en arrière.

Cette tuméfaction est *translucide*, et l'on repère l'ombre du testicule en bas et en arrière. Il faut toujours, quand l'hydrocèle est opaque, penser à une pachyvaginite intense.

Il reste à faire un examen systématique des voies génitales : palper le cordon, faire un toucher rectal pour examiner la prostate et les vésicules.

Enfin la ponction n'est pas formellement indiquée, elle ferait sourdre un liquide citrin, incoagulable, pouvant contenir des cellules épithéliales.

EVOLUTION

L'hydrocèle peut rester stationnaire ; le plus souvent elle augmente de volume très lentement, progressivement ou bien par poussées.

COMPLICATIONS

On a signalé l'exceptionnelle *rupture*, à la suite d'un trauma ; on ne voit plus l'infection de la poche.

La grosse complication est la transformation en *hématocèle*, qui pousse à l'atrophie du testicule par orchite scléreuse atrophique.

FORMES CLINIQUES

On a décrit des hydrocèles bilobées, diverticulaires ou cloisonnées, l'hydrocèle double, l'hydrocèle chyleuse d'origine filarienne.

L'*hydrocèle congénitale* peut être indépendante de la cavité péritonéo-vaginale ; dans d'autres cas elle communique avec elle ; elle est alors réductible et présente de l'impulsion à la toux. Il faut toujours chez un enfant, en présence d'une hydrocèle, rechercher l'existence possible d'une hernie.

DIAGNOSTIC

Il est simple, et le gros élément reste le caractère *translucide* de la tuméfaction et l'*impossibilité de pincer la vaginale*.

On doit cependant éliminer :

La *hernie inguinale*, qui peut simuler une hydrocèle congénitale si elle est réductible ; quand elle est irréductible, elle peut ressembler, quand elle est de gros volume, à une hydrocèle, mais elle gargouille ;

Le *kyste de l'épididyme :* il est mou et fluctuant, *en brioche renversée* recouvrant le testicule ; son contenu est blanchâtre ;

Les *gros testicules :* on peut pincer la vaginale et reconnaître la tête de l'épididyme ;

Les *kystes du cordon :* rond, lisse et tendu, mais toujours indépendant du testicule et de l'épididyme ;

Enfin, l'*hématocèle de la vaginale*, qui est opaque, dure et irrégulière, avec la possibilité d'hydro-hématocèle.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

L'hydrocèle peut être *symptomatique :*

On peut la voir accompagner des *orchites aiguës ;*

Mais c'est surtout dans des *lésions épididymaires* que l'hydrocèle secondaire est fréquente :

Tout d'abord la *tuberculose* (examiner cordon, vésicules et prostate) ;

Plus rarement, une lésion blennorragique ;

Accessoirement, un kyste de l'épididyme rompu, ou une lésion syphilitique.

Il est d'autre part fréquent, que des *lésions testiculaires* (tuberculose, cancer et syphilis) s'accompagnent d'une mince lame d'hydrocèle, qui gêne d'ailleurs le palper.

Enfin, dans la majorité des cas, l'hydrocèle reste de cause obscure : c'est en hypothèse qu'on a invoqué la tuberculose larvée, une syphilis atténuée. En réalité, les examens de laboratoire et les constatations opératoires n'ont pu expliquer l'hydrocèle, qui apparaît bien comme *essentielle*.

TRAITEMENT

La ponction simple est à rejeter ; peut-être doit-on la proposer chez le nourrisson.

Les injections modificatrices ont donné quelques bons résultats.

L'intervention qui se pratique le plus souvent, *sous anesthésie locale*, est le *retournement de la vaginale ;* la résection de la vaginale est indiquée en cas de très grosses poches ou de pachyvaginalite. Bien soigner l'hémostase, pour éviter l'hématome des bourses.

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 101. — SAMEDI 19 DECEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Mutations des chefs de service.* — Médecins : A l'hôpital Trousseau : en remplacement de M. Lesné (limite d'âge), M. Paisseau, de Trousseau ; en remplacement de M. Paisseau, M. Cathala, de Lariboisière. — A l'hôpital Lariboisière, M. Nicaud, de la Maison municipale de santé. — A la Maison municipale de santé, M. Mouquin, de l'Institution Sainte-Périne. — A l'Institution Sainte-Périne, M. Levesque, titularisé.

A l'hôpital Bretonneau : remplacement de M. Guillemot (limite d'âge), M. Milhit, de l'hôpital Hérold. — A Hérold, M. Huber, d'Ambroise-Paré. — A l'hôpital Ambroise-Paré, M. Janet, de Broussais. — A l'hôpital Broussais, M. Jacquelin, de Beaujon-Paris (service fermé).

A l'hôpital Laënnec : en remplacement de M. Rist (limite d'âge), M. Troisier, de Beaujon-Clichy. — A l'hôpital Beaujon-Clichy, M. Tinel, de la Maison de retraite La Rochefoucauld (service fermé).

A l'hôpital Saint-Antoine : en remplacement de M. Félix Ramond (limite d'âge), M. Cain, de Saint-Antoine ; en remplacement de M. Cain, M. Boulin, de l'hospice d'Ivry. — A Ivry, M. Carrié, de Broca (service fermé).

A l'hôpital Saint-Louis : en remplacement de M. Milian (limite d'âge), M. Tzanck, de Broca (service fermé).

A l'hospice Raymond-Poincaré, de Garches), services créés, MM. Weismann et Kourilsky.

Concours de l'internat en médecine. — Liste alphabétique des candidats admissibles :

MM. Albahary, 33 ; Alison, 30 ; Mlle Ancel, 22 ; MM. André, 33 ; Arnavielhe, 24 ; Mlle Aubin, 22 ; MM. Aubouy (Marcel), 22 ; Audoly, 24 ; Andry, 32 ; Auregan, 29 ; Aurenche, 39 ; Azoulay, 31 ;

MM. Bachet, 24 ; Ballade, 23 ; Bancaud, 38 ; Barbier (Jacques-Pierre), 22 ; Barbier (Pierre-Louis), 29 ; Bareau, 31 ; Barre (Yves-Louis), 24 ; Bastin, 23 ; Bauer, 22 ; Beaufils, 36 ; Belletoille, 26 ; Ben-Haim, 23 ; Mlle Bentkowski, 30 ; MM. Bernard (Pierre), 25 ; Bertrand (Jean), 29 ; Bessil, 27 ; Bibas, 33 ; Blancard (Pierre), 29 ; Blinder, 31 ; Bolivar, 22 ; Bolo, 22 ; Bonduelle, 26 ; Bouche, 26 ; Boudon, 29 ; Bourdeau, 28 ; Bourdin, 24 ; Bourgine, 32 ; Brault, 30 ; Bretton (Roger), 33 ; Bricaire, 32 ; Mlle Brille, 35 ; M. Butet, 27 ; Butzbach (Jean-Camille), 26 ; Buy, 33.

MM. Cahen, 25 ; Callerot, 24 ; Campagne, 25 ; Carasso, 31 ; Castaigne, 27 ; Castany, 28 ; Caufment, 27 ; Chalochet, 31 ; Champagne (Pierre), 29 ; Chartrain, 28 ; di Chiara, 25 ; Claracq, 33 ; Coblentz, 36 ; Comte (Joseph), 27 ; Cornet, 31 ; Mlle Corre, 27 ; MM. Cossart, 24 ; Costa, 39 ; Cotillon, 26 ; Courchet, 22 ; Coville, 23 ; Cuvereaux, 36 ;

Mlle Damiens, 35 ; MM. Danel, 28 ; Danion, 24 ; Mme Darhowsky, 28 ; MM. Darricau, 22 ; Deguillaume, 27 ; Delabroise, 29 ; Delatour, 28 : Delouche, 23 ; Demassieux, 24 ; Denizet, 22 ; Deprez, 29 ; Desfossés, 26 ; Deuil, 22 ; Douville, 28 ; Mlle Dreuille, 31 ; MM. Dufourmentel, 29 ; Dugrenot, 25 ; Durupt, 23 ;

MM. Ebstein, 36 ; El-Baz, 33 ; Eman-Zadeh, 25 ; Enel, 22 ; Etienne, 28 ; Eudel, 26 ; Mlles Eyraud, 31 ; Feder, 26 ; MM. Feld, 28 ; Feldmann, 25 ; Fénelon, 28 ; Feuillette, 26 ; Filippi, 22 ; Fischgrund, 30 ; François, 33 ; Frebet, 33 ; Freret, 30 ; Fressinaud-Masdefeix, 33 ; Froidefond, 29 ; Froissant, 25 ;

MM. Gallaut, 29 ; Gallimard, 22 ; Galmiche, 22 ; Germain, 41 ; Gertzberg, 26 ; Gimaut, 29 ; Mlle Giret, 29 ; MM. Gougerot, 27 ; Goulesque, 38 ; Goury-Laffont, 24 ; Granjon, 27 ; Grislain, 30 ; Guiot (Gérard), 31 ;

MM. Hardel, 29 ; Hauser, 22 ; Hertzog, 23 ; Huber, 24 ;

M. Israel, 30 ;

MM. Jardel, 27 ; Joinville, 26 ; Joussemet, 23 ;

MM. Kaeppelin, 29 ; Klein, 22 ; Klotz, 43 ;

MM. Labayle, 24 ; Lacombe, 31 ; Lacroix, 23 ; Lajouanine, 35 ; Lambert (Léon), 25 ; Landau, 24 ; Laneuville, 23 ; Lange (Eugène), 30 ; Langevin, 27 ; Mlle de Larminat, 29 ; MM. Lartigue, 37 ; Laumonnier, 25 ; Lebel, 23 ; Lebovici, 26 ; Le Bozec, 24 ; Le Brigand, 25 ; Lecœur, 23 ; Lecointe, 29 ; Lemanissier, 24 ; Lenoel, 42 ; Lesca, 29 ; L'Hirondel, 22 ; Liénard, 24 ; de Lignières, 31 ; Mlle Lindeux, 26 ; MM. Loeper, 26 ; Loiseau (James-Samuel), 38 ; Mlle Lotte, 34 ; M. Loubrieu, 23 ;

M. Magder, 34 ; Mlle Mage (Edith), 34 ; MM. Maignan, 27 ; Maillard (Claude), 25 ; Mantoux, 28 ; Marchon, 25 ; Mariani, 26 ; Mme Mateï (Marie), 23 ; Maurice, 22 ; Menanteau, 25 ; Mendelsohn, 28 ; Metzger, 34 ; Meyer (Henri), 32 ; Minkowski, 24 ; Molimard, 26 ; Mlle Montalant, 30 ; MM. Motte, 22 ; Mouchot, 25 ; Moulle, 25 ; Musset (René), 32 ;

MM. Nadiras, 26 ; Neel, 22 ; Mlle de Neyman, 32 ; MM. Nick, 43.

M. Oudot, 26.

M. Pahmer, 27 ; Mlle du Pasquier, 23 ; MM. Pastier (Jean), 23 ; de Paulo, 27 ; Petit (Camille), 23 ; Phéline, 22 ; Philippe (Mathieu), 31 ; Piguet, 23 ; Mlle Pinard, 30 ; MM. Pinet, 29 ; Placa, 24 ; Pointeau, 23 ; Poissonnet, 26 ; Poussier, 29 ; Mlle Prêtre, 22 ; MM. Prin, 26 ; Prochiantz, 28.

Mlle Raymond (Maria), 24 ; MM. Raymondaud, 36 ; Raynaud, 27 ; Renault, 27 ; Revel, 22 ; Mlle Rist, 26 ; MM. Robert (Jean), 34 ; de Rocca Serra, 24 ; Rochlin, 32 ; Rognon, 23 ; Rometti, 25 ; Ronsin, 22 ; Rouault, 26 ; Rougon, 25 ; Roulland, 24 ; Rousset, 34 ; Rouzaud, 29 ; Roy (Bernard), 24.

Mlle Sachnine, 27 ; MM. Sallet, 25 ; Scebat, 26 ; Schneider, 34 ; Sclafer, 26 ; Sénéchal (André-Jean), 32 ; Sénéchal (Robert), 23 ; Serane, 34 ; Serreau, 25 ; Sevileano (Eugène), 25 ; Sevileano (Nicolas), 24 ; Seyer, 26 ; Simon (René), 22 ; Soulier, 31 ; Mlle Stahland, 29 ; MM. Statlander, 28 ; Stefani, 34.

MM. Tétreau, 26 ; Thaon, 27 ; Thiéblot, 26 ; Thorel, 34 ; Thoyer-Rozat, 41 ; Tiret, 26 ; Torre, 28 ; Toufesco, 29 ; Trémolières, 32 ; Tricot, 27 ; Tulou, 36.

MM. Vakili, 25 ; Vernemouze, 27 ; Vernes, 28 ; Verriez, 23 ; Verstraete, 24 ; Veyrières, 22 ; Villanova, 42 ; Vivien, 30.

MM. Weill, 30 ; Wetterwald, 29 ; Weyl, 27 ; Wintrebert, 30 ; Mlle Wolfromm (Hélène), 25 ; M. Wolfromm (René), 30.

Le *Jury de l'oral* est provisoirement composé de MM. Fiessinger, Péron, Laignel-Lavastine, Milhit, Haguenau, Jean Berger, Boppe, Redon, Riche et Jeannin.

Médecins de Saint-Lazare. — Le concours pour deux places de médecin de Saint-Lazare s'est terminé par la nomination de MM. Durel et Ragu.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le *concours de l'internat* s'est terminé par la nomination de MM. Tingaud, Duhart, Moretti, Collomb, Faure, Reboul, Chastrusse, Durieux, Oraison, Fagart et Mlle Rougier, internes titulaires. — MM. Daffas, Breton, Courteix, Lambert, Laborit, Dubuc, internes provisoires.

Le *concours de l'externat* s'est terminé par la nomination de MM. L'Epée, J. Brousse, Philibert, Mouliès, Lafon, Lamou, Meignié, Pelletier, Diard, Meynard, Gaussen, Brunet, Faugère, Mlle Gosset, MM. Poitevin, Souquière, Vincendeau, Castel, Dupuy, Pujo, Larriban, Roth, Perrier, Perret, Deletraz, Denis, Lebreuil, Mlle de Saint-Aubin, MM. Sazamian, Le Coroller, Gérard, Connaud, Ardisson, Labarbe, Augier, Choumara, Borgeix, Dherys, Gaurand, Rochet, Bridoux, Béderède, Albientz, Pujol, Braichotte, Le Bras, Monet, Rouergue, Rual, Hamart, Lagardère, Pasco, Téreygeol, Senmartin, Demarque, Buscail, Role, Le Poncin, Planet, Salzard.

Hôpitaux de Marseille. — Le *concours de l'internat* s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Eugène Hawthorn, Jérôme Guérin, Robert Jullien, Jean Pierron, Roger Lassave, Amédée Bernard, Octave Fiastre, Henri Barthélemy, André Jean, André Fournier, Pierre Revol, André Crapez.

Externes en premier : MM. Maurice Sansot, Louis de Saboulin, Henri Bonneau, Nguyen van Thuan, André Sarradon, Mlle Cécile Dinard.

Le *concours de l'externat* s'est terminé par la nomination de MM. René Muracciole, Paul Maestraggi, Félix Frézet, Mlle Claire Seillon, M. Albert Julien, Mlle Renée Weill, M. Paul Dieulangard, Mlle Frida Coen, MM. Gunter Hirschberg, François Dombre, Michel Mercier, Gaston Lenoir, René Corriol, Mlle Ella Gartner, M. Henri Prost, Mlle Renée Carpentier, MM. Antoine Campana, Louis Puy, Gaston Baudelet, Henri Bénéfice, Ivan Keundjian, Henri Pendariès, Joseph Ranque, Jean Poli, Pierre Michel, Jean Bondil, Jean Guiral, Anmé Portier, Jean-Marie Guiol, Lucien Lapeyre, Jean Bezet, Elie Abignoli, Mlle Josette Daste, MM. François Emmanueli, Ivan Masselot, Albert Geyer, Pierre Rochu, Paul Magnan, Jacques Saltiel, Léo Latil, Ferdinand Costantini, Maurice Righini, Robert Meyer, Grégor Bronstein, Maurice Léger, François Stéfanaggi, Marcel Quilichini, Pierre Chiaverini, Mlle Alice Cohen-Salmon.

Hôpitaux de Montpellier. — Le concours de l'internat des asiles s'est terminé par la nomination de MM. Jean Bigonnet et Pistre, internes titulaires ; M. Georges Porché, interne provisoire.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Commandeur :* MM. Béclère, ancien président de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux à Paris ; Moinson, médecin de l'hôpital Britannique à Paris.

Officiers : MM. Berthelon (à Saint-Feyre), Giroux, R.-M. (à Paris), Gunsett (à Strasbourg).

Chevaliers : MM. Codet (à Paris) ; Colas Pelletier (à Vannes) ; Halberschtadt (à Saint-Venant) ; Huyghe (à Dunkerque).

AGRICULTURE. — *Officier :* M. Jean Grollet, secrétaire général de la Société de pathologie comparée (à Paris).

Distinctions honorifiques. — *Médailles d'honneur de l'Assistance publique.* — Médaille d'or : M. le docteur Guyonnet, à Bélabre. — Médaille de bronze : M. le docteur Cart, à Paris.

REVUE GENERALE

LA MALADIE AMYLOÏDE

Par M. J. VIDAL,

professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de Montpellier.

DEFINITION

La maladie amyloïde est essentiellement caractérisée par ses lésions anatomiques : celles-ci sont dues à l'infiltration des tissus de divers viscères par la substance amyloïde, qui est un corps albuminoïde plus ou moins proche des globulines.

Cliniquement, cette maladie se manifeste par des symptômes variables selon les diverses localisations viscérales, mais elle se traduit surtout par un syndrome rénal.

HISTORIQUE

C'est dans le foie que Portal, en 1813, découvrit les lésions propres à l'amylose. Meckel les retrouva ensuite (1816) dans le rein. Rokitansky, en 1842, complétait l'étude de cette affection. Meckel, quelques années plus tard (1853), constatait que les tissus infiltrés se coloraient en brun par l'iode. Virchow conclut de cette constatation qu'il s'agissait d'un corps ternaire voisin de l'amidon et proposa alors le nom de substance amyloïde. Cette dénomination, conservée par la suite, consacre, en réalité, une erreur car les recherches de Kekulé, Schmidt, dès 1859, démontraient que la substance qui infiltrait les tissus était une substance quaternaire, albuminoïde.

En 1894, Oddi considère que la substance amyloïde résulte de la combinaison d'une albumine et de l'acide chondroïtine-sulfurique.

Des travaux récents, en particulier ceux de Letterer depuis 1925, ainsi que des études cliniques nouvelles sont venus compléter nos connaissances sur cette question qui s'est, de ce fait, quelque peu transformée depuis l'époque où, en 1910, Touraine lui consacrait dans ce même journal une excellente revue générale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est par l'anatomie pathologique qu'il faut aborder l'étude de la maladie amyloïde, qui tire son unité du substratum anatomique.

A. Caractères anatomo-pathologiques généraux. — I. *Etude macroscopique.* — Lorsque l'infiltration viscérale est assez importante, on constate :

1° Une *hypertrophie* totale, régulière de l'organe dont la surface est lisse ;

2° La présence, sur la *surface de section*, d'une infiltration soit discrète et disséminée, soit diffuse. Dans le premier cas, sur le parenchyme apparaissent de petits îlots ayant la dimension de grains de chènevis et l'aspect de grains de sagou cuit (Virchow).

La confluence de ces petits îlots crée un aspect moucheté, tigré. Dans le cas d'infiltration diffuse, la coupe de l'organe lésé fait apparaître de larges placards de substance amyloïde.

Le parenchyme ainsi infiltré est incolore ou gris blanchâtre, comparable à de la gélatine ou à de l'amidon cuit.

En général, la substance amyloïde est une substance homogène sans aucune structure apparente. Quelquefois, sur le bord libre des dépôts amyloïdes, la substance prend une structure cristalloïde. Letterer a étudié toutes les phases de cette formation : il a observé d'abord des cristaux isolés, sous l'apparence de fines aiguilles ; puis ces cristaux forment des druses, au centre desquelles la structure cristalloïde s'efface ; la substance devient alors homogène. La structure cristalloïde représenterait donc un stade initial dans le processus de formation de la substance amyloïde.

Celle-ci peut ultérieurement, assez rarement d'ailleurs, subir des transformations aboutissant à la calcification ou à l'ossification des lésions.

3° Certaines *réactions colorantes* permettent de caractériser la substance amyloïde :

a) La *teinture d'iode* et les *solutions iodo-iodurées* (Lugol) colorent en brun acajou les zones infiltrées, comme elles coloreraient l'amidon, alors que les parties saines sont colorées en jaune. Si ensuite on touche les zones colorées en brun avec I ou II gouttes d'acide sulfurique dilué à 1/15, la teinte primitive vire au bleu ou au violet, tandis que les parties saines conservent leur coloration jaune.

b) Le *vert de méthyle* colore en violet les territoires infiltrés.

c) Le *violet de Paris* provoque la coloration rouge groseille des zones pathologiques, alors que les parties demeurées saines sont colorées en rouge violacé.

d) La *safranine* colore en rouge orangé les régions infiltrées et en rose pâle les parties saines.

e) Le *rouge Congo* (Bennhold) en solution à 1 % colore uniformément en rouge tous les tissus imprégnés ; en les plongeant ensuite dans une solution alcaline, on réalise une décoloration du parenchyme normal tandis que les territoires infiltrés de substance amyloïde demeurent colorés en rouge.

Ces diverses réactions colorantes permettent seules de caractériser macroscopiquement la substance amyloïde.

II. *Etude histologique.* — Cette étude nous enseigne que l'atteinte initiale porte sur les artérioles et les capillaires ; les parenchymes ne sont lésés que secondairement. Il convient donc d'étudier successivement les lésions vasculaires et les lésions parenchymateuses.

1° *Lésions vasculaires.* — Elles siègent presque exclusivement sur la tunique moyenne. On a longtemps discuté sur leur situation intra ou extra-cellulaire. Meckel, Hayem, Cornil, Krause pensaient que la substance amyloïde se trouvait à l'intérieur même des cellules : il s'agissait donc d'une « dégénérescence » cellulaire.

Mais actuellement on admet, avec Wagner, Koster, Eberth, Papillon, que le siège du dépôt amyloïde est extra-cellulaire : il faut donc parler d'infiltration et non pas de dégénérescence.

La tunique moyenne est progressivement remplacée par une masse vitreuse, homogène. Ultérieurement la tunique externe peut, à son tour, être envahie. L'endothélium demeure presque toujours intact, mais quelquefois, il se trouve refoulé ; la lumière du vaisseau peut, de ce fait, être plus ou moins oblitérée, ce qui entraîne des altérations tissulaires dans le territoire correspondant.

2° *Lésions parenchymateuses.* — C'est sur le tissu conjonctif, qui sert de soutien aux cellules parenchymateuses que porte d'abord l'infiltration amyloïde.

Les cellules nobles subissent alors des dégénérescences diverses : graisseuse, hyaline ; puis elles entrent en nécrobiose et disparaissent ; la substance amyloïde prend leur place.

III. *Etude de la constitution chimique de la substance amyloïde.* — Virchow pensait que cette substance était une substance ternaire, amylacée, parce que l'iode la colore en brun acajou ; c'est la raison pour laquelle il la désigna sous le nom de substance amyloïde.

Schmiedeberg a démontré que cette substance est, en réalité, de nature protéique, très complexe, et se rapprochant des sérums-globulines.

Oddi, en 1894, isola de la substance amyloïde l'acide chondroïtine-sulfurique et pensa que la substance amyloïde résultait de la combinaison de cet acide chondroïtine-sulfurique avec une substance albuminoïde mal définie.

Mais Hannsen, en isolant la substance amyloïde non plus par un procédé de digestion artificielle, comme l'avait fait Oddi, mais par un brassage mécanique prolongé, n'y a plus retrouvé l'acide chondroïtine-sulfurique.

Toutefois cet acide joue un rôle dans l'amylose. Schmiedeberg a pu isoler de beaucoup de corps albuminoïdes des dérivés hydrocarbonés décelables par leurs caractères réducteurs : il leur a donné le nom d'hyaloïdine ; l'hyaloïdine, très répandue dans l'organisme, se trouve, en particulier, dans les sérums-globulines ; elle se sépare souvent de son noyau protéique. Schmiedeberg pense que l'hyaloïdine ainsi libérée se transforme en chondroïtine puis en acide chondroïtine-sulfurique.

Quand la substance amyloïde se forme aux dépens des globulines, il se produit une mise en liberté d'hyaloïdine, qui est transformée en acide chondroïtine-sulfurique ; ainsi s'explique la présence de cet acide au voisinage des dépôts d'amylose.

Il est probable que ce sont les produits, formés au cours des transformations diverses que peut subir l'hyaloïdine, qui font apparaître les réactions à l'iode.

Une telle conception de l'enchaînement des phénomènes explique pourquoi la substance amyloïde encore jeune ne donne souvent que la réaction au violet de Paris. Les réactions à l'iode sont d'apparition plus tardive et seraient révélatrices d'un dérivé hydrocarboné.

Selon cette théorie de Schmiedeberg l'acide chondroïtine-sulfurique doit être considéré comme un produit de formation secondaire mais qui pourrait favoriser la précipitation ultérieure des globulines autour du premier dépôt de substance amyloïde.

B. Lésions spéciales des différents organes. — L'amylose peut être soit localisée à un ou plusieurs organes, soit généralisée. Nous envisagerons successivement ses diverses localisations.

I. *Reins.* — L'atteinte rénale est presque constante au cours de toute maladie amyloïde.

Les reins sont gros, blanc-jaunâtres ; leur décortication est facile. La surface de section de l'organe est lisse, plus ou moins décolorée, paraissant exsangue.

Au début, on constate seulement la présence de petits grains gris, translucides, du volume d'une tête d'épingle. Ce sont les glomérules, qui sont les premiers et pour le moment les seuls éléments infiltrés de substance amyloïde.

Plus tard, l'infiltration amyloïde est diffuse, mais elle prédomine toujours sur la corticale ; les pyramides sont moins atteintes et on considère comme exceptionnelle l'observation de Straus, dans laquelle s'affirmait l'intégrité de la corticale avec localisation exclusive des lésions sur la médullaire.

Les réactions colorantes donnent sur le tissu rénal leurs résultats habituels.

A l'infiltration amyloïde sont fréquemment associées des lésions de néphrite subaiguë, de syphilis ou de tuberculose rénale.

L'*examen histologique* montre que les lésions siègent sur les vaisseaux, le tissu conjonctif et qu'elles respectent l'épithélium des tubes urinifères.

1° Sur les *vaisseaux*, les lésions prédominent sur les capillaires glomérulaires ; elles atteignent ensuite les capillaires intertubulaires, puis les vaisseaux droits des pyramides. L'infiltration débute dans les anses glomérulaires ; lorsqu'elle a atteint son plein développement, le glomérule entier est transformé en un bloc compact.

Sur l'ensemble du réseau vasculaire, les lésions se traduisent par l'apparition de foyers d'amylose isolés, dont la multiplicité donne aux parois des vaisseaux un aspect noueux, comparable à celui de la racine d'ipéca (Grainger-Stewart).

La lumière vasculaire est très réduite, parfois même complètement oblitérée par l'infiltration amyloïde.

2° Dans le *tissu conjonctif* la substance amyloïde se dépose et forme autour des vaisseaux un manchon plus ou moins épais et irrégulier.

3° *L'épithélium des tubuli* demeure le plus souvent indemne. Cette intégrité particulière, qui distingue l'amylose rénale de la néphrite, rend compte de l'habituelle absence de cylindrurie, d'hyperazotémie et de syndrome cardio-vasculaire dans le tableau clinique de l'amylose.

Lorsque ces symptômes sont, par hasard, constatés, c'est qu'il existe une néphrite associée, ainsi que le confirme l'examen anatomique.

II. *Foie.* — Le foie est habituellement hypertrophié; son poids atteint deux kilos en moyenne ; il n'y a pas de périhépatite.

A la coupe, apparaissent les modifications habituelles, variables comme aspect selon que l'infiltration est nodulaire ou diffuse.

L'*examen histologique* montre que les lésions siègent d'abord sur la partie moyenne des capillaires radiés du lobule, puis sur les artères interlobulaires.

Les cellules hépatiques finissent par disparaître. Ce n'est pas que ces cellules se transforment directement en substance amyloïde, comme on l'avait cru, mais l'infiltration amyloïde intercellulaire provoque la compression puis l'atrophie des cellules nobles et la substance amyloïde prend alors leur place.

Enfin, assez souvent, dans le foie, comme dans la rate, on observe une infiltration de pigment ferrique (Achard, Verne et Bariéty, Soc. d'anat. 12 mai 1932 et 2 mars 1933).

III. *Rate.* — Son altération est presque constante. La statistique de Hoffmann signale l'atteinte splénique 74 fois sur 80 cas.

La rate est grosse et lisse ; son poids atteint parfois près d'un kilo.

A la section de l'organe, on constate que l'infiltration se présente sous l'un des aspects suivants :

1° *Forme disséminée.* C'est l'éventualité la plus fréquente ; la substance amyloïde apparaît sous forme de grains grisâtres, brillants, du volume d'une tête d'épingle, tranchant nettement sur le fond rouge du parenchyme et ressemblant à des grains de sagou cuits. Aussi Virchow a-t-il désigné cette rate sous le nom de « rate-sagou ».

Ces infiltrations nodulaires de substance amyloïde correspondent aux corpuscules de Malpighi dégénérés et hypertrophiés.

2° *Forme diffuse.* L'altération n'est plus limitée aux corpuscules de Malpighi ; toute la pulpe splénique est envahie. La surface de section de l'organe est rouge pâle, jambonnée, brillante et onctueuse au toucher. C'est « la rate lardacée » des auteurs classiques.

3° *Forme à début pulpaire.* Elle est exceptionnelle. L'aspect de la rate est alors à peu près normal. Mais les réactions colorantes donnent leurs résultats habituels et caractéristiques.

L'examen histologique apporte les précisions suivantes :

— Dans le cas de début corpusculaire de l'amylose l'atteinte initiale porte sur la tunique moyenne de certaines atérioles, aboutissant plus ou moins tardivement à l'obstruction de ces vaisseaux. La pulpe est tassée, pauvre en cellules, les sinus sont petits, le réticulum fibrillaire est hypertrophié.

— Dans le cas de début pulpaire, beaucoup plus rare, l'amylose n'est plus périartérielle mais périveineuse, périsinusale. Les corpuscules de Malpighi sont sains. Les cordons de Billroth sont envahis d'une façon diffuse. Les cellules spléniques finissent par s'atrophier.

IV. *Autres organes.* — 1° *Appareil digestif :*

a) L'*estomac* peut être atteint ;

b) L'*intestin* est plus souvent frappé. Il est dilaté, rempli d'un liquide séreux. Sa tranche est épaissie, jaunâtre, semi-transparente. L'amylose des terminaisons artérielles peut entraîner la production d'ulcérations ;

c) Les glandes salivaires sont rarement infiltrées ;

d) Le pancréas est quelquefois altéré (Rokitansky) ;

e) Le mésentère (Edens).

2° *Appareil circulatoire :*

a) Le *Cœur* est assez rarement le siège d'infiltration amyloïde. La première observation d'amylose cardiaque est celle de Ribail (1883). L'organe présente alors un aspect lardacé et se trouve hypertrophié. Letulle (1887) a montré que les lésions débutent sur les capillaires inter et intra-fasciculaires et qu'elles finissent par provoquer l'atrophie de petits faisceaux de fibres musculaires.

A ces lésions s'associent souvent une sclérose des vaisseaux coronaires.

b) Les *artères* d'un calibre important sont très rarement atteintes. Cette habituelle intégrité s'oppose à la constance des lésions portant sur les petites branches des artères viscérales ; ces lésions constituent, en effet, comme on l'a vu, le véritable substratum anatomique de la maladie amyloïde.

3° *Les ganglions lymphatiques* sont hypertrophiés par la présence de dépôts de substance amyloïde dans les cordons folliculaires. Le début des lésions s'effectue dans les artérioles et le tissu conjonctif des follicules qui, secondairement, s'atrophient et sont remplacés par de petits blocs homogènes.

4° *Glandes endocrines.* Les capsules surrénales, la glande thyroïde participent quelquefois mais rarement au processus d'amylose.

5° L'*appareil respiratoire* est exceptionnellement atteint.

6° Les *muscles striés* sont habituellement respectés. Le premier cas dans lequel on observait leur atteinte a été publié par Rokitansky : les lésions intéressaient les muscles jumeaux.

7° La *peau* est exceptionnellement lésée (Lindwurm).

8° Les *cartilages* (Virchow, Cornil et Ranvier).

ETIOLOGIE

A. Conditions étiologiques générales. — 1° *Fréquence.* Wagner prétendait observer des lésions d'amylose 4 fois sur 100 autopsies. C'est une proportion qui paraît anormalement élevée et qui ne serait guère valable, semble-t-il, que chez des tuberculeux réalisant, comme on le sait, avec une relative fréquence, l'infiltration amyloïde.

2° *Le sexe.* La prédominance de la maladie chez les sujets du sexe masculin est classiquement indiquée, mais c'est une notion discutable.

3° *L'âge.* L'âge de prédilection est entre 20 et 30 ans (Wagner). C'est également l'âge où se développe le plus souvent la tuberculose.

B. Causes déterminantes. — « L'amylose n'est jamais une affection protopathique », a dit Cornil ; elle est toujours secondaire à une infection chronique à tendance cachectisante (Chauffard). Ces deux facteurs : infection et cachexie paraissent indispensables pour provoquer l'amylose. Leur association peut se trouver réalisée dans diverses circonstances, mais surtout dans la tuberculose.

1° *Tuberculose.* Elle constitue la cause la plus importante de maladie amyloïde. Lécorché affirmait que 60 à 66 % des tuberculeux étaient atteints d'amylose rénale. Ces chiffres dépassent actuellement de beaucoup la réalité des faits. L'amylose est surtout fréquente au cours de la tuberculose pulmonaire chronique à évolution prolongée, avec cavernes largement ouvertes. Les tuberculoses osseuses ou articulaires

avec abcès fistulisés sont également assez souvent la cause provocatrice de l'amylose.

On doit signaler enfin le rôle de la chrysothérapie au cours de la tuberculose. Certains auteurs incriminent cette thérapeutique lors de l'apparition de l'amylose (Coste, Mlle Gauthier-Villars et Kreis, Soc. méd. Hôp. Paris, 14 déc. 1934).

2° *Syphilis.* L'amylose n'est pas rare au cours de l'évolution de lésions ulcéreuses tertiaires, symptomatiques d'une syphilis héréditaire ou acquise.

3° *Suppurations prolongées diverses.* L'amylose peut compliquer une pleurésie purulente avec empyème (Rosenstein), une bronchiectasie (Wagner), une pyonéphrose, une ostéomyélite, une arthrite suppurée, une actinomycose, etc...

4° *Cachexies d'origines diverses :* cancer, leucémies, alcoolisme, hydrargyrisme, etc...

Toutes ces causes peuvent engendrer l'amylose soit directement soit par l'intermédiaire d'infections secondaires.

Dans certains cas, enfin, on ne découvre aucune cause apparente de l'amylose.

PATHOGENIE

Des données précédemment rappelées, il ressort que la substance amyloïde est de nature protéique et que son siège est extra-cellulaire, bien que dans certains cas récents en pathologie expérimentale d'abord (Achard, Soc. anat. 5 nov. 1931), puis en pathologie humaine (Labbé, Soc. méd. Hôp. Paris, 11 décembre 1931) on ait pu observer la présence de substance amyloïde à l'intérieur même des cellules.

Quoi qu'il en soit, le siège habituellement extracellulaire de cette substance amyloïde nous incite à penser qu'il s'agit non pas d'une dégénérescence cellulaire mais d'une infiltration, d'un dépôt extra-cellulaire.

Par conséquent la substance amyloïde est apportée, vraisemblablement par la voie circulatoire puisque l'infiltration est initialement toujours périvasculaire. Elle est transportée non pas par les globules blancs, comme l'avaient cru Czerny, Lubarsch, mais sans doute par le plasma.

Dans le problème pathogénique de l'amylose, une double question se pose concernant la provenance de la substance amyloïde et son mode de formation.

I. Provenance de la substance amyloïde. — Le point de départ paraît bien être un foyer de suppuration dans le plus grand nombre de cas (Wagner, Jürgens, Hébert, Klebs, Wickmann, Papillon).

Cette interprétation se trouve confirmée par les recherches concernant la reproduction expérimentale de l'amylose ; celle-ci a pu, en effet, être réalisée par les procédés suivants :

1° *Injection de pus* provenant d'un malade atteint d'amylose. Cette première réussite dans la réalisation expérimentale de la maladie amyloïde fut l'œuvre de Birch-Hirschfeld en 1882.

2° *Inoculation de cultures microbiennes.* — Bacilles pyocyaniques ou bacilles tuberculeux (Bouchard et Charrin, Nowak) ; proteus vulgaris (Gouget) ; bactéridie charbonneuse (Frisch) ; staphylocoques blancs ou dorés (Kravkoff, Maximoff, Petrone).

3° *Injection de toxines microbiennes.* — Toxine pyocyanique (Bouchard et Charrin) ; toxine du bactérium termo (Condarelli-Mangeri) ; toxine tuberculeuse (Charrin, Ravenna) ; toxine pesteuse (Shoukevitch).

4° *Injection des substances albuminoïdes* qui, dans les foyers de suppuration, proviennent des destructions tissulaires ou cellulaires.

L'injection du contenu d'un abcès aseptique, l'injection de lab-ferment, de pancréatine peuvent aboutir au même résultat.

Par conséquent, l'amylose n'est imputable ni à une action microbienne, ni à une action toxinique, mais à une action toxique exercée par les produits albumineux dégradés mis en liberté par le processus suppuratif.

Les expériences de Letterer ont montré que la greffe de rates amyloïdes dans la paroi abdominale des souris engendrait la maladie amyloïde. Un résultat identique pouvait être obtenu par la greffe de rates non amyloïdes.

Ce n'est donc pas la substance amyloïde contenue dans le greffon qui intervient ; seule peut être incriminée l'autolyse aseptique du tissu greffé.

De l'ensemble de ces recherches, on peut conclure que le facteur essentiel dans la production de l'amylose réside dans les substances albuminoïdes dégradées formées dans le foyer de suppuration. Comment ces substances albuminoïdes aboutissent-elles à la substance amyloïde elle-même ? Nous abordons ainsi la seconde question du problème et c'est elle qu'il faut maintenant s'efforcer d'éclaircir.

II. Mode de formation de la substance amyloïde. — Sans s'attarder aux diverses hypothèses successivement émises et abandonnées on peut se contenter d'envisager les deux solutions suivantes au problème posé:

1° Les albumines dégradées se transformeraient en substance amyloïde dans le foyer de suppuration ; cette substance amyloïde arriverait donc toute formée dans les divers organes qu'elle doit infiltrer. Les recherches de Kuckzynski (injections de caséinate de soude) paraissent plaider en ce sens.

2° Les substances albuminoïdes, transformées au cours du processus de suppuration, n'exerceraient qu'une action indirecte, en réalisant un *choc* qui, par l'intermédiaire de déséquilibres humoraux, engendrerait l'amylose.

Cette conception dérive des expériences réalisées par Letterer en 1926. Ces recherches ont montré que la reproduction expérimentale de l'amylose par injections de diverses substances (caséine en particulier) était indépendante non seulement de la quantité de substance injectée, mais encore de sa qualité. C'est ainsi que l'amylose a pu être provoquée par l'injection de substances non albumineuses. Il suffit qu'il s'agisse de substances génératrices de choc (soufre colloïdal, selen, etc...).

C'est ainsi que le rôle du choc a été mis en évidence.

Ce rôle, à vrai dire, aurait pu être soupçonné depuis les expériences de Domagk, dont on n'avait point cependant retiré tout l'enseignement qu'elles contenaient. Domagk, en effet, en pratiquant des injections intraveineuses de cultures microbiennes à des


DIASTOGÈNE F
Kola fraîche stabilisée
Manganèse
Arsines
Fenugrec
(comprimé glutinisé inclus dans le cachet)
abrège les convalescences
2 à 3 cachets par jour
Laboratoire Dehaussy
66 rue Nationale
Lille

souris, avait constaté que si l'injection principale (1 cc.) était précédée d'une injection préparante (0 cc. 2) il se produisait un état de choc en même temps qu'apparaissait subitement, dans les quelques minutes consécutives à l'injection, l'infiltration amyloïde du foie et de la rate.

Mode d'action du choc. Rôle de l'hyperglobulinémie. — Un choc provoque un bouleversement dans l'équilibre albumineux du plasma et réalise une hyperglobulinémie qui peut atteindre 90 %. Or Letterer a constaté que tous les procédés avec lesquels il a obtenu la production d'amylose, provoquaient de l'hyperglobulinémie.

Par ailleurs, les diverses conditions étiologiques, en particulier les suppurations prolongées, qui réalisent l'amylose spontanée de l'homme ou des animaux, comportent de l'hyperglobulinémie. Un fait assez suggestif est le suivant : on constate parfois l'apparition d'une amylose massive chez les chevaux utilisés pour la préparation du sérum antidiphtérique ; or, chez ces animaux, la globulinémie peut atteindre 100 % de l'albumine sanguine (Reitstötter).

Letterer, en raison de ces diverses constatations, considère que l'hyperblobullinémie constitue le facteur essentiel dans la pathogénie de l'amylose.

Les albumines dégradées qui prennent naissance dans les foyers de suppuration n'interviendraient donc qu'indirectement par l'intermédiaire de l'hyperglobulinémie que provoque leur résorption.

Cette hyperglobulinémie ne suffit pas à elle seule pour engendrer l'amylose ; elle existe en effet souvent, en dehors de toute maladie amyloïde. A ce facteur humoral représenté par l'hyperglobulinémie doit s'associer un facteur local, dont les conditions sont encore assez mal précisées ; c'est grâce à lui que les globulines seraient transformées en substance amyloïde, laquelle possède précisément une constitution chimique très proche de celle des globulines.

Telles sont les conclusions que Letterer se croit en droit de tirer de ses importantes recherches dans ce domaine.

Pour en terminer avec le problème pathogénique il faut rapidement envisager les deux questions subsidiaires suivantes :

III. Localisation de l'infiltration amyloïde. — Cette infiltration se localise dans les divers organes mais paraît prédominer dans le système réticulo-endothélial, dont le rôle, pour certains auteurs, ne serait pas négligeable dans la pathogénie de l'amylose.

IV. Destinée de la substance amyloïde. — Cette substance amyloïde est considérée comme intransformable, aussi l'amylose est-elle classiquement tenue pour une affection inguérissable. En réalité, cette opinion n'est exacte que lorsque la maladie amyloïde a atteint un stade avancé de son évolution.

Les expérimentateurs ont, les premiers, pu voir régresser et disparaître l'amylose ; cliniquement on connaît maintenant quelques cas de guérison.

Seule la persistance de la cause de l'amylose explique son caractère habituel d'incurabilité.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1936)

M. le ministre des Colonies assiste à la séance.

Misssion en Afrique occidentale française. — M. Charles ACHARD, secrétaire général de l'Académie, rend compte de sa récente mission en A.O.F.

Le service sanitaire de l'Afrique occidentale française se compose d'un centre, Dakar, et d'un vaste système de postes disséminés dans toute l'étendue de la Fédération.

Dakar est pourvu de toutes les installations nécessaires et, en particulier, de services de spécialités. Partout ailleurs, le médecin, comme naguère dans nos campagnes, doit tout faire par lui-même, sans l'aide de spécialistes.

Des postes principaux comprennent hôpitaux, ambulances, dispensaires, maternités. Dans des postes secondaires se font des consultations hebdomadaires.

De plus, des équipes mobiles vont chercher l'indigène jusque dans ses villages et dans la brousse.

Le médecin européen des postes fixes est l'animateur de toute l'action sanitaire. Sa vie est rude, et M. Achard en fait un tabeau saisissant.

Des médecins indigènes, ayant le titre de médecins auxiliaires, secondent le médecin européen. Ils sont formés à l'École de médecine de Dakar, où leurs quatre années d'études se passent surtout dans les salles de malades. Ils apprennent avec une remarquable facilité à observer et à décrire tous les symptômes. Mais on ne leur demande que d'être les informateurs du médecin et les exécuteurs de ses prescriptions.

Des sages-femmes indigènes sont instruites pendant deux ans à Dakar.

Enfin, des infirmiers indigènes et des infirmières visiteuses complètent le personnel sanitaire.

On peut dire que les résultats de cette organisation sont excellents. La maladie du sommeil, dont les effets sont d'ailleurs moindres qu'en Afrique équatoriale et au Cameroun, est activement combattue. Un Institut de la lèpre, à Bamako, véritable modèle, contient 350 malades et est un centre d'études. Beaucoup de léproseries plus modestes ont des installations confortables. La fièvre jaune, toujours à craindre, n'existe plus que sous forme de petites épidémies rapidement enrayées.

Mais l'œuvre sanitaire est une création continue. Il faut constamment augmenter le nombre et l'importance des postes. C'est donc à la métropole de faire son devoir, en accordant les fonds nécessaires.

En somme, les perspectives d'avenir sont bonnes. La sécurité est parfaite dans ces vastes territoires que garde une poignée de tirailleurs ; la prospérité agricole se développe et bientôt l'alimentation et les conditions de travail seront plus satisfaisantes pour l'indigène.

Outre les progrès accomplis dans l'état sanitaire, le service de santé a encore à son actif d'avoir gagné la confiance de l'indigène.

Bien dirigé, le service de santé poursuit courageusement et obscurément son œuvre. En appelant à collaborer avec lui des médecins indigènes, il pénètre plus avant dans l'affection de la population, à laquelle il apporte la civilisation sous la figure de la science et de la bonté. Son idéal est double, humanitaire et français, deux mots qui vont souvent ensemble.

La peste à Paris de 1917 à 1937. — M. E. JOLTRAIN apporte une très importante étude sur la peste bubonique dans la région parisienne de 1917 à 1937. La petite épidémie (51 cas) constatée en 1917 a rapidement décliné.

Dans les années suivantes, on constata seulement des cas isolés. Depuis 1934, on n'a observé aucun cas.

M. JOLTRAIN apporte les conclusions suivantes :

« La « *peste bubonique* » seule a existé à Paris, il n'y a pas eu de peste pulmonaire. Depuis deux ans il n'y a eu aucun cas signalé, mais l'épizootie murine persiste. Il faut veiller à la destruction des rats et des puces dans les ports, à bord des bateaux et dans les villes. Il faut surveiller les frontières. Dès qu'un cas est diagnostiqué, il faut pratiquer la sérothérapie et instituer la vaccination de l'entourage. Dès qu'une épidémie se montre, il faut rendre la vaccination obligatoire dans les quartiers et les centres où la peste se montre. Il ne faut pas retarder la déclaration publique, malgré ses conséquences, à condition que les autres pays en fassent autant et qu'un accord international intervienne à ce sujet. Il faut enfin essayer d'empêcher la guerre bactériologique, non seulement affreuse, mais dangereuse pour tous les belligérants. »

Action du tabac sur l'homme. — MM. EUZIÈRE, CASTAGNÉ, LAFON et BENEDITTINI (de Montpellier) étudient sur une centaine de sujets, et avec divers tabacs, les actions angio-cardio-sympathiques de la fumée de tabac sur l'homme. Ils montrent les modifications, sous cette influence, des oscillations artérielles, de la circulation capillaire, du rythme cardiaque et des réflexes sympathiques. Ceux-ci sont profondément affectés dans le sens d'un déséquilibre, pendant que le sujet fume.

Au sujet de l'action des sels de magnésium sur le cancer expérimental du goudron. — MM. KREYBERG et NIELSEN.

L'hormone de croissance. — M. DOUBOVIK.

Contribution à l'étude du choc. — M. VIOLLE.

SOCIETE DE PATHOLOGIE COMPAREE

(SÉANCE ANNUELLE DU 8 DÉCEMBRE 1936)

Sous la présidence de M. le ministre de l'Agriculture et la présidence scientifique de M. le professeur Loeper, la séance annuelle de la Société de pathologie comparée s'est tenue le 8 décembre. L'ordre du jour en avait été réglé, comme de coutume, par l'éminent secrétaire général, M. Charles Grollet.

M. LOEPER ouvrit la séance en étudiant :

La thérapeutique fonctionnelle à doses minimes.

Le sujet que traite M. Loeper « est un de ceux qui passionnent les chercheurs et les médecins. Peut-être comporte-t-il quelques risques et peut-il engendrer quelques polémiques... ». M. Loeper est trop averti et son esprit est trop fin pour s'exposer à ce péril.

Il examine la question au point de vue du médecin, du chimiste, du physicien, du physiologiste, du biologiste. Sous tous ces aspects, on ne peut nier l'action de la dose infinitésimale. Mais « comment limiter sa puissance ? Comment surtout la définir ? »

La voie d'absorption, les réactions locales et les réactions générales, tout concourt à compliquer le problème.

« Il se complique encore de toutes les accoutumances, de toutes les sensibilisations qui feront d'une dose infinitésimale une dose puissante chez un sujet sensibilisé, et d'une dose forte une dose inutile chez un sujet accoutumé. Voilà ce que nous apprend l'expérimentation. Et nos difficultés ne sont pas closes, car il y a encore loin de l'animal à l'homme...

« Ainsi la doctrine de la dose infinitésimale rencontre-t-elle de multiples objections, et l'appréciation de ses effets de multiples difficultés. »

M. Loeper envisage enfin l'homologie des doses employées. L'utilisation des vaccins sert d'exemple et de preuve. « La thérapeutique classique n'hésite pas plus à employer les doses infinitésimales d'histamine dans l'urticaire et l'asthme, qu'elle n'hésite à employer le vaccin typhique dans la prévention de la typhoïde... » L'utilisation des doses minimes, que l'on pourrait appeler la vaccination chimique, s'apparente à la vaccination microbienne plutôt qu'à la vaccination biologique. Elle procède d'un principe analogue et elle atteint le même but.

« Loin de nier l'analogie de certains principes, loin de vouloir dresser deux médecines ou même deux thérapeutiques l'une contre l'autre, il me plaît qu'elles s'affrontent et qu'elles mettent leurs acquisitions en commun, à la seule condition que ces acquisitions soient solides. On n'avancera jamais avec trop de prudence en cette matière, on ne redoutera jamais trop le paradoxe et la boutade qui provoquent le sourire ou l'incrédulité.

« Il n'est interdit à aucun thérapeute d'avoir la foi, d'autant que la foi est communicative et qu'elle est un facteur contagieux de guérison.

« Mais il est interdit à la thérapeutique de chercher autre chose que la vérité... »

Quatre rapports ont été ensuite présentés. Malgré leur intérêt, nous ne pouvons, en raison du manque de place, que les mentionnner.

Les petites doses d'hormone en thérapeutique. — M. LEMAIRE fait une étude très complète des seules hormones qui peuvent être logiquement employées à petites doses. Ce sont celles qui sont obtenues à l'état pur et avec un dosage pondéral ou physiologique précis. Telles sont l'adrénaline, l'acétylcholine, l'insuline, d'une part ; les hormones génitales, d'autre part.

La thérapeutique fonctionnelle à doses minimes par les vitamines. — M. H. SIMONNET.

Recherches récentes sur les actions exercées dans l'organisme par les doses minimes de quelques bases azotées. — M. René HAZARD.

L'homéopathie et la thérapeutique minima moderne, doses infinitésimales et doses minima. — M. P. DELORE (de Lyon).

CHRONIQUE

INAUGURATION DES LABORATOIRES DE L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

Le dimanche 13 décembre 1936, M. Jean Zay, Ministre de l'Education nationale, est venu inaugurer à Tours les nouveaux bâtiments de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Après la visite des laboratoires lumineux, confortables et spacieux, un vin d'honneur réunit autour du ministre, M. le professeur Guillaume-Louis, Directeur de l'Ecole et des professeurs, un grand nombre de personnalités : M. Vernet, préfet d'Indre-et-Loire ; MM. René Besnard, Alphonse Chautemps et Germain, sénateurs ; M. Morin, député-maire de Tours ; M. le général Marin de Montmarin, commandant la 20e région, M. le professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; M. le professeur Desgrez, de l'Académie des Sciences ; M. le médecin général inspecteur Sieur ; M. le médecin général inspecteur Rouvillois ; M. le médecin général Schneider, directeur du Service de Santé de la 9e région ; M. Martino, recteur de l'Académie de Poitiers ; M. Billard, doyen de la Faculté des Sciences de Poitiers ; M. le docteur Veluet, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers ; M. le docteur Marcland, directeur de l'Ecole de médecine de Limoges ; les professeurs de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours, le Conseil d'administration de l'hôpital de Tours, les représentants de la municipalité et de nombreuses personnalités du monde médical, administratif et même littéraire en la personne de MM. Maurice Bedel et Roland Engerand.

Placé sous le signe de Rabelais, grand ancêtre des médecins épicuriens et gastronomes de Touraine, un déjeuner fut servi ensuite dans les salons de l'Hôtel de l'Univers. Le Maître de la Devinière n'eût rien trouvé à reprocher à la « Charte du Repast ». A l'heure des toasts, M. le préfet d'Indre-et-Loire, M. le professeur Guillaume-Louis, M. le Maire de Tours, M. René Besnard et M. Jean Zay prirent successivement la parole.

Une séance académique et solennelle fut ensuite tenue dans la salle des mariages de l'hôtel de ville de Tours, sous la présidence de M. le Ministre de l'Education nationale.

M. le professeur Guillaume-Louis consacra son discours à l'éloge des Ecoles de médecine, « centres incomparables de rayonnement provincial », et remercia tous ceux qui ont permis à l'Ecole de Tours de prendre le magnifique essor dont témoignent les chiffres : 530 étudiants en 1935 contre 98 en 1913.

M. le professeur Raoul Mercier évoqua ensuite, en une conférence documentée, rehaussée d'anecdotes plaisantes, la vie prodigieuse et tourmentée de Pierre-Fidèle Bretonneau, vie toute de labeur opiniâtre et de désintéressement dont les travaux, faits d'observations patiemment accumulées, allaient ouvrir la voie aux découvertes de Pasteur.

M. Lesage, adjoint au maire de Tours, après avoir salué le ministre et le directeur de l'Ecole, son véritable rénovateur, fit l'éloge de la formation morale du médecin, apanage des écoles provinciales où se conserve ce sens clinique qui fait de la médecine un art plus qu'une science, et l'opposa à la méthode « mécanisée » de certains pays étrangers, sèche, froide, insensible, et qu'avec Duhamel il juge inhumaine...

M. le professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, rappela les diverses phases de la transformation de l'Ecole de Tours qui n'a sans doute pas encore achevé son évolution et qui prend une place chaque année plus importante parmi les filiales de la Faculté de Paris.

Après que M. Martino, recteur de l'Académie de Poitiers, eut félicité à son tour l'Ecole de médecine de Tours, en la personne de son directeur, du rayonnement qu'elle a su conserver à l'enseignement médical tourangeau, M. Jean Zay prit la parole.

Après avoir rappelé l'enchantement de la Touraine et évoqué le souvenir de Rabelais, Bretonneau, Trousseau et Velpeau, le ministre vanta les bienfaits de « cette forme supérieure de régionalisme et de décentralisation que représente l'installation d'Ecoles de médecine et de pharmacie semblables à celles de Tours » et conclut en ces termes :

« J'estime qu'on peut distinguer deux catégories d'étudiants : les uns, et c'est la majorité, veulent devenir des praticiens instruits, nourris des plus hautes disciplines : les autres, plus ambitieux, se destinent aux grands concours et espèrent se classer un jour à leur tour parmi les maîtres. Ceux-là ne doivent pas s'attarder dans une Ecole comme la vôtre ; ils y reçoivent cependant des bases d'enseignement solide et de ces débuts dépendent souvent leurs succès futurs à l'externat et à l'internat des hôpitaux de Paris où tels de vos élèves parviennent fréquemment. Quant aux premiers, le séjour de votre école leur est particulièrement favorable. Il faut qu'ils y restent le plus longtemps possible, car ils y travaillent par eux-mêmes et y reçoivent une instruction professionnelle et pratique de premier ordre et d'une efficacité incontestable ».

Ainsi prit fin une journée mémorable et réconfortante où l'Ecole de médecine de Tours para ses déjà riches quartiers de noblesse d'un fleuron nouveau, et où le corps médical tourangeau montra qu'il savait se montrer digne de ses grands ancêtres qui, de l'Ecole Martinienne à Bretonneau et ses disciples, ont fait du Jardin de la France une pépinière de praticiens et de professeurs dont le dévouement et la science contribuent grandement à maintenir à travers le monde le renom glorieux de la médecine française.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 102. — MERCREDI 23 DECEMBRE 1936. 109e ANNEE. Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Citation à l'ordre de l'armée navale. — Le ministre de la Marine vient de citer à l'ordre de l'armée navale le commandant Jean Charcot et ses compagnons disparus avec le « Pourquoi pas ? »

Hôpitaux de Paris. — *Prix Civialle.* — Un concours est ouvert entre les internes et les externes en premier pour l'attribution du prix Civialle (1.000 fr.) au meilleur travail sur les maladies des voies urinaires. Déposer le travail à l'Administration, bureau du Service de santé le 15 janvier 1937 au plus tard.

Prix Fillioux. — Un concours sera ouvert le 8 mars 1937 pour l'attribution de deux prix à décerner, l'un à l'interne, l'autre à l'externe qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Déposer le mémoire et s'inscrire à l'Administration, bureau du Service de santé, du 5 au 15 janvier 1937. Le montant de chaque prix est fixé à la fin du concours.

Légion d'honneur. — *Guerre.* (Active.) *Officier :* MM. Romain, Ferry, Blazy, Pierron, Giraud, Bouchard, Magnenot, Montels, Gosswiller, Le Lyonnais, Codvelle, Volf, Girod, Gaillard, Richard, Toureng, Thirion, Martinet, Lerouge, Raynaud, Poirier.

Troupes coloniales : MM. Arlo, Colin, Conil, Lacommère, Clouet.

Chevalier : MM. Lachaise, Courrier, Roques, Rone, Garric, Desfour, Guérin.

Troupes coloniales : MM. Grinsard et Fournials.

Académie des sciences. — Prix et subventions attribués en 1936. (Voir *G. H.* 1936, Nos 89, 90, 93.)

Prix Gay (1.500 fr.). — Décerné à l'Institut scientifique chérifien, dirigé par le docteur Jacques Liouville.

Physiologie : Prix Montyon (1.500 fr.). — M. Georges Vanhems.

Prix L. La Caze (10.000 fr.). — M. Charles Dhéré, professeur à la Faculté des Sciences de l'Université de Fribourg (Suisse).

Prix Pourat (1.500 fr.). — M. Roger Gautheret, chargé de conférences à l'Ecole des Hautes Etudes.

Prix Martin-Damourette (1.400 fr.). — M. Daniel Bovet, assistant au Laboratoire de Chimie thérapeutique à l'Institut Pasteur, pour ses recherches pharmacologiques sur les sympathicolytiques de synthèse.

Prix généraux : Prix Jean Reynaud (10.000 fr.). — M. Alfred Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, professeur de minéralogie au Muséum national d'histoire naturelle, pour l'ensemble de son œuvre scientifique.

Prix Parkin. — Un prix de 2.400 fr. est décerné à MM. Jean-Jacques Bouckaert, professeur à l'Université de Gand, et Fernand Jourdan, chef de travaux de physiologie à la Faculté de Médecine de Lyon, pour leurs études sur la pharmacodynamie vis-à-vis des vaisseaux cérébraux ;

Un encouragement de 1.000 fr. est attribué à M. Bernard Ménétrel, ancien interne des hôpitaux, assistant à l'hôpital Beaujon, pour son ouvrage intitulé : Le carbone activé intraveineux en thérapeutique. Essais cliniques et expérimentaux.

Fonds de recherches scientifiques. — Fondation Mme Victor Noury. — Un prix de 2.000 fr. est attribué à MM. Robert Didier, chirurgien à l'hôpital Péan, et Paul Rode, assistant au Muséum national d'Histoire naturelle, pour leur ouvrage intitulé : Les Mammifères de France.

Fondation Millet-Ronssin. — Les subventions suivantes sont attribuées :

— 4.000 fr. à M. René Herpin, professeur à l'Institut Saint-Paul de Cherbourg, pour l'aménagement de son laboratoire particulier de zoologie marine ;

— 3.000 fr. à M. Fernand Obaton, assistant de botanique à la Faculté des Sciences de Paris, pour favoriser ses études cinématographiques des mouvements des végétaux et l'organisation d'un centre de recherches de cette nature à la Sorbonne.

Fondation Villemot. — Les subventions suivantes sont attribuées : 10.000 fr. à M. Raoul Lecoq, directeur du laboratoire de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, pour ses travaux sur l'étude des vitamines dans les déséquilibres alimentaires ; 12.000 fr. à M. Hyacinthe Vincent, membre de l'Académie, professeur honoraire au collège de France, pour ses travaux relatifs à l'étiologie et à la pathogénie de certaines maladies infectieuses.

CHRONIQUE

L'HUMANITÉ DANS LA GUERRE

Sous les auspices de l'U. M. F. I. A. (Union médicale latine), le colonel médecin de l'armée belge VONCKEN, directeur de l'Office international de médecine militaire de Liége, et M. DE LA PRADELLE, professeur à la Faculté de droit de Paris, directeur de l'Institut des Hautes Etudes internationales, ont fait vendredi une double conférence sur ce sujet qui revêt de plus en plus une actualité angoissante.

La séance était présidée par M. le médecin général inspecteur SIEUR, assisté du médecin général inspecteur Rouvillois et du docteur Dartigues, président de l'U.M.F.I.A. Dans la vaste salle de l'Institut océanographique, se pressait un auditoire particulièrement nombreux et attentif. Nous avons noté la présence du médecin général inspecteur Boyé, des médecins généraux Paître, Oberlé, Schickelé, de M. Louis Le Fur, professeur à la Faculté de droit, des docteurs J. Huber, J. Noir, Molinéry, Bandelac de Pariente, etc...

Après la présentation des orateurs faite par M. Dartigues, le colonel VONCKEN prend la parole. On sait que depuis la conférence de 1934, réunie à Monaco, sous le haut patronage du prince Louis II, le colonel Voncken s'est fait l'apôtre de la protection des populations civiles.

A La Haye, il y a quelques semaines, il a fait notamment une conférence de la plus haute importance. Reprenant la question depuis la fondation, par Dunant, de la Convention de Genève en 1864, il rappelle les efforts tentés, plus particulièrement par les congrès internationaux de médecine militaire. La « charte » des services de santé comprendra : 1° la création de localités sanitaires (ce que le médecin général Saint-Paul préconisa sous le nom de lieux de Genève) ; 2° l'assistance sanitaire par les non belligérants ; 3° l'assistance aux prisonniers ; 4° la protection des populations civiles dans des « villes de sécurité » ; 5° enfin, des sanctions. En face de la « *guerre totale* » qui menace l'ouest de l'Europe, il faut, avec constance, nous attacher à créer et à faire respecter les *lois de la guerre*.

Après M. Voncken qui est longuement applaudi, M. DE LA PRADELLE prend à son tour la parole.

Devant les dangers effroyables qui nous menacent, les juristes doivent parler. Pourquoi ne l'ont-ils pas fait plus tôt ? Après la guerre, les nations se sont endormies dans le rêve de la paix définitive. On ne voulait plus entendre parler de la guerre. Ceux qui s'y risquaient étaient traités de « défaitistes de la paix. »

Comment établir des « *lois* » de la guerre ? L'histoire nous montre que la principale loi des combattants, c'est la loyauté. Le code de l'honneur est une loi de la guerre, la nécessité de la discipline en est une autre. Ces deux lois sont renforcées par la notion d'humanité qui est plus forte qu'autrefois. M. de la Pradelle rappelle les progrès réalisés dans ce sens depuis l'initiative de Dunant et la Convention de Genève. Il reste cependant beaucoup à faire et pour cela, il faut vaincre le scepticisme, les préjugés et les utopies. Les médecins sont tout désignés pour collaborer à cette œuvre avec les juristes et pour tâcher d'obtenir, enfin, des règles de droit dûment sanctionnées, permettant d'assurer le respect de la vie et de la dignité des non combattants.

L'auditoire fit une ovation à l'orateur que M. Dartigues remercia en d'excellents termes.

Remercions à notre tour le docteur Dartigues et l'U.M.F.I.A. de nous avoir permis d'entendre deux éminents conférenciers traiter un sujet bien digne de la grande tradition des « Voix latines ». F. L. S.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONTRE LE PROJET DE CRÉATION DU GRADE DE DOCTEUR DENTISTE

Le Comité de *l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris*, dans sa séance du 16 décembre 1936, a pris connaissance d'un projet de réforme des études dentaires qui doit être présenté incessamment à l'examen de la Confédération des Syndicats médicaux français sous forme d'avant-projet gouvernemental. Celui-ci tend à la suppression du grade de chirurgien-dentiste, les soins dentaires devant rentrer désormais dans le cadre de la *Médecine* proprement dite.

Le Comité déclare rester partisan de l'obligation projetée d'être docteur en médecine d'Etat pour donner les soins dentaires, comme il l'a plusieurs fois précisé lors des discussions de la proposition de loi Milan-Rio en 1931-32 devant les groupements de médecins parisiens.

Mais il dénonce le danger des mesures transitoires qui donneraient aux chirurgiens-dentistes en exercice, et déjà diplômés d'une Faculté le titre de *docteur-dentiste*.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris a toujours eu le souci de la protection des titres universitaires qui assurent à la profession médicale un minimum de garantie.

Aussi est-elle opposée à la création d'un nouveau doctorat délivré sans études probatoires et avec dispense du baccalauréat. L'existence des nouveaux docteurs « *sans doctorat* », outre le précédent néfaste qu'ils constitueraient, diminuerait du tout au tout la valeur du doctorat en médecine d'Etat, car le doctorat-dentaire, s'il était créé, prêterait à confusion avec lui, attendu qu'il serait, comme lui, délivré par la Faculté de médecine. (*Communiqué*.)

Nécrologie. — On annonce la mort du docteur Dausset, chef du service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu. Obsèques mercredi, 9 heures, église N.-D. du Rosaire, rue de Vanves.

LES HEPATITES LEISHMANIENNES

Par Henry MAMOU

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

De nombreuses publications récentes ont montré que le Kala-Azar, autrefois exceptionnel en France, est aujourd'hui une affection autochtone que l'on peut être appelé à observer non seulement sur le littoral méditerranéen, mais également à Paris. Mais à côté des formes classiques dont la physionomie clinique est actuellement bien connue, le Kala-Azar peut affecter des aspects polymorphes qu'il est cependant très important de reconnaître, puisque le traitement stibié est véritablement une arme thérapeutique spécifique.

Nous voudrions insister dans cet article sur les *formes hépatiques* peu connues du Kala-Azar, et montrer leurs variétés cliniques, à propos d'un cas récemment observé et publié avec notre ami le Dr H. Bonan (de Tunis) (1).

Résumons tout d'abord notre observation :

Un cabaretier de 39 ans, installé à Tunis depuis quelques années, est atteint depuis deux mois environ d'un syndrome infectieux à type pseudo-palustre, compliqué d'abord d'ictère, puis d'ascite. Lorsque nous l'examinons en août 1935, nous nous trouvons en présence d'un malade en plein ictère des téguments et des muqueuses, avec pigments et sels biliaires dans les urines, et matières franchement décolorées. L'abdomen est énorme, distendu, et contraste avec l'amaigrissement du thorax. Il existe une circulation collatérale importante dans les flancs, et une ascite libre de moyenne abondance. Le foie est très gros, débordant de six travers de doigt le rebord des fausses côtes. Son bord inférieur est lisse, ferme, légèrement sensible. La rate est percutable, et on en perçoit le pôle inférieur au-dessous du rebord costal. Aux membres inférieurs, on note un œdème blanc, mou, remontant jusqu'aux lombes, et quelques taches purpuriques. La température est à 38-38°5 le matin ; le soir, le malade est pris presque tous les jours d'accès fébriles à 40° du type palustre, avec frissons intenses et sueurs généralisées.

En résumé, *syndrome d'hépatite ictéro-ascitique fébrile* évoluant depuis deux mois chez un homme de 39 ans, et dont l'étiologie restait à déterminer. Notons qu'un examen hématologique avait montré une anémie notable à 2.730.000, une hypoleucocytose à 4.240, une polynucléose à 77 % avec 23 % de mononucléaires.

a) Le premier diagnostic envisagé était celui de *paludisme*. Le début de l'affection avait eu lieu en effet deux mois auparavant et avait été marqué par des accès fébriles du type palustre. On avait noté d'emblée une grosse rate, et le foie était audébut modérément hypertrophié. Cependant, la recherche des hématozoaires dans le sang avait toujours été négative. Néanmoins, un traitement quinique intensif avait été institué sans résultat.

b) On avait ensuite discuté le diagnostic d'*hépatite amibienne à forme pseudo-palustre.*

Sans doute, l'ictère, l'ascite manquent habituellement au cours de l'amibiase hépatique, mais on pouvait se trouver en présence de formes rares décrites par Merklen (2), Carnot (3). Aussi un traitement émétinien avait-il été tenté sans plus de succès.

c) C'est alors qu'on avait pensé à une *hépatite alcoolique ictéro-ascitique.* La profession de cabaretier de notre malade pouvait faire émettre une pareille hypothèse. Mais les accès pseudo-palustres étaient difficilement explicables par quelques signes pleuro-pulmonaires apparus à la base gauche après deux mois d'évolution.

d) Ne s'agissait-il pas alors de *Kala-Azar atypique de l'adulte*, malgré le volume modéré de la rate, l'énorme hépatomégalie, l'ictère, l'ascite, signes exceptionnellement notés dans la leishmaniose ? La formule sanguine ne cadrait pas non plus avec les signes hématologiques habituels, puisqu'il existait une polynucléose à 77 % et non la mononucléose classique. La ponction de la rate qui pouvait nous fournir la preuve diagnostique, par la présence de leishmanies dans le frottis splénique, ne fut pas acceptée par le malade. Du reste, l'existence de purpura, d'épistaxis pouvait faire hésiter à pratiquer cette épreuve. *Mais les réactions sérologiques se montrèrent très fortement positives :* formol-leucogel-réaction, réaction de Chopra. Certes, elles ne sont pas pathognomoniques pour le diagnostic de Kala-Azar, puisqu'on a pu les trouver positives dans quelques cas d'endocardites malignes (Troisier) (4), mais, en pratique, elles permettent, lorsqu'on a éliminé le diagnostic de paludisme, de tenter un traitement stibié.

Chez notre malade, le traitement d'abord au néostibosane, puis à l'anthiomaline, en injections intramusculaires, 1 cc., puis 2 cc. tous les deux jours, eut raison en un mois de tous les symptômes morbides, et, actuellement, le malade est parfaitement guéri. Seules les réactions sérologiques sont restées positives.

Ainsi, l'existence chez notre malade, d'accès pseudo-palustres avec hépato-splénomégalie, l'absence d'étiologie paludéenne, amibienne, mélitococcique, tuberculeuse, l'influence rapide du traitement stibié, alors que tous les traitements antérieurs furent inefficaces, nous font croire qu'il s'est agi d'un cas de *Kala-Azar de l'adulte à forme hépatique ictéro-ascitique ;* ce diagnostic est corroboré par les épreuves sérologiques positives (formol-leucogel réaction, réaction de Chopra à l'uréastibiamine) qui, sans être pathognomoniques, ont cependant une réelle valeur.

Cette forme spéciale du Kala-Azar nous amène à étudier l'aspect habituel du foie dans le Kala-Azar, et les formes cliniques des hépatites leishmaniennes.

I. Dans le Kala-Azar classique de l'adulte ou de l'enfant, le foie est généralement légèrement hypertrophié. Les signes d'insuffisance hépatique sont inexistants ou peu marqués. La rate par contre est grosse, débordant le rebord des fausses côtes, dès le début du syndrome infectieux fébrile, et cette splénomégalie s'accentue au cours de l'évolution, si l'affection n'est pas immédiatement reconnue et traitée.

II. Les hépatites simples. Dans certains cas, cependant, l'hépatomégalie est notable, et finit par l'emporter relativement sur l'hypertrophie splénique. C'est là une éventualité rare, pour Poinso (5) et pour d'OElsnitz (6). Mais il est important d'en connaître la possibilité, afin de ne pas éliminer à priori l'hypothèse d'un Kala-Azar, sur le fait que la rate est à peine palpable, alors que le foie est très largement hypertrophié.

L'observation rapportée par Poinso est particulièrement intéressante :

Chez une fillette de dix ans, atteinte d'un syndrome infectieux d'apparence bénigne, on note un abdomen volumineux, avec circulation marquée dans les flancs. Le foie est énorme, descendant à droite à un travers de doigt au-dessus du pli de l'aine, remontant au-dessus de l'ombilic et plongeant sous le rebord costal gauche. La rate est de petit volume relativement au foie. Son diamètre transversal est de 9 cm., son diamètre vertical de 12 cm. Il n'y a pas d'ascite. L'examen de sang montre une anémie modérée avec lymphocytose. La ponction de la rate révèle de nombreuses leishmanies, alors que les ponctions du foie ne montrent pas de parasites. Le traitement stibié d'épreuve guérit la fillette en 20 jours.

III. Les hépatites avec ictère. Les observations de Kala-Azar avec ictère paraissent exceptionnelles. Cependant, Constantino Perri (7) rapporte un cas d'ictère grave au cours d'une leishmaniose chez une enfant de cinq ans. Il existait un état infectieux fébrile avec gros foie, grosse rate, anémie importante, ictère avec hémorragies. Les diagnostics de paludisme, de syphilis hépatique avaient tour à tour été portés avec institution des traitements quiniques et arsenicaux. L'affection fut reconnue par la ponction splénique et l'examen des frottis qui révéla une quantité énorme de leishmanies intra et extracellulaires. Malgré la gravité de l'état général, la guérison survint rapidement sous l'influence du traitement stibié.

IV. Les hépatites avec ascite. L'ascite est très rare, pour Bertrand (8) qui étudie, dans sa thèse en 1935, le Kala-Azar méditerranéen. Tantôt, écrit-il, « elle accompagne un anasarque, tantôt elle semble liée à une cirrhose du foie ; mais elle n'est pas mentionnée dans le Kala-Azar méditerranéen ».

Poinso (5), dans ses observations de formes hépatiques du Kala-Azar, ne note pas non plus d'ascite. Cependant, remarque-t-il, « l'apparition d'une circulation collatérale pourrait faire prévoir sans illogisme une tendance vers la cirrhose en l'absence de traitement ».

D'OElsnitz (6), qui a particulièrement étudié le Kala-Azar en France, note, dans certains cas, un abdomen volumineux, une circulation collatérale fréquente plus ou moins accusée ; il a observé avec Carcopino une véritable ascite ayant régressé par un traitement énergique.

Cette rapide revue de la littérature médicale française et méditerranéenne concernant les formes hépatiques du Kala-Azar montre la rareté des cas observés. C'est là une constatation assez curieuse, quand on sait l'importance de l'atteinte hépatique dans le Kala-Azar et son infestation considérable par le leishmania donovani. Aussi est-il particulièrement intéressant de constater que la littérature anglaise concernant les cas de Kala-Azar hindous est plus riche en formes hépatiques, et même en cirrhoses véritables.

V. Cirrhoses leishmaniennes. Brachmachari (9) aux Indes, et, surtout, Rogers (10), ont particulièrement étudié ces cas. Pour ce dernier auteur, le foie est augmenté de volume dans 43 à 75 % des cas. Cette augmentation est surtout importante dans les formes subaiguës, méconnues de l'affection. L'hépatite évolue alors vers une véritable cirrhose ascitique qui serait, pour Rogers, rapidement mortelle. Il signale cependant la guérison possible sous l'influence du traitement stibié.

L'*étude anatomique* de ces cirrhoses a été faite surtout par Rogers, et plus récemment par Nattan-Larrier (11).

Le foie est gros, de consistance très dure, presque ligneuse ; sa surface est lisse, sans déformation. Histologiquement, la cirrhose est intracellulaire très diffuse, avec présence de leishmanies très nombreuses dans le tissu fibro-cellulaire. Les cellules hépatiques sont pour la plupart atrophiées.

Nattan-Larrier, étudiant des coupes de foie de Kala-Azar indien, insiste sur l'aspect de cirrhose insulaire ou diffuse péricapillaire qu'on observe : « Les coupes présentent un aspect analogue à celui des cirrhoses syphilitiques congénitales, cirrhoses dites monocellulaires ; les travées hépatiques, morcelées en courts tronçons irréguliers, sont enchâssées dans un tissu conjonctif riche en cellules fixes et en leucocytes mononucléaires que parsèment de gros éléments farcis de leishmanies ».

Conclusions. — De cet ensemble de travaux cliniques, anatomiques et histologiques, il nous paraît possible de tirer les conclusions suivantes :

Si le foie est classiquement peu atteint dans le Kala-Azar habituel, l'hypertrophie hépatique peut être par contre le symptôme prédominant et réaliser plusieurs variétés cliniques. On peut observer des *hépatites leishmaniennes simples*, des *hépatites avec ictère*, des *hépatites avec ascite*, des *formes ictéro-ascitiques*, dont nous rapportons un cas personnel, enfin de véritables *cirrhoses leishmaniennes*. Cette dernière variété est l'apanage de certains Kala-Azar méconnus et par suite non traités ; sa réalité est prouvée par les examens anatomopathologiques des auteurs anglais, hindous et français.

Ces formes hépatiques du Kala-Azar sont vraisemblablement beaucoup moins rares qu'il n'est classique de le dire. Il est très possible qu'elles aient été souvent méconnues et rattachées à tort au paludisme. Quand on relit en effet certaines observations de *cirrhoses palustres*, il est remarquable de voir avec quelle ténacité le diagnostic de paludisme a été maintenu, malgré l'absence d'efficacité du traitement quinique. Il semble du reste que cette confusion entre paludisme et Kala-Azar tienne au fait que ces deux affections peuvent évoluer chez le même sujet d'une part,

et peuvent présenter d'autre part de grandes analogies cliniques : le Kala-Azar se contracte en effet le plus souvent, dans les pays où le paludisme est à l'état endémique, et l'on conçoit aisément que, lorsqu'un malade est atteint de crises fébriles avec frissons et sueurs, et de splénomégalie, le traitement quinique soit tout d'abord institué. Mais dans tous les cas où ce traitement longtemps poursuivi ne fait pas régresser une hépatosplénomégalie fébrile, il serait préférable, à notre avis, de penser systématiquement au Kala-Azar, au lieu de croire à une quinio-résistance, de pratiquer les examens complémentaires : réactions sérologiques, ponction du sternum ou de la rate, et de tenter en tout cas le traitement stibié, véritable test-diagnostic.

Ainsi, une hépatomégalie fébrile subaiguë, associée ou non à un ictère ou à une ascite, accompagnée d'une splénomégalie même peu notable, doit non seulement évoquer l'hypothèse d'une hépatite paludéenne ou amibienne, mais également la possibilité d'une hépatite leishmanienne.

BIBLIOGRAPHIE

1. MAMOU (H.) et BONAN (H.). — *Tunisie médicale*, décembre 1936. — SMADJA (Fernand), *Thèse Paris*, 1936.
2. MERKLEN, WAITZ ALBOT. — *Soc. Méd. Hôpitaux*, 4 novembre 1932.
3. CARNOT. — *Monde médical*, 15 janvier 1934.
4. TROISIER et BARIÉTY. — *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1933.
5. POINSO. — *Presse médicale*, 30 décembre 1931.
6. D'ŒLSNITZ. — *Paris Médical*, 1er juin 1935.
7. PERRI. — *Policlinico*, p. 269, t. 41, 1934.
8. BERTRAND. — *Thèse Alger*, 1931.
9. BRACHMACHARI. — Kala-Azar, 1928.
10. ROGERS. — Fever in the tropics, 1910.
11. NATTAN-LARRIER. — *Bull. Ac. de méd.*, 28 mai 1918.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1936)

Humérus reconstitué par greffe osseuse. — M. DESPLAS a pu reconstituer par greffe centrale une partie de diaphyse humérale reséquée pour kyste essentiel ; il montre les possibilités très grandes de ce mode de greffe

M. MATHIEU préfère dans ces cas placer les greffons à l'intérieur de la cavité kystique dont il n'enlève pas les parois.

M. DUVAL a observé une récidive de kyste au niveau d'un greffon total remplaçant une diaphyse tibiale.

M. MOUCHET, par curettage simple, n'a vu qu'une seule récidive.

M. RICHARD utilise le greffon central dans les résections pour ostéomyélites ne consolidant pas.

M. LEVEUF montre la résorption rapide des greffons et la rapidité d'apparition d'une nouvelle cavité médullaire.

Introduction de substances radioactives dans l'organisme. — M. BÉCLÈRE rapporte les conclusions de la Commission nommée pour en étudier les effets. Quel qu'en soit le mode d'introduction, les substances radioactives sont susceptibles de donner des complications même très tardives : depuis les simples ostéo-radionécroses jusqu'à de véritables sarcomes. Le mésothorium se montre, parmi ces corps un des plus actifs par suite de sa désintégration relativement rapide.

Le rapporteur montre les dangers des corps radio-actifs tant thérapeutiques que diagnostiques et conclut en souhaitant la disparition des premiers et la stricte limitation des seconds.

Reposition sanglante dans les luxations congénitales de la hanche. — M. LEVEUF, après avoir rappelé les vicissitudes du traitement sanglant, montre que les résultats éloignés de la reposition orthopédique ne sont pas aussi bons qu'il est classique de le dire. M. Leveuf, après avoir étudié les causes d'irréductibilité et d'incoercibilité présente de fort belles projections de sa technique et de ses résultats. Il termine en faisant défiler un certain nombre de ses petits opérés.

Appendicite à chaud. — M. Yves DELAGENIÈRE présente sa statistique intégrale de 621 appendicites opérées de parti pris quel que soit l'horaire de la crise ; parmi les 17 morts, aucune ne peut être portée au compte de l'intervention. L'auteur montre l'absence de parallélisme entre l'horaire et la gravité des lésions.

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1936)

Appendicite aiguë. — M. Pierre DUVAL apporte la statistique intégrale des appendicites opérées à l'hôpital de Vaugirard depuis quinze ans, soit 1.420 avec 83 morts, soit 5,8 p. 100. En fait, l'éducation des médecins de la circonscription a été telle qu'on peut établir deux séries, l'une jusqu'en 1934 avec 7 p. 100 de mortalité sur 1.104 cas ; l'autre depuis 1934 avec 1,55 p. 100 de mortalité sur 316. L'amélioration du pourcentage est due à la précocité de l'intervention : 45 p. 100 des malades ont été vus avant la 48e heure dans la seconde série et parmi eux, il n'y a pas un seul décès.

Luxation traumatique de la hanche irréductible. — M. MATHIEU rapporte une observation de MM. Evrard et Dubau (armée), dans laquelle l'irréductibilité était causée par l'interposition d'un fragment cotyloïdien : les auteurs purent réduire après avoir désenclavé le fragment par traction transversale.

Fracture transcotyloïdienne avec luxation iliaque de la tête. — M. MOUCHET rapporte une observation de M. Megnin (d'Alger), qui juge nécessaire d'isoler ce type particulier de fracture à côté des enfoncements et des fractures du sourcil cotyloïdien.

Kystes non parasitaires du foie. — M. WILMOTH présente deux observations de MM. Fabre et Gadrat (Toulouse), qui insistent sur l'extrême difficulté du diagnostic et la facilité de l'intervention dans leurs deux cas.

Nécrose chimique par crayon d'aniline. — M. MOURE analyse deux observations de MM. Megnin et Abitboul qui montrent l'excellence des résultats que peut donner le lavage très prolongé des tissus colorés à l'alcool.

Lipome du mésocôlon. — M. SOUPAULT rapporte une observation de M. Thalheimer concernant un lipome monstrueux du mésocôlon pesant 17 kilogrammes et guéri.

Ulcus perforé duodénal. — M. GRIMAULT (Algrange) communique une observation d'ulcus double du duodénum dont un perforé ; ne pouvant oblitérer la perforation, l'auteur se décide à la gastropylorectomie ; le malade guérit sans incident.

A propos des colibacillémies. — M. ROUHIER communique deux observations de colibacillémie post abortum, et montre que contrairement à la conception classique, les colibacillémies peuvent être mortelles.

MM. CHEVASSU et SAUVÉ ont observé chacun un cas suivi de guérison par sérothérapie dans le premier, par bactériophage intraveineux dans l'autre.

M. MONDOR insiste sur ce que tous les microbes sont susceptibles de donner des septicémies post abortives ; mais, quant à lui, il estime que le colibacille est trop fréquemment rencontré dans le sang de telles malades pour que l'on ait le droit de parler de septicémie sur le vu d'une seule hémoculture.

Diagnostic des endométriomes de l'ovaire. — MM. BROCQ et PALMER, après avoir opéré avec succès deux endométriomes ovariens, dont un se compliquait de métastase recto-vaginale, insistent sur l'importance primordiale d'un diagnostic précoce, préopératoire ou tout au moins peropératoire. Cliniquement, ils insistent sur les dysménorrhées surtout menstruelles et sur les poussées de pelvipéritonites avec hématocèle du Douglas, sur la stérilité et enfin sur les modifications de la tumeur avec les règles.

M. MOULONGUET, aux signes précédents, ajoute la fièvre, l'évolution et l'extrême tendance aux récidives, et précise le rôle thérapeutique de la radiothérapie.

M. MONDOR possède un cas d'endométriome après césarienne guéri par intervention.

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1936)

Reconstitution de l'extrémité inférieure de l'humérus par greffe. — M. LERICHE montre que le modelage du greffon est tout à fait inutile.

L'infiltration novocaïnique dans le traitement de certaines fractures. — M. LERICHE précise que le but de l'infiltration novocaïnique n'est pas l'anesthésie, mais bien la suppression de réflexes vasomoteurs, et l'infiltration à distance du ganglion stellaire le prouve bien au niveau du membre supérieur. De nombreuses photographies montrent les très beaux résultats obtenus par M. Leriche dans un grand nombre de fractures partielles articulaires, dans un cas de fracture de la clavicule, dans un cas d'arthrite chronique, enfin dans une arthrite gonococcique ancienne.

Envahissement des ganglions pelviens dans le cancer du col utérin. — M. ROUX-BERGER analyse un important travail de M. Gricouroff montrant qu'on peut trouver dans les ganglions pelviens, à côté de métastases épithéliales indiscutables, des inclusions épithéliales d'aspect glandulaire tubulé ou vésiculaire, présentant un caractère endométrial très particulier, et que l'on peut trouver en dehors du cancer sans en déduire aucune conséquence de malignité.

M. REGAUD confirme ces faits.

M. LEVEUF ne se déclare pas absolument convaincu.

Diverticule du duodénum. — M. J.-Ch. BLOCH rapporte une observation de MM. CARAJANOPOULOS et ALIVISATOS, qui n'eurent aucune amélioration après intervention. Le rapporteur précise que cette observation ne fait que confirmer les conclusions de la thèse de Mialaret.

M. D'ALLAINES a cependant guéri une de ses malades.

M. MOULONGUET a eu également un succès, mais estime qu'il faut toujours rechercher minutieusement une autre lésion associée : ulcus duodénal ou cholécystite.

Perforations vésiculaires. — M. MOULONGUET rapporte un travail de MM. HODAC, DI et TON THAT TUNG concernant deux perforations : l'une par stylet, l'autre par ascaris ; il en rapproche deux observations personnelles de nécrose vésiculaire par thrombose de l'artère cystique.

Tumeur du corpuscule carotidien. — M. HARTMANN, dans un cas où l'ablation complète fut impossible, a obtenu la guérison par radiothérapie postopératoire.

M. ROUX-BERGER a toujours pu faire l'ablation complète.

M. SOUPAULT a dû dans un cas faire la ligature de la carotide externe et a vu apparaître une hémiplégie au troisième jour.

M. CHEVASSU, étant donné qu'il s'agit de tumeurs relativement bénignes, hésiterait à opérer.

M. SEBILEAU insiste sur les adhérences invincibles à la veine : par contre, sauf dans un cas, il a pu trouver un plan de clivage entre la tumeur et les carotides et même dans ce cas où le malade mourut, l'examen de la pièce lui montra que la dissection eût été possible.

M. HARTMANN, comme M. MONDOR, pense que dans le cas de M. Soupault, l'hémiplégie succéda à une thrombose descendante de la carotide externe liée vers la bifurcation carotidienne.

Fistules anales. — MM. CAPETTE et BREGER montrent dans une très intéressante communication, les immenses avantages du bistouri électrique dans le traitement des fistules anales, et décrivent l'anse coupante qu'ils utilisent dans ce but.

M. BAUMGARTNER est élu président pour 1937.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Thèses soutenues pendant l'année 1935-1936 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 95. ABRY. — Considérations statistiques sur les hémorragies de la délivrance à propos de 10.000 accouchements.

24. ALIBERT. — A propos de deux cas de complications rares du post-abortum : hémiplégie et ophtalmie métastatique.

119. ALLOUARD. — Contribution à l'étude des malpositions dento-maxillaires par hérédité pure.

36. ANDRÉ. — Le traitement des myopathies (méthode de Kure et Okinaka).

142. ARMAND. — Considérations sur deux mille observations de cures climatiques chez l'enfant : à la mer, à la campagne, à la montagne. Résultats de six ans de cure héliomarine à Palavas-les-Flots.

79. ARNAL. — Des abcès du poumon dans le cancer de l'œsophage.

147. AUFRÈRE. — Résultats de la cholédocotomie pour lithiase.

107. BALVET. — Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde.

69. BARRAS. — Le syndrome psoïte chez l'enfant.

85. BATAILLER. — Contribution à l'étude de la tuberculose vulvaire.

116. BAUD (Mlle). — Les poussées hémorragipares au cours de l'hémophilie familiale.

140. BELTRAMELLI. — Contribution à l'étude du traitement des pleurésies purulentes streptococciques grippales chez l'adulte (essai d'une thérapeutique chimiothérapique).

96. BÉRAUD. — Sur certaines édifications complexes conjonctivo-épithéliales du poumon. Discussion de leur interprétation. Hamartomes pulmonaires, fibro-chondromes du poumon ou édifications inflammatoires réactionnelles.

104. BERNARD. — De l'association de la phrénicectomie au pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire unilatérale.

97. BERTHET. — Du rôle des voies lymphatiques dans la genèse de la tuberculose pulmonaire. Leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire interstitielle.

121. BESSON. — Contribution à l'étude des états précancéreux en stomatologie.

41. BIOJOUT. — De la nécessité de la création en France de l'inspection médicale du travail.

---

(1) Voir *Thèses de Lille*, n° 72, p. 1260. — *Thèses de Montpellier*, n° 76, p. 1321. — *Thèses de Strasbourg*, n° 76, p. 1323. — *Thèses de Marseille*, n° 77, p. 1339. — *Thèses d'Alger*, n° 85, p. 1472. — *Thèses de Hanoï*, n° 85, p. 1472, et n° 94, p. 1614. — *Thèses de Toulouse*, n° 94, p. 1613. — *Thèses de Bordeaux*, n° 96, p. 1673.

12. BISSET. — La thérapeutique par voie artérielle dans les infections des membres.

108. BONAMOUR. — Etude clinique du fond d'œil dans l'hypertension artérielle.

120. BONNET. — L'étude de la circulation rétinienne par la méthode entoptique de Scheerer.

66. BORIE. — Contribution à l'étude des fibres à myéline de la rétine.

155. BOSSON. — Les gros infarctus du rein.

52. BOUCHARD. — Les actes antisociaux des mineurs épileptisants. Mesures de traitement et de préservation sociale.

22. BOUCHER. — L'éventration diaphragmatique droite consécutive aux traumatismes du thorax.

154. BOUDÈNES. — Contribution à l'étude radiologique des tumeurs du larynx et de l'hypopharynx.

156. BOULEZ. — Les bassins transversalement rétrécis étudiés du point de vue obstétrical.

58. BRÈS. — Les réactions générales provoquées par le traitement à la substance d'Oriel.

112. BRET. — Le rétrécissement pulmonaire à évolution prolongée. (Etude clinique d'après 27 observations nouvelles.)

143. BROCHIER (Mme, née HURTIN). — Le syndrome vomissements graves de la gestation. Essai de définition.

148. BROSSARD (Mlle). — Les tumeurs cérébrales après cinquante ans.

137. BRUNET. — Contribution à l'étude des luxations latérales sous-astragaliennes récentes du pied.

133. CAÏS. — Contribution à l'étude de la dégénérescence cancéreuse du testicule ectopique.

92. CASTEL. — Sur un nouveau cas d'atteinte du névraxe dans le zona.

65. CECCALDI. — Le cercle pigmenté de la cornée symptomatique de la dégénérescence hépato-lenticulaire, type pseudo-sclérose ou maladie de Wilson.

15. CHAGNOUX. — Contribution à l'étude du traitement du cancer des paupières.

89. CHAMAGNE. — Résultats éloignés du traitement chirurgical des rétrécissements inflammatoires du rectum.

55. CHEVALIER. — Traitement des surdités d'origine tubo-tympanique par la faradisation par voie tubaire. Technique du docteur P. Laurens.

33. CHEVAT. — Nouvelles recherches sur la sédimentation des globules sanguins dans la syphilis.

138. CHOLLAT-NAMY. — Cinq observations d'hémorragies hépatiques chez le nouveau-né.

5. COCHÉ. — Contribution à l'étude des algies pelvi-génitales dites névropathiques chez la femme. Des douleurs obsédantes en particulier.

159. CONTAMIN. — Contribution à l'étude des péritonites aiguës diffusantes du post-partum (12 observations nouvelles).

132. CORAJOD. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien.

19. COURBIÈRES. — Vitamine et avitaminose A. Les facteurs de révélation de l'avitaminose A. La pathogénie des lésions oculaires d'avitaminose A.

49. CURVEILLÉ. — Du syndrome d'Adie, de son diagnostic et des problèmes étiologiques qu'il pose.

139. DALIGAND. — Contribution à l'étude de la syphilis du bourgeon incisif dans la syphilis héréditaire.

1. DAMEZ. — Essai de pathogénie générale des gros cœurs dits « primitifs ».

16. DANNONAY. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes des méninges.

136. DARGENT. — La chirurgie du cancer broncho-pulmonaire primitif.

25. DELAYE. — La pression sus-pubienne introductrice.

153. DEMANGE (Mme, née PEZANT). — Les perforations pulmonaires provoquées bénignes dans la pratique du pneumothorax thérapeutique.

126. DENARD. — Contribution à l'étude de l'organisation de la surveillance dentaire chez les enfants des écoles.

21. DÉNIAU. — Variations de la pression artérielle et dépression atmosphérique. Etude expérimentale chez l'homme et chez l'animal. Essais thérapeutiques.

152. DERÉGNAUCOURT. — Etude sur les grandes incisions médianes du col de l'utérus au cours du travail, à propos de 12 observations.

98. DOR. — Quatre observations de vomissements graves de la gestation paraissant sous la dépendance d'une infection des voies urinaires.

10. DOUVIER. — La mortalité infantile au cours du travail, dans les bassins rétrécis et dans les bassins normaux, étudiée à la clinique obstétricale au cours de deux périodes séparées par un intervalle de vingt ans.

61. DUSSAUT. — Les certitudes et les inconnues au sujet de l'épidémiologie de la peste.

8. FABRE. — Contribution à l'étude bactériologique de la tuberculose pulmonaire de l'enfant, envisagée à ses différents stades.

57. FARGEOT. — L'arrachement total de la tubérosité tibiale antérieure.

129. FAURE. — Diagnostic et traitement immédiat des fractures du maxillaire inférieur.

106. FAURE-BRAC. — Paralysie faciale périphérique et résection du ganglion sympathique cervical supérieur.

6. FAVERET. — La schizophrénie et les états schizoïdes dans le milieu militaire.

2. FAVET. — La septicémie méningococcique expérimentale du cobaye.

72. FERRANDI. — Contribution à l'étude des récidives du cancer du sein et de leur traitement.

14. FIDÉLIS. — De l'épithélioma développé sur scalp du cuir chevelu.

151. FONTBONNE. — Indications de l'endobronchothérapie dans les affections broncho-pulmonaires.

17. FRANCELIN. — Résultats du traitement des orchi-épididymites et des arthrites blennorragiques par le cyanure de mercure intraveineux.

50. FRATANI. — Rapports de la scoliose et de quelques affections rénales.

82. FROMAGET. — Les mesures de protection à l'égard des pervers qui s'engagent dans l'armée.

88. GABRIELLE. — Considérations sur le traitement chirurgical des ulcères gastriques à propos de 30 observations recueillies dans le même service.

150. GAILLARD (Mme, née RENHOLD). — L'acidose dans les vomissements graves de la gestation.

64. GARBIÈS. — De la myocardite subaiguë des jeunes adultes.

27. GARNUNG. — L'éosinophilie sanguine au cours des tumeurs malignes.

30. GAY. — Bactériémie et septicémies dans les aertryckoses humaines.

135. GENIN. — La sédimentation globulaire au cours de la tuberculose pulmonaire chronique dans la pratique sanatoriale et préventoriale. Etude comparative de 1.500 réactions pratiquées chez 250 malades : 200 femmes et 50 enfants.

145. GÉNISSIAZ (DE). — Contribution à l'étude des diverticules de la prostate.

157. GERMAIN. — L'interruption volontaire du pneumothorax artificiel efficace.

45. GIBERT. — Etude comparative des épidémies anciennes et des épidémies contemporaines d'infection puerpérale.

7. GILLET. — Contribution à l'étude des rapports nutritifs de la mère et du fœtus. Carence maternelle et carence fœtale. (Recherches expérimentales et cliniques.)

31. GILLOT. — Anémie et myélose expérimentales par la saponine et le thorium X.

71. GIRAUD. — Les sigmoïdites chirurgicales et leur traitement.

39. GLOAGUEN. — Contribution à l'étude des épithéliomas multiples des voies aéro-digestives supérieures.

3. GODEFROY. — Traitement de la syphilis. Traitement de fond méthodique, régulier, chronique, intermittent.

32. GOUJON. — Essai sur la pharmacologie et l'emploi thérapeutique des sels de strontium, en particulier de l'iodure.

53. GUICHARD. — L'organisation dans les prisons d'un pavillon d'observations pour enfants délinquants.

111. GUILLAUME. — Contribution à l'étude des céphalées cellulitiques.

38. GUILLOT. — Constriction permanente de la mâchoire par blocage de l'apophyse coronoïde.

46. GULTZGOF. — Contribution à l'étude des formes cliniques de mucocèle frontale.

20. HOFF. — Les raies transversales des os.

110. JULLIEN. — Des réactions comparées des cœurs de vertébrés et d'invertébrés vis-à-vis des électrolytes et des drogues.

9. KA. — Les ruptures de cicatrice dans la césarienne basse.

90. KLEIN. — La guerre microbienne.

18. KULCZEWSKI. — L'unité vitale myocardique. La contraction cardiaque à l'état normal et pathologique.

125. LACAILLE. — Contribution à l'étude de la chimiothérapie des streptococcies.

134. LACOSTE. — Neuf observations d'hémorragies intracraniennes chez des nouveau-nés présentant des lésions histologiques moyennes du foie, de la rate et du poumon.

47. LAFUMA. — Le contrôle sérologique du traitement antipalustre par la réaction de Henry.

37. LARAUCHE. — Contribution à l'étude du traitement de la coxa vara congénitale.

113. LAURENT (Jean). — Contribution à l'étude du diagnostic des états subfébriles prolongés en apparence monosymptomatiques chez l'enfant.

86. LAURENT (Pierre). — Essais sur la floculation des sérums mélitococciques en présence d'un antigène spécifique.

124. LAVABRE. — Dents incluses dans le maxillaire supérieur (pathogénie, complications, traitement).

34. LE GAONACH. — Du traitement de certaines lésions cutanées par la diathermo-coagulation.

149. LÉPANOFF (Mlle). — La répartition géographique de l'acrodynie infantile.

60. LEPROUX. — Sur deux cas d'œdème aigu du poumon chez des cardiaques enceintes et hospitalisées au cours de leur gestation.

160. LOUPI. — Le nodule douloureux de l'oreille (chondro dermatitis nodularis chronica helixis).

123. MAGIS. — Fracture du sourcil cotyloïdien avec ascension de la tête fémorale (cas particulier des automobilistes).

127. MALET. — Le traitement de la démence précoce par l'association de la chrysothérapie et de l'opothérapie à la pyrétothérapie soufrée.

115. MARION. — L'alastrim. Etude épidémiologique. Ses rapports avec la variole.

35. MARTEL. — Les pleurésies purulentes de la grande cavité chez l'enfant (traitement chirurgical).

158. MARTIN (André-Henri-Louis). — Des manœuvres intra-utérines immédiatement après l'accouchement. (Etude critique d'après 477 observations.)

76. MARTIN-BARBAZ. — Contribution à l'étude du traitement des pseudarthroses du col du fémur.

146. MARTINET. — Contribution à l'étude du traitement préventif de l'infection syphilitique.

78. MATHON (Gabriel). — Action des eaux minérales et de la dépression atmosphérique sur la teneur du sang et des organes en glutathion réduit (étude expérimentale).

87. MATHON (René). — Contribution à l'étude des formes mentales des tumeurs cérébrales.

70. MAYE. — Accidents cardiaques précoces-immédiats dans les fistules atérioso-veineuses.

54. MICHAUD. — De l'intérêt des réactions de Aschheim-Zondeck et Friedmann-Brouha dans les suite de la môle hydatiforme.

91. MOLINIÉ. — La guerre chimique.

109. MOULIS. — De la thoracoplastie dans le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses.

73. NADAUD. — La syphilis des jumeaux.

122. NAOURI. — Les pneumatocèles par ostéome du sinus frontal.

81. NICOLAS (Fernand). — Considérations sur les syndromes d'artérite au cours de la puerpéralité.

14. NICOLAS (Mlle Yvette). — La transmission aérienne des maladies contagieuses. (Etat actuel de la question.)

67. PAGÈS. — Les manifestations oculaires du pneumosinus dilatans.

77. PAULIN. — Résultats de la laminectomie dans le spina bifida occulta avec énurésis ou douleurs.

51. PÉCHIER. — Contribution à l'étude des calculs de l'uretère.

94. PERRIN. — Contribution à l'étude des présentations de l'épaule. Considérations statistiques et cliniques.

141. PIAGET. — Paralysies laryngées d'origine nerveuse. Statistique de la clinique oto-laryngologique du prof. Collet.

40. PIANTE. — Cardiopathies par hyperthyroïdie larvée (cardiothyréoses). Importance du diagnostic. Conséquences thérapeutiques.

80. PICHEYRE. — Fréquence et signification des images radiographiques de scissurites chez les cardiaques décompensés.

102. PLAISANCE. — Contribution à l'étude du syndrome de Morvan.

56. PLAN. — Contribution à l'étude de la patella partita d'après deux observations inédites de la clinique chirurgicale infantile et orthopédique de la Faculté.

99. POIGNANT. — L'anse ombilicale. Etude anatomo-clinique.

26. POULAIN. — L'orientation professionnelle des cardiaques.

84. POUYSÉGUR. — Les maladies vénériennes dans quelques œuvres poétiques des XVe et XVIe siècles.

4. PROST. — Le phénomène de la divulgation de la pensée.

93. PROVENCE. — Essai sur les affinités électives biologiques.

75. RAMES. — Le mélæna vrai à début intra-utérin.

62. REVERT. — La « gale des grains ». Faits observés au Havre. Clinique, hygiène et parasitologie, médecine légale.

48. REYNAUD. — Contribution à l'étude de la nymphomanie.

100. RICARD. — Contribution à l'étude de la fièvre syphilitique primaire.

144. RIOU. — Fibre argentaffine et système réticulé. Leurs modifications dans les tumeurs malignes primitives du foie.

28. ROBIN. — Contribution à l'étude des hémorragies intra-péritonéales d'origine folliculaire.

130. ROCHE. — A propos de deux observations d'hystérectomie à pédicule externe (opération de Porro).

131. ROCHEDIX. — La glutathionémie au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. Ses relations avec la cholestérolémie. Indice glutathiocholestérolémique.

42. ROLIN. — Les accidents et maladies professionnelles dans l'industrie de la soie artificielle à la viscose.

103. ROSSAND. — Des accidents nerveux de la chrysothérapie.

105. ROZIER. — Contribution à l'étude de la radiothérapie post-opératoire des cancers du sein. Discussion de la rœntgenthérapie prophylactique.

29. SABOYA. — Alimentation et natalité.

101. SAFAR. — Perforation du gros intestin, en péritoine libre, à la suite de l'examen radiologique au cours des cancers du gros intestin.

83. Sauvan. — Le décentrement pylorique, signe radiologique d'ulcère gastro-duodénal.

117. Soichot. — Etude des résultats éloignés de la greffe d'Albee dans le mal de Pott de l'adulte, formes cervicales exceptées.

59. Stephant. — Contribution à l'étude de la surrénalectomie dans le traitement de l'hypertension artérielle permanente et solitaire.

68. Taillefer-Grimaldi. — Contribution à l'étude de la lithiase conjonctivale.

63. Thévenin. — Toxicité des lipides tissulaires.

114. Verboud (Mme, née Gagneux). — La pathologie de la grossesse étudiée pendant deux ans et demi à la clinique obstétricale.

11. Vey. — Considérations sur la puerpéralité chez les femmes âgées de plus de quarante ans.

43. Veyrat. — Hypotension permanente par imprégnation toxique d'origine digestive.

74. Viaud. — Le mongolisme chez les jumeaux.

128. Viennois. — Contribution à l'étude de l'ostéose cancéreuse diffuse. Signes radiologiques. Aperçu pathogénique.

118. Violet. — Contribution à l'étude des propriétés agglutinantes des sérums scarlatineux vis-à-vis des streptocoques.

23. Vosselmann. — La menstruation : légendes, coutumes et superstitions.

13. Wurtz. — Le rôle de la chirurgie dans le traitement de certaines septicémies dites chirurgicales.

Doctorat d'université. — 403. Angielowicz. — La disjonction cranio-faciale traumatique.

393. Blondel (Mme, née Chighin). — L'anémie infantile érythroblastique type Cooley.

399. Bojikoff. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Thoracoplastics hautes et résection de la clavicule dans les opérations de collapsus contre la tuberculose pulmonaire. Etude anatomo-chirurgicale et critique.

391. Cheikh. — Contribution à l'étude des relations viscéro-cutanées. La dermalgie-réflexe appendiculaire.

380. Covo. — De l'opération de Marion ou cloisonnement du cul-de-sac de Douglas.

397. Doïtchinovitch. — Les kystes hydatiques du pancréas.

400. Engelberg. — Contribution à l'étude des torsions du testicule et de l'hydatide sessile de Morgagni chez l'enfant. (Syndrome d'orchite aiguë primitive des enfants.)

392. Fahkraï (Ali). — Sur le traitement chirurgical des sigmoïdites aiguës.

394. Fahkraï (Neuredine). — Contribution à l'étude des obésités. Dysmétabolisme lipidique et troubles allergiques.

384. Fathy. — Le traitement de la fracture des deux fémurs.

381. Fischer. — Des syndromes abdominaux au cours du purpura chez l'adulte.

387. Guilani. — Des monoplégies corticales dissociées dites pseudo-périphériques et de leur signification physio-pathologique.

402. Ibrahim Azer Israël. — Des abcès froids de la paroi après ponction pleurale. Leur prophylaxie.

385. Kany. — Etude bio-microscopique du pannus trachomateux.

398. Kwiat. — Le fonctionnement de la maternité de l'hôpital de Tarare au cours des années 1934-1935.

404. Mendelsohn. — Les neuro-papillites à virus neurotrope.

382. Mir-Sepassy. — Les caractères dits hystéroïdes des crises oculogyres diencéphaliques et leur signification physio-pathologique.

386. Rokni. — Etude de la syphilis sans chancre.

388. Saadate. — Essai de classification des tumeurs malignes de l'ovaire au point de vue pronostic et traitement.

389. Szkolnikowicz. — Recherches sur la topographie des centres respiratoires du mammifère. Examen critique et expérimental de la question des centres respiratoires médullaires.

383. Tadros. — Le traitement de la bilharziose par les sels d'antimoine.

401. Teitelbaum. — Troubles du rythme cardiaque provoqués par l'intoxication digitalique massive du cœur humain normal.

390. Vassileva (Mlle). — L'abcès du poumon chez l'enfant.

395. Yacovliévitch. — Manifestations cliniques relevant des altérations anatomiques de l'iris dans le diabète (en dehors de l'inflammation).

396. Youssef. — Données récentes sur l'étiologie et la prophylaxie de la lèpre et leur application en Egypte.

LIVRES NOUVEAUX

Les régimes chez l'enfant (1), par L. Babonneix.

C'est un ouvrage considérable que celui que L. Babonneix vient de consacrer à l'étude des régimes chez les enfants. Il réunit une grande quantité de notions, le plus souvent éparses et difficiles à rassembler ; elles sont présentées dans un ordre logique, et soumises à un esprit critique qui n'est jamais en défaut.

Ce n'est pas un simple recueil des régimes proposés ou expérimentés dans les diverses conditions, normales ou pathologiques. Une première partie, qui n'est pas la moins importante, est consacrée en effet aux notions physiologiques. Il est impossible, à l'heure actuelle, de comprendre les raisons qui font prescrire tel régime plutôt que tel autre, sans avoir présentes à l'esprit, non seulement les données calorifiques, connues de longue date, mais encore et surtout les données plus nouvelles relatives à l'équilibre acido-basique, aux oxydo-réductions, à l'équilibre alimentaire. On trouvera là toutes sortes de renseignements du plus haut intérêt.

Les deux autres parties de ce volume sont consacrées l'une à l'alimentation des nourrissons, et l'autre à l'alimentation des enfants de 2 à 15 ans : cette dernière, où sont réunies des indications fort utiles, est tout naturellement la plus courte, les régimes étant moins spéciaux chez les grands enfants ; nous signalons toute une série de menus, applicables aux différents âges.

Mais nous voulons insister surtout sur les pages consacrées aux régimes des nourrissons. Ils ont fait, dans ces dernières années, l'objet de travaux nombreux et d'une grande importance. L'allaitement au sein, l'allaitement artificiel, sont ici minutieusement étudiés.

L'allaitement au sein, lorsqu'il est possible, est toujours désirable, et tout spécialement l'allaitement maternel. Mais les progrès réalisés dans sa technique permettent de recourir plus souvent à l'allaitement artificiel, bien qu'il soit toujours d'une application délicate et nécessite une surveillance de tous les instants. Babonneix en expose les règles avec précision, et donne toutes les indications utiles sur l'emploi du lait sec et du lait concentré. Mais sous l'impulsion de Feer (de Zurich), et, en France, de Ribadeau-Dumas, de Rohmer, de R. Mathieu, on a proposé de diminuer, chez le nourrisson normal, la ration de lait, en ajoutant, beaucoup plus tôt qu'on ne le faisait autrefois, des farines et des légumes. Comme l'auteur le fait remarquer, cette méthode mérite d'être connue et employée,

(1) 1 vol. de 607 pages, Paris, 1936. Masson et Cie, édit.

mais à la condition qu'on l'applique avec toute la prudence nécessaire, en évitant de vouloir combiner les deux systèmes ; car donner des farines et des légumes à de tout jeunes enfants sans restreindre parallèlement la quantité de lait, conduirait à des désastres.

C'est à propos de l'alimentation du nourrisson malade que sont exposées complètement les notions relatives aux laits modifiés, aux composés protidiques autres que le lait, aux régimes sans lait ou avec une réduction considérable du lait. Puis sont étudiés, passés en revue d'une manière complète, les régimes que l'on peut appliquer dans les principales maladies des nourrissons.

Nous ne saurions entrer dans le détail des questions étudiées, toutes avec un soin minutieux. Mais il convient de retenir que dans ce livre, Babonneix a su exposer les conceptions les plus modernes sans sacrifier les méthodes anciennes qui avaient fait leurs preuves : il y a donc là un travail d'ensemble très complet et très cohérent que connaissent déjà nos lecteurs Babonneix ayant publié dans la *Gazette des hôpitaux* un certain nombre de ces régimes.

Une table alphabétique très détaillée, une table analytique claire permettent de trouver avec la plus grande facilité soit le renseignement désiré, soit l'article touchant tel ou tel point.

Chaque chapitre est précédé d'un résumé présenté dans un élégant encadrement. L'exécution typographique en est parfaite : ce livre fait honneur à la pédiâtrie française, à son auteur et à ses éditeurs.

H. GRENET.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 21 décembre. — Jury : MM. Baudouin, président ; Clerc, Strohl, Giroud. — M. Gordon. Les anti-hormones. — M. Beasse. L'acide ascorbique et son rôle en thérapeutique.

Mardi 22 décembre. — Jury : MM. Cunéo, président ; Lemaître, Verne, Lévy-Solal. — M. Jannic-Cler. De quelques parathyroïdectomies.

Jury : MM. Bezançon, président ; Claude, Gastinel, Mouquin. — M. Lerner. Sur les cryptoleucémies. — Mlle Aveline. Recherche du bacille tuberculeux par la culture des selles. Résultats. — Mlle Fenyes. Etude des kystes épithéliaux de la rate. — M. Méric. Etude du mécanisme d'action des procédés de collapsothérapie de la tuberculose. — M. Ricoux. Notions actuelles sur la cellulite et son traitement.

Lundi 21 décembre (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Lemierre, président ; Lesbouyries, Panisset. — M. Lemoine. Botrymycose chez les animaux domestiques.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ABCÈS RÉTROPHARYNGIEN

DEFINITION

L'*abcès rétropharyngien* est en réalité un *adéno*-phlegmon ; il correspond en effet à l'inflammation aiguë, puis à la suppuration des ganglions rétropharyngiens de Gilette.

ETIOLOGIE

C'est essentiellement une affection du nourrisson. Elle s'observe avec un maximum de fréquence de 2 à 7 mois. Elle devient exceptionnelle après deux ans.

Les ganglions rétropharyngiens reçoivent des lymphatiques de la muqueuse rhino-pharyngienne, de l'oreille moyenne : une adénoïdite, une angine, une otite, un coryza seront donc à l'origine de l'adéno-phlegmon. Le coryza de la rougeole est en particulier très fréquemment en cause. Mais il faut bien savoir que ce stade d'infection muqueuse peut être extrêmement discret, passer même inaperçu et que l'abcès, par suite, semble d'apparence primitive.

A côté de l'adéno-phlegmon, il faut pour être complet faire une place, mais bien minime, à l'abcès du tissu cellulaire.

C'est un abcès de l'adulte, contrairement au précédent. Il est d'origine traumatique ; c'est dire son caractère tout à fait exceptionnel :

— Plaie du pharynx (abcès des aliénés nourris à la sonde) ;

— Corps étrangers.

Très exceptionnellement, il s'agira d'un adéno-phlegmon lié aux mêmes sources d'infection rhino-pharyngée que chez le nourrisson.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A) Il est indispensable, en un court rappel d'anatomie normale, de préciser :

1° La situation des ganglions de Gilette ;

2° La disposition générale de l'espace celluleux rétro-pharyngien.

1° *Ganglions de Gilette.*

Au nombre de deux : l'un à droite, l'autre à gauche ;

En avant des masses latérales de l'atlas, contre les cloisons sagittales, donc très *latéraux.*

En dehors de ces ganglions, citons de petits ganglions rétro-pharyngiens médians, *inconstants*, siégeant en des points variables de la paroi postérieure du pharynx et qui peuvent, eux aussi, être à l'origine d'adéno-phlegmons.

2° L'espace rétro-pharyngien est *bien limité :*

En haut : à l'apophyse basilaire de l'occipital ;

En arrière : par l'aponévrose prévertébrale ;

Latéralement : par les lames sagittales.

Il se continue au contraire *sans démarcation*, en bas, par l'espace rétroviscéral.

C'est dire :

— La possibilité d'une propagation descendante de la suppuration à cet espace ;

— L'impossibilité de décrire cliniquement, comme l'ont voulu certains auteurs, trois types d'abcès rétro-pharyngiens correspondant à une hauteur variable de la collection purulente, et traduits par trois tabeaux cliniques différents.

B) *L'adéno-phlegmon.*

La collection, au début latéralisée (siège latéral des ganglions atteints), devient très *bientôt médiane*, rétro-pharyngienne, à mesure qu'elle se constitue ;

— Elle bombe fortement en avant, s'accompagne d'un œdème important ;

— D'abord localisée, elle peut, si on n'est pas intervenu, diffuser le long de l'espace celluleux rétro-viscéral, vers le thorax.

— *Pus.* — Quantité variable, jaune verdâtre, bien lié, assez fréquemment fétide, peut contenir des germes variés. Mais on y a rencontré presque contamment le *streptocoque.*

— *Evolution anatomique.* — En dehors d'une intervention, se ferait :

— Soit vers l'ouverture pharyngienne spontanée, dont nous verrons les écueils ;

— Soit vers la diffusion : fusées purulentes rétro-œsophagiennes.

ETUDE CLINIQUE

Nous n'étudierons que la seule forme pratiquement observée : *l'abcès rétro-pharyngien du nourrisson.*

Le premier symptôme en date est : *la dysphagie.*

Des *signes généraux* l'accompagnent ou la suivent de peu.

Dysphagie. — Le nourrisson prend le sein, essaie de boire, mais immédiatement se rejette en arrière, laisse écouler au dehors la gorgée de lait qu'il ne peut avaler.

Cette dysphagie du tout début est liée plus à la douleur qu'à l'obstacle que réalise la tuméfaction pharyngienne.

Signes généraux. — Ils ont pu apparaître en même temps que la dysphagie,

— La suivre de peu,

— Bien souvent aussi la précéder de 2 ou 3 jours.

Température élevée, vomissements, convulsions, que la dysphagie va rattacher sans retard à leur origine pharyngée.

Si le nourrisson est vu plus tardivement, les signes sont alors au complet.

Les *signes généraux* sont marqués, et nous avons vu leurs caractères.

La *dysphagie* reste le signe capital.

Elle est liée cette fois autant à la masse de l'abcès qu'à la douleur qu'il entraîne. Le nourrisson, qui ne peut absolument plus s'alimenter, maigrit et dépérit très rapidement.

De plus, on constate :

1. *Modification du cri :* timbre affaibli, rauque ou nasillard, bien particulier.

C'est la classique « voix de canard ».

Cette modification du cri aura pu être parfois le premier symptôme et aiguiller vers le diagnostic avant même que ne soit nette la dysphagie.

2. *Dyspnée :* toujours plus tardive que la dysphagie ;

— Traduite d'abord par un ronflement nocturne ;

— Bientôt dyspnée vraie, constante ;

— Liée à la fois au volume de la collection, à l'œdème qui l'accompagne, au spasme qui s'y ajoute ;

— Elle est d'autant plus grave que la part de l'œdème y est plus importante ;

— Elle est d'autant plus précoce que l'enfant est plus jeune ;

— Elle est de plus fréquemment accrue de paroxysmes angoissants liés au spasme.

Cette dyspnée s'accompagne de *tirage sus et sous-sternal.*

On a dit que la gêne respiratoire est plus intense lorsque l'enfant est assis (la collection bombant au maximum) que lorsqu'il est couché (la collection ayant tendance au contraire à s'étaler). C'est un signe tout théorique, que dément l'observation clinique.

Dysphagie, dyspnée, modification du cri, sont les signes dominants.

Nous ne ferons que citer d'autres signes accessoires inconstants :

— L'immobilisation presque complète du cou par la douleur ;

— La toux, qui peut prendre le type croupal ;

— Les vomissements.

SIGNES PHYSIQUES

L'examen du pharynx confirme le diagnostic :

a) *Examen direct, s'il est possible :*

Tuméfaction rouge violacée du fond du pharynx, qui bombe en avant.

b) *Toucher pharyngien :*

C'est bien souvent le seul examen possible. L'index passe le voile, va toucher le fond du pharynx.

— Empâtement mal limité, douloureux, rapidement dépressible en son centre, où l'on ressent par la pression brusque du doigt un choc en retour, équivalent de la fluctuation habituelle, et qui affirme la collection.

EVOLUTION

— *En dehors d'une intervention.*

L'ouverture spontanée dans le pharynx amène rarement la guérison.

En effet :

— Trop étroite, vite obstruée, non déclive, elle ne draine qu'insuffisamment la collection, qui continue pratiquement à évoluer ;

— Elle peut donc se compliquer de septicémie chronique, de broncho-pneumonie de déglutition ;

— Elle peut encore envoyer des fusées purulentes rétro-viscérales, et l'enfant succombe à une médiastinite suppurée ;

— Citons enfin la possibilité de mort par asphyxie ou par broncho-pneumonie de déglutition lors de la rupture spontanée d'un abcès durant le sommeil.

— *Après intervention.*

Le pronostic est en général excellent :

La dyspnée disparaît.

Les signes généraux disparaissent.

La guérison locale se fait rapidement, et l'état général se relève vite dès qu'est reprise l'alimentation.

FORMES CLINIQUES

Nous avons vu qu'il fallait abandonner la description que certains ont voulu faire de trois tableaux cliniques correspondant à des localisations au niveau des trois étages anatomiques de l'espace rétro-pharyngien.

Quant au rarissime abcès de l'adulte, il ne présente de particulier que son étiologie.

DIAGNOSTIC

— La dysphagie est le premier symptôme en date.

— Il faut toujours examiner le pharynx chez un jeune enfant qui présente dysphagie ou dyspnée.

Ces deux notions posées, on peut affirmer que le diagnostic est d'une très grande facilité.

On élimine en effet immédiatement :

— Les dyspnées d'origine médicale (croup, laryngite striduleuse, etc.) ;

— Les corps étrangers du pharynx et des voies aériennes, pour arriver au diagnostic de collection chaude rétro-pharyngienne.

TRAITEMENT

Le diagnostic posé, il faut d'*urgence* intervenir :

— Ouverture large de l'abcès, soit au bistouri (dont on peut protéger la lame), soit à la pince.

— Pas d'anesthésie ;

— Enfant très bien immobilisé ;

— Inciser de haut en bas jusqu'au pôle inférieur de la collection.

— Dès que le pus s'échappe : tourner vivement de côté la tête de l'enfant, ou même le mettre la tête en bas, afin qu'il n'y ait pas entrée de pus dans la trachée.

Il faut revoir l'enfant. L'incision peut s'être obstruée trop vite. La collection bombe à nouveau. Il suffit de rouvrir à la pince pour réassurer le drainage.

Tel est le traitement de l'abcès rétro-pharyngien, traitement d'urgence que l'on peut réaliser même avec des moyens de fortune, et qui explique bien l'abandon des modes d'ouverture par voie cutanée autrefois décrits.

LUCIEN DAVID.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.


ÉPHÉDRINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement titré à 1 centigr. de chlorhydrate d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple, pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par jour, en débutant par une dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les 2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur demande et franco
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
3 A 8 PAR JOUR
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

N° 103. — SAMEDI 26 DECEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **12 fr. 50**. — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Jury du concours de l'internat* (oral) : MM. Fiessinger, Péron, Milhit, Haguenau, Jean Berger, Boppe, Redon, Jeannin, qui ont occepté.

MM. Courcoux et Küss, dont l'acceptation ne nous est pas encore connue.

— En raison de la fermeture imminente de l'ancien hôpital Beaujon, l'administration générale de l'Assistance publique a ouvert, 19, rue d'Armaillé, un « poste de secours » (fondation Paul-Marmottan), destiné à recevoir les malades ou blessés ayant besoin de soins immédiats.

Faculté de Médecine de Paris. — *Clinicat de la tuberculose.* — Sont nommés *chefs de clinique titulaires* : MM. Pergola, Robert (P.).

Clinicat de cardiologie. — *Chefs de clinique titulaires* . Mlle Landowski, M. Leblanc M., Mlle Brosse Th., M. Royer de Véricourt.

— La chaire de pathologie médicale et générale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est transformée en chaire de pathologie et thérapeutique générales (titulaire : M. Baudouin).

Faculté de médecine de Bordeaux. — La chaire de clinique dentaire (budget de l'Université) de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est transformée en chaire de clinique odonto-stomatologique (titulaire : M. Dubecq).

Guerre. — Sont nommés professeurs agrégés du Val-de-Grâce :

Médecine : MM. Hamon (chaire de neuropsychiatrie), Aujaleu (chaire des maladies et épidémies des armées), Sohier (même chaire).

Pharmacie : MM. Griffon (chaire de chimie appliquée à la biologie).

Ministère de la Santé publique. — M. le docteur Reumaux, médecin directeur du sanatorium public de Saint-Sever (Calvados), a été nommé médecin directeur du sanatorium public de La Guiche (Saône-et-Loire).

— Un poste de médecin directeur est vacant à l'asile public autonome d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône), par suite du départ de M. le docteur Danjean, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Ministère des Pensions. — Le docteur M. Sureau, secrétaire général de la Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires (loi du 12 août 1933) communique la *vacance* des postes suivants : médecin du lycée de garçons de Rodez ; médecin du lycée de garçons de Metz ; médecin du lycée de garçons de Grenoble ; médecin adjoint du lycée de garçons de Grenoble.

Académie des sciences. — M. Edmond Sergent, directeur de l'Institut Pasteur d'Alger, a été élu membre non résidant, en remplacement de M. Charles Nicolle, décédé.

Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris. — Nous rappelons que les médecins désirant se faire remplacer par un interne des hôpitaux de Paris (médecine, chirurgie et toutes spécialités), doivent adresser leur demande au secrétariat de l'Association, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (6e). Tél. : Danton 09-60.

Une première manifestation de l'humanisation de la guerre. — Nous lisons dans la *Revue internationale de la Croix-Rouge* qu'un accord a été passé par le docteur Junod,

délégué du Comité international de la Croix-Rouge, avec le gouvernement provisoire basque.

Cet accord a eu pour effet immédiat la libération de 150 femmes, retenues dans les prisons de Bilbao, dont 30 ont été, sur leur demande, libérées à Bilbao même, et 120 conduites à Saint-Jean-de-Luz, à bord de deux destroyers de la marine britannique, et reconduites en autocar en Espagne nationaliste. Simultanément et par réciprocité, toutes les femmes basques détenues dans l'Espagne nationaliste ont été libérées. Cette première manifestation d'« humanisation » de la guerre civile en Espagne, due aux gouvernements provisoires basque et nationaliste, ne saurait manquer d'avoir d'heureuses répercussions.

Syndicat national des urologistes français. — *Bureau pour* 1937. — Président : professeur André, de Nancy ; Vice-Présidents : professeur Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Lille ; docteur Minet, de Paris ; docteur Saint-Cène, de Paris. Secrétaire général : docteur Marcel Gallois, de Paris. Trésorier : docteur Georges Voronoff, de Paris.

Conseil d'administration. — Professeur Jeanbrau, de Montpellier ; docteur Henry Blanc, de Bordeaux ; docteur Macquet, de Lille ; docteur Marc Papin, de La Rochelle ; docteur Wolgensinger, de Nice.

Pour tous renseignements et demandes de candidature, s'adresser au docteur Marcel Gallois, 26, rue de Clichy, Paris (9e). Trinité 19-01.

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE AU DOCTEUR GEORGES LABEY

Lundi dernier, à l'hôpital Boucicaut, dans l'intimité du musée Letulle, les élèves, les amis, les collègues du docteur Georges Labey lui ont offert, à l'occasion de sa retraite des hôpitaux, une très belle médaille due au maître Charles Pillet.

Réunion vraiment intime et émouvante. Ceux qui étaient là tenaient à exprimer au maître, au cher ami, leur admiration, leur affection et leur reconnaissance, car beaucoup d'entre eux lui doivent la vie d'un être cher.

M. le professeur Pierre Duval présidait, remplaçant le professeur J.-L. Faure, malheureusement retenu. A ses côtés, Georges Labey et son élève Sylvain Blondin, puis Mme Labey, entourée de ses enfants. Dans l'assistance extrêmement nombreuse, comment ne pas citer au premier rang, M. le professeur Hartmann, les vénérés maîtres Siredey et Béclère qui avaient tenu à témoigner leur particulière estime à Labey.

M. Sylvain Blondin prend le premier la parole. Il nous présente un Labey « vu par ses élèves ». Pour les maîtres, il n'est pas de témoins plus sévères que les élèves. Quand ils vous montrent, comme le fait Blondin, les soins que Labey apporte dans ses examens, la sûreté de son diagnostic, la promptitude de sa décision, l'adresse incomparable de l'opérateur, enfin sa haute conscience, on peut les croire. Si on ne connaissait pas Labey, après avoir entendu Blondin, on ne pourrait pas ne pas l'admirer et l'aimer. Ce discours fut charmant et émouvant.

Pierre Duval lit ensuite une lettre de Jean-Louis Faure. L'illustre maître exprime toute son admiration pour Labey, qui, à ses yeux, réalise le type complet du grand chirurgien français. Cette admiration, il l'exprime dans des termes magnifiques, comme seul il sait le faire.

Pierre Duval remit alors à Labey la belle médaille de Ch. Pillet. Sur l'avers, le profil très ressemblant et de haute allure de notre ami. Au revers sont très heureusement rappelées deux des passions de Labey, la montagne et la musique.

Pierre Duval est un ami d'enfance, un ami de jeunesse, un ami de toujours de Labey ; il sut trouver pour parler de l'ami et du chirurgien des mots exquis.

Il lui fit cependant une critique : il lui reprocha amicalement sa trop grande modestie. Et il rappela qu'il fallut faire violence à Labey, pour le décider à accepter la présidence de la Société nationale de chirurgie à laquelle en 1934 l'appela la confiance de ses collègues.

Labey, enfin, très ému, se leva et remercia ceux qui avaient organisé cette réunion en particulier M. Soupault et le maître Pillet. Très simplement, il parla de sa jeunesse, de ses études, de son externat chez Tillaux, où Walther et Arrou décidèrent de sa vocation chirurgicale, puis de son internat, chez Polaillon, chez Ricard, maître aimé et merveilleux chirurgien, chez Le Dentu, dont il fut l'interne, puis le chef de clinique, après en avoir été l'externe ; enfin chez Paul Reclus...

Après nous avoir parlé de ses maîtres, il parle avec gratitude de ceux qui furent ses collaborateurs dans les hôpitaux.

Il dit surtout sa joie d'avoir vécu toute sa vie professionnelle auprès de ses internes, dont la jeunesse lui donnait l'impression justifiée qu'il restait jeune lui-même.

C'est parce que Labey aime la jeunesse qu'il est aimé d'elle, aussi est-il le président le plus populaire que l'Association des internes et des anciens internes des hôpitaux de Paris ait eu depuis longtemps.

F. L. S.

COURS ET CONFÉRENCES

Cours d'hygiène sociale. — Cours libre autorisé par le Conseil de l'Université de Paris. — *La lutte contre les maladies sociales et pour la préservation de la race*, par M. le docteur Sicart de Plauzoles, professeur au Collège libre des Sciences sociales, directeur de l'Institut Alfred-Fournier, directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, secrétaire général de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale. Le cours, public et gratuit, aura lieu à la Faculté de médecine, salle de thèses n° 2, les lundis et vendredis, à 17 heures, du 11 janvier au 19 mars 1937. La première leçon sera faite le lundi 11 janvier 1937, à 17 heures.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

REVUE GÉNÉRALE

LA MALADIE AMYLOÏDE (1)

Par M. J. VIDAL,
professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de Montpellier.

ÉTUDE CLINIQUE

La symptomatologie de la maladie amyloïde peut être classée sous trois chefs :

La *symptomatologie rénale*, qui mérite d'être isolée parce que l'atteinte rénale est extrêmement fréquente au cours de l'amylose et que cette localisation par sa richesse symptomatique, qui s'oppose à la pauvreté d'expression clinique des autres déterminations viscérales, est vraiment caractéristique et révélatrice de la maladie amyloïde ;

La *symptomatologie afférente aux autres localisations* diverses de l'amylose ;

La *symptomatologie propre à l'affection causale* : tuberculose, suppurations diverses, etc...

I. Symptomatologie rénale. — La symptomatologie de l'amylose est une symptomatologie essentiellement rénale. Elle comporte une triade symptomatique qui est classique et un ensemble de caractères négatifs, qu'il n'est pas inutile d'énumérer.

A. Triade symptomatique. — 1° La *polyurie* qui atteint deux litres en moyenne, mais peut s'élever jusqu'à 6 et 8 litres (Grainger-Stewart). Elle manque quelquefois, ou même fait place à de l'oligurie lorsque s'installe une diarrhée abondante (amylose intestinale) ou que l'évolution a atteint l'étape cachectique.

Les urines sont limpides et transparentes : elles présentent souvent un reflet jaune verdâtre.

2° L'*albuminurie* est un signe dont la valeur diagnostique dépasse celle de la polyurie.

Cette albuminurie est intense, massive, s'élevant à 20, 30 gr. ou davantage par litre.

Une albuminurie aussi importante n'est à peu près jamais observée en dehors de l'amylose.

Le taux de cette albuminurie peut varier d'un jour à l'autre, mais elle persiste toujours.

Dans un cas, signalé par Straus, où l'albuminurie faisait défaut, l'examen anatomique révéla que l'infiltration amyloïde exclusivement localisée aux pyramides, respectait entièrement les glomérules.

On a discuté sur la constitution de cette albumine urinaire ; on l'avait crue différente de l'albumine contenue dans les urines des néphritiques (Bartels, Senator, Brulé et Laudat) : l'albumine urinaire dans l'amylose contiendrait surtout des globulines et peu de sérine, alors que dans les néphrites il y aurait prédominance de la sérine sur la globuline. Mais Meillère et Lœper, Brault ont montré que le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ était en réalité identique dans l'albuminurie des néphrites et dans l'albuminurie de la maladie amyloïde.

3° Les *œdèmes*, assez importants, sont mous et blancs. Ils siègent d'une façon prépondérante aux membres inférieurs. Ils sont l'expression d'une rétention hydrochlorurée, qui s'affirme par les signes suivants :

Augmentation de poids consécutive à l'ingestion de chlorure de sodium ;

Augmentation de la chlorémie, notée par Widal ;

Hydrémie, évaluée par réfractométrie.

B. Symptômes négatifs. — A cette triade symptomatique il faut ajouter certains signes, qui bien que d'ordre négatif ne sont pas négligeables.

1° *Absence d'éléments anormaux dans le sédiment urinaire.* — Absence de cylindrurie ; on ne trouve que quelques cylindres hyalins, sans signification pathologique. L'absence de cylindrurie s'explique par l'intégrité habituelle des tubuli contorti dans l'amylose rénale.

Absence de globules blancs et de globules rouges. Cette formule urinaire négative s'oppose à celle des néphrites. C'est une « formule muette » (Widal), une « formule morte ». Il en est ainsi parce que les épithéliums sécréteurs sont habituellement intacts.

2° *Absence de syndrome azotémique.* — Non seulement il n'existe pas d'élévation de l'azotémie, mais encore le taux en est plutôt bas : 0 gr. 20 ou 0 gr. 15 (M.-L. Kindberg).

La constante uréo-sécrétoire est abaissée : 0,06 ou 0,05. Le rein paraît donc être anormalement perméable. On a parlé de « rein percé » de « rein troué ».

Cette perméabilité rénale excessive se trouve confirmée par les résultats des épreuves d'élimination : bleu de méthylène (Achard, Castaigne et Lœper) et phénolsulfonephtaléine (P. Vallery-Radot et A. Weil). Ces épreuves révèlent en effet une perméabilité souvent exagérée.

Ces constatations diverses concordent pour mettre en opposition l'amylose rénale et la néphrite chronique azotémique.

3° *Absence de syndrome cardio-vasculaire.* — L'absence de ce syndrome complète encore l'opposition qu'on peut établir entre amylose rénale et néphrite chronique.

Le cœur est plutôt petit et la tension artérielle est assez souvent abaissée.

Telle est dans ses éléments positifs et négatifs la symptomatologie rénale classique de l'amylose. Elle est en réalité sujette à variations et cette symptomatologie typique ne concerne que la majorité des cas ; elle est loin d'être constante ; nous envisagerons plus loin les formes atypiques qui sont nombreuses et sont même considérées maintenant comme relativement fréquentes.

II. Symptomatologie en rapport avec les localisations diverses de l'amylose. — A. *La rate.* — Elle est grosse, percutable et palpable, non douloureuse. Sa surface est lisse.

(1) Fin. Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 101, p. 1753.

B. *Le foie.* — Il est hypertrophié notablement. La hauteur de sa matité sur la ligne mamelonnaire peut atteindre 20 centimètres. Sa surface est lisse et ferme.

Il n'existe pas de troubles fonctionnels hépatiques. On ne constate ni syndrome d'hypertension portale, ni ictère, ni aucun autre signe d'insuffisance hépatique.

C. *Appareil digestif.* — On signale de l'anorexie, quelques vomissements. La langue est rouge vif, vernissée.

La diarrhée est très fréquente, séreuse, abondante, ne s'accompagnant habituellement ni de douleurs ni d'hémorragies. C'est un symptôme de grande valeur diagnostique.

La pression à l'épigastre et sur les angles coliques est douloureuse.

D. *Peau et tissu cellulaire sous-cutané.* — Cette localisation n'est pas commune. Dans un cas de Lindwurm existaient de nombreuses petites ulcérations cutanées.

E. *Syndrome humoral de l'amylose.* — C'est un syndrome inconstant et qui n'est pas pathognomonique :

1° L'*hypoprotéinémie :* le taux des protéines sanguines varie de 35 à 60 gr. Cet abaissement de la protéinémie est en rapport avec la diminution de la sérine, dont le taux n'atteint que 35 gr. ou peut même, descendant davantage, s'abaisser jusqu'à 8 gr.

La globuline, par contre, est normale ou augmentée, si bien que le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ se trouve inversé.

Certaines modifications de l'équilibre protidique ont pu même être observées au cours de la reproduction expérimentale de l'amylose (Achard, Bariéty, Codounis et Hadjigeorges. Soc. anat., 5 nov. 1931, Soc. biol. 14 nov. 1931, Soc. méd. Hôp. Paris 18 déc. 1931 et Soc. biol. 9 janvier 1932).

2° La *lipidémie.* — Son taux est diversement apprécié selon les auteurs. Elle serait soit diminuée (Brulé, Soc. méd. Hôp. Paris, 20 mars 1931), soit normale, soit même légèrement augmentée.

III. Symptomatologie propre à l'affection causale. — Sans entrer dans le détail de sa description, signalons seulement la fréquence des suppurations chroniques d'origine tuberculeuse, syphilitique ou encore des suppurations à pyogènes (dilatation des bronches, abcès du poumon, ostéomyélite chronique, etc...).

L'*état général* se trouve évidemment gravement affecté par la maladie causale et par l'amylose.

FORMES CLINIQUES

A côté de la *forme complète d'amylose généralisée* prise comme type de description, mais qui est plutôt rare, existent des *formes localisées*, qui sont plus fréquentes :

I. Amylose rénale. — Elle se traduit classiquement par la triade symptomatique : polyurie, albuminurie, œdèmes.

Mais des formes plus ou moins atypiques, récemment décrites, sont considérées comme relativement fréquentes (Abrami).

1° La *forme oligurique* décrite par Dalous et Fabre (Journ. méd. français, sept. 1930, p. 323) est, à la vérité, assez exceptionnelle. La symptomatologie est réduite alors à l'albuminurie et aux œdèmes.

2° *La forme albuminurique simple.* — L'albuminurie est alors *modérée* (2 gr. 50 ou seulement quelques centigrammes), *variable* chez un même sujet et *isolée*, ne s'accompagnant par conséquent ni de polyurie ni d'œdèmes.

Cette forme albuminurique simple constitue souvent une forme de **début de l'amylose.**

3° *Les formes azotémiques.* — Une élévation anormale de l'azotémie peut apparaître au stade terminal de l'évolution de l'amylose ou plus rarement constituer un symptôme initial et plus ou moins isolé de l'affection.

a) *Forme azotémique terminale.* — Les études poursuivies récemment en Allemagne ont montré l'existence d'une étape évolutive terminale de l'amylose rénale, d'une « sclérose amyloïde » s'accompagnant d'une élévation progressive de l'azotémie, en rapport avec les progrès de la sclérose rénale. Ce symptôme nouveau vient alors se surajouter au syndrome classique de l'amylose (Merklen, Oberling et Gounelle, Soc. méd. Hôp. Paris, 24 juin 1927 ; Rosenberg, Deut. med. Woch., 16 janvier 1931 ; Zadek, Klin. Woch., 10 mai 1931 ; Brulé, Laudat, Huguenin et Lenègre, Soc. méd. Hôp. Paris, 20 mars 1931 ; Achard, Bariéty, Codounis et Desbuquois, Ann. d'Anat. Path., mars 1931 ; Troisier, Cattan, Mme Kourilsky, Morchoisne et Lortat-Jacob, Soc. méd. Hôp. Paris, 10 juillet 1931 ; Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, Lichtwitz et Laudat, Soc. méd. Hôp. Paris, 10 juillet 1931 et Prat. méd. franç., sept. 1931).

Ce syndrome azotémique tardif peut apparaître au cours de l'évolution d'une forme albuminurique simple (Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, Lichtwitz et Laudat, Soc. méd. Hôp. Paris, 8 mai 1931 ; Lemierre, M.-L. Kindberg, Cottet et Mahoudeau-Campoyer, Soc. méd. Hôp. Paris, 20 nov. 1931 ; M. Labbé, Boulin, J. Bertrand et Justin-Besançon, Soc. méd. Hôp. Paris, 11 déc. 1931).

b) *Forme azotémique pure.* — Mais « si l'azotémie ne se manifeste guère en clinique avant la phase ultime de l'évolution de la maladie, elle peut néanmoins à titre tout à fait exceptionnel, résumer à elle seule la symptomatologie de l'affection, réalisant ainsi par son association à l'albuminurie, à l'exclusion de tout œdème, la forme azotémique pure de l'amylose » (Abrami).

Une observation de forme azotémique pure, sèche, a été rapportée par Marchal et Mahoudeau-Campoyer.

4° *Les formes associées.* — L'amylose rénale se trouve alors combinée à une néphrite ou à une néphrose lipoïdique ou encore à ces deux affections à la fois.

a) Amylose et néphrite. — C'est là une association assez fréquente ; on voit alors apparaître au cours d'une amylose rénale la cylindrurie et l'hyperazotémie.

L'étude anatomo-histologique montre l'association

de lésions d'amylose et de sclérose interstitielle banale.

Du fait de cette intrication lésionnelle, il devient difficile d'établir une distinction formelle entre les lésions inflammatoires caractéristiques des néphrites et les lésions de néphroses, qui ne présentent pas les caractères de l'inflammation, mais sont constituées seulement par un dépôt de substance anormale.

b) *Amylose et néphrose lipoïdique.* — La néphrose lipoïdique qui, cliniquement, se manifeste essentiellement par des œdèmes et de l'albuminurie, ne se distingue guère de l'amylose, en dehors des lésions anatomiques, que par des troubles assez intenses dans le métabolisme des lipides : hyperlipidémie, présence de cristaux biréfringents dans les urines.

Dans un certain nombre de cas se trouve réalisée l'association des néphroses lipoïdique et amyloïde. Elle se traduit précisément par l'apparition de corpuscules biréfringents dans les urines et par une élévation de la lipidémie. (Discussion à la Soc. méd. Hôp. Paris, 26 avril 1929 ; Merklen et Aron, Soc. méd. Hôp. Paris, 12 juillet 1929 ; Labbé, Boulin, Azerad et J. Bezançon, Soc. méd. Hôp. Paris, 15 nov. 1929 et 19 mars 1930 ; Houcke et Warembourg, Réun. méd. chir. des Hôp. de Lille, 16 mars 1931 ; Langeron, Paget et Mlle Sennelart, Soc. méd. Hôp. Paris, 20 nov. 1931).

L'intrication des lésions anatomiques de néphrose lipoïdique et d'amylose rénale est encore plus fréquente que l'association des syndromes cliniques ; en d'autres termes, il est fréquent de découvrir des lésions anatomiques associées de lipoïdose et d'amylose, sans qu'on ait observé de syndrome clinique ou humoral de néphrose lipoïdique. Fahr considère que l'association lésionnelle est à peu près constante : il l'a constatée 16 fois sur 19 cas d'amylose étudiés par lui. (Polonovski, Grandclaude et Boulanger. Ann. d'Anat. Path, juillet 1931 ; Abrami, Prat. méd. franç., sept. 1931, p. 336).

c) *Amylose, néphrite et néphrose lipoïdique.*— Dans ces cas au syndrome d'amylose viennent se surajouter les syndromes de néphrite (cylindrurie, hyperazotémie progressive) et de néphrose lipoïdique (cristaux birégringents dans les urines, troubles de l'équilibre lipido-protidique). (Achard, Bariéty, Codounis et Desbuquois, Ann. d'Anat. Path., mars 1931, p. 201) ; L. Bernard et J. Paraf, Presse Méd., 31 oct. 1931 ; Achard, Verne et Bariéty, Soc. d'Anat., 2 mars 1933).

Ces formes associées de l'amylose rénale sont intéressantes et instructives. En effet, « l'amylose rénale nous apparaît maintenant comme une lésion qui reste rarement isolée. Nous avons vu avec quelle fréquence elle s'associe d'une part avec la néphrite, d'autre part avec la néphrose lipoïdique » (Brulé). On est donc en droit de se demander quel est le rôle respectif de chacune de ces affections dans la genèse du syndrome clinique.

Discussion physio-pathologique. — Pour certains auteurs l'existence de lésions de néphrite dans l'amylose rénale constituerait un élément constant dont le rôle serait primordial dans la constitution du syndrome clinique (L. Kindberg, M. Labbé, Achard, L. Bernard, M. Brulé).

Cette néphrite en effet ne serait pas secondaire à l'amylose, mais contemporaine de cette affection, ou antérieure à elle. Elle constituerait alors un point d'appel pour la néphrose (lipoïdique aussi bien qu'amyloïde). « Dans les deux cas (néphrose lipoïdique ou amylose) il apparaît qu'une néphrite, légère et curable ou grave et progressive, est habituellement nécessaire pour servir de support tantôt à l'infiltration amyloïde, tantôt à l'infiltration lipoïdique, parfois aux deux. » (Achard, Bariéty, Codounis et Desbuquois. Ann. d'Anat. path., mars 1931).

Ces mêmes auteurs qui, du point de vue anatomique, admettent la précession de la néphrite sur l'amylose, considèrent que c'est encore cette néphrite qui commande la symptomatologie clinique. Cliniquement l'amylose rénale serait muette s'il n'existait pas de néphrite. Elle n'aurait pas plus d'expression clinique que les amyloses hépatique et splénique, lesquelles ne se manifestent que par l'hypertrophie de l'organe. C'est donc la néphrite qui créerait la symptomatologie de l'amylose rénale, avec évolution en deux phases : une première étape de néphrite épithéliale provoquant une rétention hydrochlorurée et une seconde étape, facultative, inconstante, de néphrite interstitielle, scléreuse, azotémique.

En définitive, toute la symptomatologie de l'amylose rénale relèverait de la néphrite et l'amylose ne constituerait qu'un phénomène purement anatomique ne jouant aucun rôle dans le déterminisme des manifestations cliniques.

Cette conception serait également valable pour la néphrose lipoïdique : « il existe des troubles du métabolisme général portant sur les protides ou sur les lipides, qui provoquent dans différents organes des dépôts amyloïdes ou des dépôts de graisses. Que ces dépôts se produisent au niveau du rein, ils y apparaîtront surtout comme des lésions anatomiques ; ce ne seront pas eux qui régleront l'évolution du syndrome clinique, celui-ci restant commandé par l'existence parallèle d'une néphrite » (Brulé).

Mais pour d'autres auteurs (Brault et Courcoux, Abrami et ses élèves) tout le syndrome anatomo-clinique relèverait, au contraire, intégralement et exclusivement de l'amylose. Les lésions d'amylose et de néphrite, souvent associées, seraient l'expression d' « une seule et même maladie observée à deux stades de son évolution » (Abrami).

Abrami, en effet, pense que l'amylose rénale évolue en trois stades successifs :

— Un premer stade, purement vasculaire (amylose), cliniquement latent ;

— Un second stade, parenchymateux, où les cellules tubulaires sont tuméfiées, infiltrées et surchargées d'enclaves lipoïdiques, sans présenter aucun signe d'inflammation. Les cellules dégénèrent et se vacuolisent. C'est à ce stade qu'apparaissent l'albuminurie et les œdèmes ;

— Un troisième stade enfin de sclérose amyloïde azotémique.

Ces trois étapes successives jalonneraient donc l'évolution d'une seule et même maladie.

En définitive, quelle que soit l'opinion que l'on professe sur l'importance respective de l'amylose et de la néphrite, quel que soit le rôle qu'on leur attribue dans le déterminisme des symptômes, il est une notion communément admise en France, c'est que la

symptomatologie des néphroses (aussi bien amyloïde que lipoïdique) *traduit une altération fonctionnelle rénale*. La filiation des faits s'inscrit ainsi : lésions anatomiques rénales (infiltration ou néphrite selon les auteurs) entraînant une insuffisance fonctionnelle rénale, dont relève le syndrome clinique.

Il ne s'agirait donc pas, comme le suggéraient Eppinger et Govaerts d'un syndrome clinique d'apparence rénale mais dont la physiopathologie extra-rénale ferait intervenir exclusivement des troubles humoraux.

Si un syndrome humoral intervient dans le mécanisme physio-pathologique, il ne saurait le faire qu'indirectement par l'intermédiaire de lésions rénales et non pas directement. Des altérations rénales peuvent être la conséquence d'un trouble métabolique général, mais l'étape rénale est nécessaire pour engendrer le syndrome clinique. M. Labbé, partageant les idées d'Abrami sur la pathogénie des œdèmes, au cours de l'amylose rénale, conclut : « Il me paraît impossible de les attribuer aux modifications de l'équilibre protido-lipidique du sérum sanguin. Ici encore, la rétention chlorurée sodique, suivant la conception de Widal, paraît bien être la cause principale des œdèmes ».

II. Amylose hépato-splénique (L. Kindberg). — Cette forme d'amylose, exclusive de toute atteinte rénale, se manifeste par une hypertrophie de la rate et du foie.

III. Amylose musculaire. — Elle a été surtout étudiée par Lubarsch, qui a remarqué que dans ces cas de localisation atypique de l'amylose, les organes plus communément atteints se trouvaient précisément indemnes. On distingue :

1° Une amylose musculaire généralisée.

Lubarsch en a publié trois cas (Waren, Amer. Journ. of Path., mars 1930 ; Gerstel, Virch. Arch. 1932, p. 466).

Les divers muscles sont infiltrés et augmentés de volume ; on a signalé, en particulier, la macroglossie.

2° Une amylose primitive du myocarde (Larsen, Amer, Journ. of Path., mars 1930).

IV. Infiltrations amyloïdes localisées. — Ces infiltrations se produisent, en particulier, au sein de certaines tumeurs. Elles n'ont aucune expression clinique et présentent seulement un certain intérêt du point de vue anatomique.

Il arrive quelquefois que la tumeur soit uniquement constituée par de la substance amyloïde, dont la résorption spontanée est alors possible.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution est lente et progressive. Sa durée atteint et dépasse souvent un an ; elle est quelquefois plus brève ; Cohnheim a signalé la mort, par maladie amyloïde, de blessés de guerre, en 1870, après deux mois et demi seulement de suppuration.

La terminaison habituelle est la mort, provoquée soit par l'évolution vers la cachexie, soit par une autointoxication due à l'insuffisance fonctionnelle des organes lésés (urémie, ictère grave), soit par une infection intercurrente.

La mort était considérée naguère comme la terminaison fatale de la maladie amyloïde. Seuls Bartels, puis Castaigne avaient émis une opinion différente. Ce n'est que tout récemment qu'on a apporté la preuve d'une possibilité de guérison. Déjà les constatations expérimentales de Domagk, de Letterer montraient que les lésions viscérales créées chez les souris disparaissaient dès que cessaient le régime ou les injections amylogènes.

En clinique humaine, des observations probantes ont été apportées par Bezauçon, Jacquelin et Célice (Soc. méd. Hôp. Paris 9 juillet 1926), Waldenström (Acta chirurg. scandinav. 1928, t. LXIII, fasc. VI) qui a démontré par des biopsies répétées que l'amylose hépatique était susceptible de disparaître chez des tuberculeux fistulisés après la cure chirurgicale des suppurations, enfin par Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, Lichtwitz et Laudat (Soc. méd. Hôp. Paris, 10 juillet 1931). « L'amylose est donc une lésion curable, si les causes premières de la maladie amyloïde sont supprimées avant que les lésions de sclérose irrémédiables soient constituées » (Abrami). On se retrouve alors dans les conditions de l'expérimentation, et « la disparition du dépôt amyloïde peut être obtenue avec la disparition du trouble métabolique qui lui a donné naissance » (Abrami).

Le traitement, pour être efficace, devra donc être précoce. Or lorsque le syndrome clinique est nettement et complètement affirmé, les lésions sont en général déjà trop avancées pour être susceptibles de guérir. Aussi un dagnostic précoce s'impose-t-il.

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif.

Il repose sur des signes cliniques et sur les résultats fournis par des recherches de laboratoire.

I. Signes cliniques. — 1° L'existence d'une *suppuration chronique* incite, éventuellement, à penser à l'amylose et à en rechercher les signes.

2° La *symptomatologie rénale*, dont l'importance est grande, puisque c'est par elle que se révèle le plus souvent la maladie amyloïde. La triade symptomatique classique (albuminurie massive, polyurie et œdèmes) et les symptômes négatifs déjà signalés, permettent d'établir le diagnostic d'amylose.

3° La *symptomatologie en rapport avec les localisations diverses* de l'amylose est moins expressive ; toutefois l'hépatosplénomégalie, la diarrhée sont des signes qui ne sont pas dénués de valeur.

Mais ce tableau clinique n'est pas toujours semblable à lui-même ; nombreuses sont les anomalies, en particulier pour ce qui concerne la symptomatologie rénale ; nous avons suffisamment insisté sur les formes atypiques et leur fréquence relative pour qu'on devine les difficultés du diagnostic et la particulière utilité des recherches de laboratoire.

II. Recherches de laboratoire. — 1° *Le syndrome humoral.* — a) *Protides :* l'hypoprotidémie est à peu près constante ; le taux varie de 60 à 40 gr. pour 1000 ; l'abaissement porte surtout sur la sérine ; la globulinémie est accrue soit d'une manière relative soit même d'une façon absolue.

Il en résulte l'abaissement ou l'inversion du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$, normalement égal à 1,5. Ces modifications humorales sont loin d'être pathognomoniques de l'amylose.

b) *Lipides :* la lipidémie est soit normale, soit augmentée, soit abaissée (Brulé, Laudat, Lenègre et Barbati, Soc. méd. Hôp. Paris, 11 juillet 1930 ; Brulé, Laudat, Huguenin et Lenègre, Soc. méd. Hôp. Paris, 13 mars 1931).

2° *Epreuve du rouge Congo.* — Cette épreuve étudiée d'abord en Allemagne par Bennhold (Deutsche Arch. Klin. Med., t. CXLII, 1923, p. 32) et par Praunz (1924) a été utilisée ensuite par Dieryck (Rev. belge des Sc. méd., sept.-oct. 1929) et en France par Labbé, Boulin, J. Besançon et Zamfir (Soc. méd. Hôp. Paris, 5 juin 1931 ; Prat. méd. franç., juin 1933) ainsi que par Cestan, Sendrail et Labro (Soc. méd. Hôp. Paris, 26 juin 1933 ; thèse de Labro, Toulouse 1933 ; Prat. méd. franç., février 1934).

Principe de l'épreuve. — Après injection intraveineuse d'une quantité définie de rouge Congo, on établit colorimétriquement la courbe de disparition du colorant, dans le plasma. Cette disparition est plus rapide chez les sujets atteints de maladie amyloïde que chez les sujets normaux, parce que très rapidement le colorant se fixe sur la substance amyloïde.

Technique. — On pratique l'injection intraveineuse d'une solution de rouge Congo à 1 %, le matin à jeun ; la dose est de 0 gr. 08 par kilo de poids.

Une demi-heure après l'injection, on prélève un échantillon de sang (au bras du côté opposé à celui de l'injection). On renouvelle le prélèvement deux fois encore à intervalles d'une demi-heure. On compare la coloration du sérum ou du plasma ainsi obtenus avec le sérum ou le plasma d'un sujet normal. On constate que chez le sujet normal, le plasma est encore nettement coloré en rose une heure après l'injection. Dans la maladie amyloïde, la disparition du colorant s'est effectuée dès la fin de la première demi-heure. Cestan, Sendrail et Labro ont établi une échelle colorimétrique et effectuent un dosage par comparaison avec une solution étalon. Ils établissent ainsi des indices de fixation du rouge Congo. Normalement à la fin de la première heure, cet indice est de 20 à 30 % ; il ne dépasse 80 % que dans le cas d'amylose.

Troisier et Marchal font quelques réserves sur ce procédé de recherche.

Quoi qu'il en soit, l'épreuve du rouge Congo, qui a une valeur incontestable, connaît cependant quelques causes d'erreur :

S'il existe un processus d'hémolyse, le sérum a une teinte rosée, mais l'adjonction d'une goutte d'acide chlorhydrique donne une teinte brune s'il s'agit d'hémoglobine, alors que la teinte serait bleuâtre si le sérum était coloré par du rouge Congo.

La néphrose lipoïdique laisse passer le rouge Congo dans les urines, alors que normalement le rein n'élimine pas ce colorant. Dans ces conditions, il peut donc y avoir disparition rapide du rouge Congo du plasma, non par fixation tissulaire, mais par élimination urinaire. Il suffit de mettre en évidence cette « fuite » dans les urines en y recherchant la présence du rouge Congo. La difficulté est accrue lorsqu'il y a association d'amylose et de néphrose lipoïdique.

Enfin le système réticulo-endothélial est susceptible de fixer le rouge Congo ; une stimulation de ce système réticulo-endothélial peut donc hâter la disparition du colorant (Adler et Reimann, 1925 ; Dieryck). Weltmann et Deuticke ont constaté la rapidité de disparition du rouge Congo dans un cas de maladie de Gaucher.

Cestan, Sendrail et Labro pensent qu'avec leur procédé de dosage on évite beaucoup de ces causes d'erreur, car les hauts indices de fixation (>80 %) sont presque toujours symptomatiques d'amylose.

3° *Biopsie.* — On a surtout utilisé la biopsie hépatique (Waldenström, Acta chirurg. Scandinav., 1928 ; Labbé, Boulin, I. Bertrand et J. Besançon, Soc. méd. Hôp. Paris, 11 déc. 1931).

Grand est l'intérêt de ces recherches de laboratoire, car elles permettent de dépister l'amylose dans ses premiers stades, alors que cliniquement elle ne peut être que soupçonnée en raison d'une suppuration prolongée ou d'une hypertrophie viscérale modérée.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il se pose dans deux conditions différentes selon qu'il existe ou non une symptomatologie rénale de l'amylose :

I. En présence d'une symptomatologie rénale. — Il faut alors discuter :

1° *La syphilis rénale.* — C'est la seule affection susceptible de provoquer une albuminurie aussi massive que celle qui existe dans l'amylose.

Le diagnostic se lit dans le contexte clinique, il est confirmé par les réactions sérologiques.

2° *La néphrose lipoïdique.* — Sa symptomatologie est proche de celle de l'amylose ; les signes distinctifs essentiels dérivent des troubles dans le métabolisme des lipides troubles qui appartiennent en propre à la néphrose lipoïdique : corpuscules biréfringents dans les urines, hyperlipidémie.

L'association éventuelle de néphrose lipoïdique et d'amylose rend alors illusoire tout effort de discrimination.

3° *La néphrite chronique.* — Dans sa *forme hydropigène*, elle se distingue de l'amylose par la moindre importance de l'albuminurie, par l'existence de cylindrurie, par l'absence de suppuration prolongée et d'atteintes viscérales diverses associées.

Dans certains cas, le diagnostic est malaisé lorsqu'il s'agit de néphrite hydropigène tuberculeuse (L. Bernard et Paraf, Presse méd., 31 oct. 1931, p. 1589) car on est amené à penser à l'amylose lorsqu'un tuberculeux présente un syndrome de néphrite hydropigène.

Dans sa *forme azotémique*, la néphrite chronique se distingue de l'amylose par l'existence d'un syndrome cardio-vasculaire et toujours par l'absence de suppuration prolongée et d'atteintes viscérales diverses.

Ce diagnostic différentiel entre amylose et néphrite chronique pourrait paraître superflu si l'on admet l'association quasi constante de la néphrite et de l'amylose et l'origine néphritique de la symptomatologie rénale de l'amylose.

Il n'en demeure pas moins, quelles que soient les opinions que l'on professe à l'égard de ces questions de physio-pathologie, qu'il n'est pas indifférent de diagnostiquer l'amylose, car lorsqu'il s'agit de néphrite pure le syndrome clinique n'a, dans bien des cas, ni l'intensité ni la gravité d'évolution qu'il revêt dans l'amylose.

II. Dans les formes extra-rénales de l'amylose. — Il y a surtout lieu de retenir ici l'hépato-splénomégalie.

Le diagnostic se pose alors avec les cirrhoses : celles-ci s'affirment soit par un syndrome d'hypertension portale, soit par un syndrome d'insuffisance hépatique, qui manquent l'un et l'autre dans l'amylose, laquelle sera soupçonnée au contraire en raison de l'existence d'une suppuration prolongée.

TRAITEMENT

Le traitement des suppurations chroniques, qu'il faut s'efforcer de tarir, constitue la seule thérapeutique préventive de la maladie amyloïde.

Quant au traitement curatif il s'adresse :

1° A l'état général : reconstituants, bonne alimentation, etc.;

2° A la rétention hydro-chlorurée : régime hypo ou déchloruré ;

3° A l'amylose elle-même :

On a utilisé classiquement l'iodure de potassium sans grand succès.

Les rayons ultra-violets ont donné de bons résultats à Bezançon et Jacquelin (Soc. méd. Hôp. Paris, 9 juillet 1926).

Enfin le traitement chirurgical des suppurations.

L'amylose, en effet, n'est susceptible de régresser que lorsqu'a été radicalement supprimée la cause qui l'a fait naître.

BIBLIOGRAPHIE

(Ne figurent ici que les quelques références principales sur la question.)

TOURAINE. — La maladie amyloïde. *Gaz Hôp.*, 14 et 23 juillet 1910, p. 1143 et 1179.

RAMOND (L.). — Le rein amyloïde. Conférences de clinique médicale pratique, t. V, 1926.

WEIL (P.-E.) et CHEVALLIER (P.). — La rate amyloïde. *Journ. méd. franç.*, juillet 1926.

OBERLING. — Le problème de l'amylose. *Ann. d'anat. path.*, juillet 1927, p. 733.

WIDAL, LEMIERRE et PASTEUR-VALLERY-RADOT. — Amylose rénale, *Nouveau Traité de médecine*, t. XVII, 1929.

RIBIERRE et PICHON. — Amyloïdose rénale. *Manuel de pathologie rénale*, Doin, 1931.

ABRAMI, BERTRAND-FONTAINE (Mme) et LICHTWITZ. — Formes cliniques de l'amylose rénale. *Prat. méd. franç.*, sept. 1931.

BRULÉ (M.). — Amylose rénale. *Problèmes actuels de pathologie médicale*, 2e série, 1932.

DREYFUS (Gilbert). — Conception actuelle de l'amylose rénale, *Sciences et Thérapeutique*, mars 1932.

MARCHAL et MAHOUDEAU-CAMPOYER. — Sur les formes azotémiques de l'amylose rénale. *Le Monde méd.*, 1er février 1933.

MAHOUDEAU-CAMPOYER. — Comment se pose aujourd'hui le diagnostic de l'amylose rénale ? *Gaz. méd. France*, 1er février 1934.

HADJIGEORGE. — Le problème de l'amylose. Thèse de Paris, 1933, n° 616.

RATHERY. — Amylose rénale. *Néphropathies et néphrites.* Leçons cliniques, 1934.

UNION INTERNATIONALE DE THÉRAPEUTIQUE

et séance annuelle de la

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Paris, 14 octobre 1936.

L'organisation du contrôle des médicaments. — Le professeur DAUTREBANDE (de Liége) étudie les règles qui président dans différents pays à la réglementation des spécialités pharmaceutiques.

Il insiste sur la nécessité du contrôle de la composition par les méthodes chimiques et biologiques, et montre la possibilité d'instaurer semblable contrôle en sauvegardant les prérogatives de la profession pharmaceutique.

Thérapeutique diétético-insulinique du diabète. — Le professeur L. ZOJA (de Milan) signale que lorsqu'un diabétique déjà soumis à une diètec onvenable a du sucre dans les urines, on doit employer l'insuline.

On ne doit pas réduire les glucides au-dessous de la quantité considérée indispensable pour une bonne santé ; on ne doit jamais les réduire chez les personnes âgées, et surtout chez les rénaux, les cardiaques, les hypertendus, les artérioscléreux. On doit donner autant d'insuline qu'il est nécessaire pour que les glucides de la diète soient utilisés.

La diète convenable est celle que le médecin prescrirait si le malade n'était pas un diabétique. L'optimum de diète devrait avoir le minimum de protides (0,8-0,9), le maximum de glucides (pas au-dessous de 3 gr.), et le minimum de calories nécessaires aux besoins du malade pour sa vie et son travail, en ayant égard au poids qu'il doit avoir.

L'acide ascorbique. Bases biologiques et cliniques de ses indications thérapeutiques. — MM. G. MOURIQUAND et P. VIENNOIS, après avoir rappelé l'histoire de la médication antiscorbutique et la découverte de l'acide ascorbique par Szent Gyorgyi, la réalisation de sa synthèse, etc., étudient parallèlement les bases biologiques et cliniques de ses indications thérapeutiques.

L'étude clinique et expérimentale donne à ce point de vue des indications essentielles en montrant, dans la plupart des cas, les résultats rapides obtenus par l'emploi de l'acide ascorbique ou des substances le contenant au cours des carences en vitamine C (alimentaire, digestive ou nutritive).

Cette action est prophylactique au stade de dystrophie inapparente, curative au stade eutrophique de la maladie, et généralement se heurte à une période avancée à un « refus » cellulaire relevant de l'irréversibilité de la dystrophie. C'est assez dire que dans cette maladie par carence, le médecin devra faire de la présémeiologie pour faire une préthérapeutique efficace.

En dehors des maladies par carence en vitamine C, proprement dites, l'acide ascorbique peut trouver ses indications dans les hémorragies d'origine capillaire (l'acide ascorbique paraissant assurer la nutrition du ciment intercellulaire de leur épihélium). L'indication peut exister aussi dans certaines toxi-infections, telles que la diphtérie dont

Association de la Presse médicale française.

la toxine vide la cortico-surrénale de son acide ascorbique. La résistance générale de l'organisme au cours des septicémies semble pouvoir être accrue par l'acide ascorbique qui ne jouit pas d'ailleurs d'un pouvoir direct proprement dit. Il paraît agir en maintenant les oxydo-réductions cellulaires souvent compromises dans ces cas. Certaines anémies relèvent de son action. Il semble important que le système nerveux et le système endocrinien conservent un taux normal d'acide ascorbique pour assurer l'équilibre de leurs fonctions.

Des recherches sont actuellement poursuivies pour élucider l'action de certains dérivés de l'acide ascorbique dans le traitement des néoplasies.

Méthodes de ranimation. — M. CORDIER (Alfort), rapporteur, a limité son exposé à l'étude des méthodes manuelles de respiration artificielle. Il a indiqué les raisons d'un choix parmi les méthodes classiques de respiration artificielle et les améliorations qu'on peut leur apporter à la lumière des travaux les plus récents. Les épreuves expérimentales (mesure de la ventilation pulmonaire, variations de pression dans le cœur) confèrent à la méthode de Silvester le premier rang parmi les diverses méthodes de respiration artificielle. Elle a le défaut d'être appliquée sur le sujet en position dorsale et d'être fatigante pour le sauveteur. Cette méthode jouit d'une grande faveur en Allemagne, et, pour augmenter son efficacité, on lui associe le massage indirect du cœur.

Les épreuves expérimentales sont peu favorables à la méthode de Schafer. Le rapporteur en expose les raisons (perte du tonus musculaire, position ventrale). Mais la facilité d'exécution de cette méthode, peu fatigante et l'avantage de la position ventrale pour la liberté des premières voies respiratoires sont des facteurs précieux dans la ranimation. Il est possible de remédier à la faible action de la méthode de Schäfer sur la ventilation et la circulation, en lui adjoignant une manœuvre inspiratoire active. Le mouvement d'élévation des bras de Nielsen effectué en même temps que la méthode classique de Schäfer en augmente beaucoup la valeur et lui confère la possibilité d'agir aussi intensément sur la ventilation et la circulation que la méthode de Silvester. La méthode combinée Schäfer-Nielsen, garde tous les avantages de la position ventrale de la méthode de Schäfer.

Le rapporteur expose ensuite que si les commodités d'application d'une technique de respiration artificielle sont un facteur important dans le choix d'une méthode, les causes ayant provoqué la mort apparente doivent entrer aussi en ligne de compte. Deux éventualités sont à envisager : ou bien le mort apparent a les voies respiratoires encombrées de liquide (submersion), ou bien les voies respiratoires sont libres (intoxication par un poison volatil, syncope, etc.). Dans le premier cas, si le sauveteur est seul, il emploiera de préférence la méthode de Schäfer ; s'il y a deux sauveteurs, ils utiliseront de préférence la méthode Schäfer-Nielsen. Dans le second cas, si le sauveteur est seul et s'il est robuste, il emploiera la méthode de Silvester, sinon la méthode de Schäfer ; s'il y a deux sauveteurs, ils pourront utiliser soit la méthode Schäfer-Nielsen, soit la méthode de Silvester associée au massage indirect du cœur.

L'exposé des manœuvres manuelles pouvant aider à la ranimation termine le rapport. Les excitations périphériques (frictions énergiques du corps, etc.) n'agissent que si les centres encéphalo-bulbaires sont encore excitables.

Le rapporteur insiste sur la nécessité d'une éducation technique parfaite des sauveteurs ; la ranimation d'un mort apparent est une opération aussi délicate qu'une intervention chirurgicale.

La pyrétothérapie dans les complications médicales de la blennorragie. — MM. Charles RICHET et Jean FACQUET exposent les principes et les résultats de la pyrétothérapie dans les complications de la blennorragie. Cette pyrétothérapie se fait, soit à l'aide de substances chimiques (huile soufrée, etc.) ou bactériennes (Dmelcos, etc.), soit à l'aide de procédés physiques (ondes courtes, Kettering hypertherm, etc.). La malariathérapie est à peu près abandonnée.

Elle peut, et souvent doit être associée au traitement local. Dans les arthrites soignées par procédés physiques, l'ensemble des statistiques donne 54 p. 100 de guérison, 36 p. 100 d'amélioration.

Sur 33 arthrites soignées par pyrétothérapie bactérienne, il y a 26, soit 78 p. 100 de guérisons parfaites.

Ce qui caractérise cette méthode, c'est la rapidité de la sédation douloureuse — l'amélioration, puis la guérison fonctionnelle — l'absence de séquelles, la rapidité de la guérison.

Mêmes résultats pour l'orchite, qui guérit plus vite que par les méthodes habituelles.

Dans les métrites et les salpingites gonococciques, la guérison par pyrétophysicothérapie générale, associée à la chaleur locale, est la règle.

Dans les conjonctivites gonococciques, malgré que le nombre de cas soit encore minime, il y a eu toujours un résultat excellent avec la pyrétophysicothérapie associée au traitement local.

Il ne rentrait pas dans le cadre de ce rapport de parler de la pyrétothérapie dans les localisations de primo-infection gonococcique, néanmoins il importe de signaler — car ces faits ne sont pas assez bien connus — les résultats que la pyrétophysicothérapie a donnés tant chez l'homme que chez la femme. Si ces résultats qui, de l'avis des protagonistes, sont excellents, se confirment et si les procédés se perfectionnent, il est probable que cette méthode constituera le traitement de choix dans la blennorragie, même non compliquée.

La comparaison des résultats obtenus avec l'un ou l'autre des deux modes d'hyperthermie montre que, dans les arthrites et les orchites, les résultats sont du même ordre. Dans les salpingites et les conjonctivites, la pyrétothérapie par produits chimiques ou bactériens semble être active, mais elle n'a pas été suffisamment étudiée. Elle est inopérante dans le traitement des urétrites, à l'encontre de la pyrétophysicothérapie, qui est certainement active.

La pathogénie est discutée. Il est probable que le gonocoque est, de tous les microbes pathogènes, le plus thermosensible, mais il est non moins certain que même une fièvre insuffisante pour le tuer *in vitro* permet, dans nombre de cas, de guérir l'arthrite, l'orchite, etc... gonococciques. On peut donc admettre que cette guérison est provoquée par un double élément. D'une part, fragilisation du gono — d'autre part, modifications favorables des défenses organiques.

La conclusion générale des auteurs est la suivante : la pyrétothérapie permet de guérir, mieux et plus vite que les autres méthodes, les complications blennorragiques.

L'hyperpyrexie dans les infections gonococciques. Les méthodes et les appareils en usage en Amérique. — MM. DESJARDINS et KRUSEN, de la Mayo Clinic, à Rochester (Min.), U.S.A., étudient l'hyperpyrexie dans les infections gonococciques, les méthodes et les appareils en usage en Amérique.

En Amérique, les savants qui s'occupent de pyrétothérapie utilisent presque exclusivement la physicothérapie.

Le bain chaud est assez peu employé, il l'est surtout dans certains cas d'infection des voies génitales chez la femme, associé à un chauffage local, par appareil diathermique spécial. Bierman a eu de bons résultats avec cette méthode.

Sous l'influence des idées de Neymann, on utilisa ensuite la diathermie ordinaire.

Whitney ayant remarqué que les radiations à ondes

courtes déterminaient chez les ouvriers de la fièvre, Boak Carpenter et Warren firent construire des appareils qui se perfectionnèrent progressivement, en Amérique d'abord, puis en Europe. Cet appareil générateur d'ondes courtes a certains inconvénients, en particulier la nécessité d'avoir une soufflerie, si l'on veut éviter les brûlures. Etudiant cet appareil, Simpson, qui lui avait adapté une cabine étanche, observa par suite de l'inadvertance heureuse d'une de ses infirmières que le patient à l'intérieur de la cabine avait de l'hyperthermie, même quand l'appareil à ondes courtes ne marchait pas, cela provenant de l'échauffement de cette cabine par la chaleur humaine. Il fit construire par Kettering, de la General Motors corporation, et Sittler, ingénieur, un appareil dit à air conditionné, c'est le Kettering Hypertherm utilisé par la presque totalité des pyrétothérapeutes américains. Sans difficulté on peut ainsi échauffer l'organisme humain pendant le temps que l'on veut (jusqu'à 12 heures, à une température centrale comprise entre 41°2 et 41°7).

Warren emploie une cabine assez analogue, où tout est chauffé (sauf la tête), par une rampe de lampes électriques.

Neymann, de Chicago, perfectionne son système de diathermie à l'aide d'un dispositif spécial ; son appareil n'est pas encore dans le commerce.

En même temps que se manifestait l'ingéniosité des constructeurs, se développaient les études des bactériologistes. Carpenter, Boak, Mucci et Warren montrèrent que 99 p. 100 des gonocoques étaient détruits par la chaleur à 41° en cinq heures, ou à 42° en deux heures.

Les cliniciens, simultanément, montraient qu'il y avait intérêt à connaître la thermolabilité du gonocoque en cause, pour doser la durée de la fièvre.

A l'heure actuelle, le traitement est conduit en association par le médecin, le bactériologiste et le pyrétothérapeute. La température rectale est maintenue entre 41°2 et 41°7 pendant cinq ou six heures, et répétée de une à cinq fois, à intervalles de deux ou trois jours.

Sur 100 malades, hommes ou femmes, atteints de blennorragie compliquée ou non et traités les deux dernières années, les auteurs obtinrent 92 p. 100 de guérison. Les résultats sont particulièrement nets dans l'arthrite gonococcique.

Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdie avec accidents cardiaques. — MM. H. Velti, A. Gaquières et Roland Leven signalent que de tous les traitements capables de combattre la thyréotoxicose et les accidents cardiaques qui en sont la conséquence, le traitement chirurgical est celui qui entraîne les résultats les plus rapides et les meilleurs.

Ces accidents cardiaques s'observent, en général, dans les hyperthyroïdies intenses et anciennes ; mais ils peuvent survenir au cours d'hyperthyroïdies peu importantes chez des malades d'un certain âge dont l'appareil cardio-vasculaire présente déjà des lésions scléreuses.

Les troubles cardiaques, en rapport avec la maladie de Basedow sont, toutes proportions gardées quant à la fréquence de l'hyperthyroïdie, plus sévères chez l'homme que chez la femme, notion qui confirme la gravité du goitre exophtalmique chez l'homme.

L'action du traitement chirurgical se fait sentier :

1° *Sur l'hyperthyroïdie*, qu'il guérit ;

2° *Sur la fibrillation auriculaire ;* la régularisation du rythme s'observe dans un grand nombre de cas ;

3° *Sur l'insuffisance cardiaque :* la thyroïdectomie subtotale est susceptible de guérir complètement les asystolies les plus graves.

La thyroïdectomie subtotale est l'opération de choix : elle est la plus sûre et la plus logique. Dans la série opératoire de 59 cas qui fait l'objet de ce travail, la mortalité a été nulle.

La thyroïdectomie totale comporte des risques pour les parathyroïdes et le récurrent : elle est très exceptionnellement. indiquée.

L'opération peut être effectuée en un ou plusieurs temps. Le choix de la graduation est fonction :

1° Des symptômes thyréotoxiques ;

2° Des symptômes cardiaques ;

3° De la nature du goître.

Le traitement médical pré et post-opératoire diminue le risque chirurgical et permet d'intervenir dans les conditions les meilleures.

Les auteurs insistent, pour terminer, sur la nécessité d'opérer précocement pour obtenir un maximum de résultats. En effet, pour les malades opérés au stade initial de l'insuffisance cardiaque, la guérison complète et définitive est la règle.

Cette notion apporte également un argument en faveur des interventions précoces au cours de la maladie de Basedow, interventions qui permettront d'éviter un grand nombre de cardiothyréoses.

Le traitement endocrinien de la migraine. — Le professeur G. Maranon (de Madrid) signale qu'à son avis, la migraine est un syndrome dont on suppose que l'élément fondamental consiste en une perturbation nerveuse, névro-végétative, qui est dans la plupart des cas constitutionnelle et héréditaire. La « prédisposition à la migraine » consiste en cette instabilité végétative et elle est analogue à la prédisposition épileptique (maladie qui a tant de rapports avec la migraine) ou à la prédisposition asthmatique.

De même que dans la pathogénie de l'asthme ou de l'épilepsie, les glandes de sécrétion interne interviennent dans la pathogénie du syndrome de la migraine de deux manières. D'un côté, il est évident que les perturbations constitutionnelles des glandes endocrines peuvent contribuer à produire le déséquilibre névro-végétatif qui est l'axe principal de la prédisposition à la migraine. D'autre part, la mauvaise fonction de certaines glandes endocrines pourraît déchaîner l'apparition des accès de migraine, de la même catégorie, ni plus ni moins que d'autres phénomènes pathologiques, comme les troubles digestifs, la fatigue nerveuse, les émotions, etc...

Il n'y a aucune perturbation endocrine qui puisse être spécialement reliée à l'intervention des facteurs hormonaux dans la genèse de la migraine. La thyroïde peut intervenir tout aussi bien que l'ovaire, l'hypophyse ou le pancréas, et peut-être même d'autres organes de sécrétion interne.

Ces glandes n'agissent pas dans un sens déterminé d'hyperfonction ou d'hypofonction, mais dans n'importe lequel de ces sens, et ceci démontre que c'est le déséquilibre, quel qu'il soit, qui est propice à l'accès de migraine.

C'est pourquoi le rétablissement de la normalité hormonale peut provoquer d'une manière qui semble quelquefois décisive l'amélioration des accès de migraine ; mais la prédisposition à la migraine, c'est-à-dire l'essence de la maladie, ne se trouve pas guérie pour cela. C'est pourquoi aussi on n'obtient pas toujours le rétablissement de la normalité hormonale avec des médicaments excitants ou avec des médicaments calmants de ces glandes, mais avec les uns ou avec les autres, selon les cas.

« Tout en reconnaissant la réalité clinique de ce que nous venons de dire et, par conséquent, qu'une opothérapie déterminée, ou ayant une action anti-glandulaire déterminée, peut être utile dans certains cas de migraine, je ne crois pas que nous soyons autorisés à parler de « migraines endocriniennes » ni de « guérisons endocrines » de la migraine. »

Sur le rôle des spasmes vasculaires et l'importance de la thérapeutique antispasmodique dans la migraine. — Le

professeur C. I. Parhon (de Bucarest) expose qu'une bonne thérapeutique doit s'inspirer toujours de la pathogénie.

La pathogénie de la migraine, encore assez obscure, doit tenir compte des faits suivants :

La migraine est, avant tout, une maladie constitutionnelle, ce qui veut dire, dans une large mesure, endocrinienne.

L'hypothyroïdie semble constituer souvent la base du syndrome migraineux. C'est de cette façon qu'on peut comprendre l'hypercholestérolémie, quasi constante de ces malades. L'hyperparathyroïdie et d'autres troubles glandulaires peuvent également intervenir dans la constitution du terrain migraineux, sur lequel des facteurs variables déclenchent l'accès.

Dans la genèse de ce dernier, les angiospasmes cérébraux ont une grande importance, sans exclure pour cela l'intervention du vague ou d'autres mécanismes.

Le traitement opothérapique thyroïdien et parathyroïdien modifie le terrain et, en mobilisant le calcium, agit également sur les angiospasmes. Le traitement bromuré, le luminal, la papavérine, les analgésiques habituels agissent surtout contre les accès, mais employés pendant longtemps semblent modifier aussi d'une façon plus ou moins durable l'excitabilité cérébrale et la tendance aux angiospasmes et aux accès migraineux.

Traitement de la migraine par les méthodes de modification humorale. — MM. Pasteur-Vallery-Radot, J. Haguenau et Jean Hamburger montrent que les accès de migraine sont favorisés par certaines modifications humorales qui caractérisent le *terrain migraineux*. Ces modifications nous restent encore à peu près inconnues : il ne s'agit, dans la majorité des cas, ni d'un état de sensibilisation anaphylactique (Pagniez, Pasteur-Vallery-Radot et Nast), ni même d'une maladie colloïdoclasique, suivant l'expression de Widal et Abrami. Cependant, malgré notre ignorance à ce sujet, nous ne sommes pas absolument désarmés contre l'état migraineux. Certaines médications, à vrai dire empiriques, semblent capables de prévenir le retour des crises.

Les auteurs étudient successivement ces diverses médications : la peptone *per os*, à la dose de 0 gr. 50, une heure avant chaque repas (Pagniez et Pasteur-Vallery-Radot), l'autohémothérapie, les injections de lait, de virus-vaccin antirabique (Haguenau), d'hyposulfite de soude ou de magnésie, les injections intraveineuses de carbonate de soude, de sels de calcium, de sulfate de magnésie, etc...

Les *indications* de ces méthodes s'étendent à toutes les migraines d'origine indéterminée. Toutefois, ce mode de traitement est particulièrement de mise dans les migraines associées à l'urticaire, l'asthme, ainsi que les migraines qui paraissent en rapport avec une hypersensibilité spécifique à certains aliments.

Le mode d'action de ces méthodes est encore obscur. La peptone agit peut-être par une simple action digestive. Ce n'est que dans un très petit nombre de cas que l'on peut parler de migraines allergiques et de thérapeutiques désensibilisantes.

Le traitement hépatique de la migraine. — Le professeur E. Aubertin (de Bordeaux) signale que depuis une quinzaine d'années, l'attention a été particulièrement attirée sur le rôle joué par les troubles fonctionnels du foie dans la pathogénie de la migraine. Deux sortes de faits ont été relevés. Les uns ont mis en relief l'importance de la stase biliaire dans l'étiologie de ce syndrome. Les auteurs tendent à montrer que l'état migraineux est conditionné par un état d'insuffisance fonctionnelle du foie.

Les migraines liées à la stase biliaire se signalent par l'abondance des vomissements bilieux, qui se répètent au cours des crises. Accessoirement, l'apparition, dans les jours précédant l'accès, d'un léger subictère avec urobilinurie et tendance à la décoloration des selles, la présence, entre les crises, de troubles digestifs, avec nausées fréquentes, la sensibilité de la région vésiculaire peuvent aider à conduire sur la voie du diagnostic.

Celui-ci ne peut être posé cependant avec certitude que par la radiographie après opacification, et par le tubage duodénal. On observe alors le plus souvent les signes d'une cholécystatonie (Chiray), c'est-à-dire d'un état de distension vésiculaire avec ptose par perte du pouvoir de contractilité de la vésicule qui ne se vide pas ou se vide mal. Cet organe reste opacifié plus longtemps que normalement. Il présente ordinairement l'aspect d'une « musette à moitié remplie d'avoine » ; mais sa forme change avec la position du sujet. Lors de l'épreuve de Meltzer-Lyon, la bile B. est éliminée avec retard. Lorsqu'elle est déclenchée, son excrétion, par contre, est abondante et peut atteindre le double de ce qu'elle est normalement. Cette bile est d'ailleurs très foncée et hyperconcentrée.

La meilleure preuve que la migraine est bien liée à cet état de stase vésiculaire est fournie par les heureux résultats des tubages du duodénum, avec drainage des voies biliaires par le sulfate de magnésie. Les crises de migraine s'espacent et s'atténuent. Dans ce cas, le cholécyste paraît reprendre de la tonicité ; et d'ailleurs, au cours des explorations successives par la méthode de Metzer-Lyon, le retard à l'excrétion de la bile B. devient moins grand et la concentration de celle-ci diminue.

Dans les cholécystites chroniques, lithiasiques ou non, ce mode de traitement ne donne pas les mêmes succès, et il n'est pas toujours sans danger.

Dans l'ensemble, 30 p. 100 au moins des migraines graves paraissent relever de cette thérapeutique, qui réalise un gros progrès. Le mécanisme par lequel la stase biliaire intervient dans la production du syndrome est d'ailleurs encore inconnu.

Plusieurs auteurs se sont attachés par ailleurs à montrer l'extrême fréquence des troubles fonctionnels du foie chez les migraineux. Ceux-ci existeraient dans 90 p. 100 des cas d'après MacClure et Huntsinger, Farcoy, Sédilloy. Outre les signes cliniques (modification du volume du foie, sensibilité de cet organe ou de la vésicule, troubles digestifs), on observerait également souvent de l'hyperbilirubinémie (Diamond-Hetenyi), de l'hypercholestérolémie (Moehlig), de l'augmentation de l'azote résiduel du sang (Rémond et Rouzaud), de l'urobilinurie.

La crise serait due au passage dans les humeurs de substances toxiques ou schockantes, par suite de l'insuffisance fonctionnelle du foie, notamment dans son rôle sur le métabolisme azoté. La plupart des migraines dites anaphylactiques ne relèveraient en réalité que de ce mécanisme.

Aussi le traitement de fond de l'affection consiste-t-il surtout, pour les protagonistes de cette conception, dans le ménagement du foie grâce à un régime approprié, pauvre en protéines d'origine animale (régime végétaro-fruitarien, avec du lait cependant) ; et dans la régénération de cet organe par une médication cholagogue, cholérétique, stimulante et opothérapique longuement poursuivie. La cure de Vichy est naturellement tout indiquée.

La doctrine de la migraine par insuffisance hépatique, au moins dans sa forme exclusive, soulève cependant quelques objections. Les signes cliniques d'altération du foie sont souvent minimes et peuvent manquer chez les migraineux. L'exploration fonctionnelle de la glande ne paraît jamais avoir été entreprise systématiquement chez un nombre suffisant de malades. Des résultats contradictoires ont d'ailleurs été publiés en ce qui concerne les modifications humorales ou urinaires signalées. Enfin, s'il est vrai que le régime végétarien peut donner d'heureux résultats,

d'autres régimes ont également des succès à leur actif : régime sans hydrates de carbone, régime cétogène, etc...

L'insuffisance hépatique est certainement fréquente chez les personnes sujettes aux migraines. Ceci ne prouve pas toutefois qu'elle est responsable, du moins exclusivement, de ce syndrome. Souvent ces malades présentent en même temps des troubles digestifs variés, qui ont plus ou moins de répercussion sur le foie. C'est au médecin qu'il appartient d'accorder à chaque élément de ce complexe pathologique l'importance qu'il convient. Dans l'établissement du traitement, il faut être éclectique et non systématique, en présence d'un migraineux.

Cependant, lorsque aucune autre cause ne peut être relevée, et même si la clinique ne permet pas de déceler un trouble très net dans le fonctionnement du foie, il est bien naturel d'essayer une cure prolongée de désintoxication hygiéno-diététique et de stimulation de cet organe. Que son action soit spécifique ou non, elle n'est pas niable dans bien des cas.

MARCEL LAEMMER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1936)

Election du Vice-Président. — M. Aimé Cotton est élu vice-président pour l'année 1937.

Le brome dans le suc gastrique. — Mlle C. CHATAGNON.

La peste porcine est transmissible au mouton et à la chèvre. — M. Henri JACOTOT.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1936)

Rapport de la Commission sur le contrôle du lait. — M. LESNÉ, rapporteur.

Après avoir donné lecture de son rapport, M. Lesné propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant :

« 1. — Que les Pouvoirs publics établissent en France, aux colonies, dans les protectorats et pays sous mandat les bases d'un *contrôle sanitaire officiel obligatoire du lait*, comme il en existe dans la plupart des pays étrangers, le contrôle facultatif, seul existant en France, étant resté très limité dans ses effets ;

2. — Que le contrôle obligatoire envisagé fasse intervenir à la fois médecins, vétérinaires, hygiénistes, bactériologistes ;

3. — Que ce contrôle permette d'assurer la production d'un lait de bonne qualité provenant d'animaux sains, normalement alimentés et entretenus dans de bonnes conditions d'hygiène par un personnel sain et propre ;

4. — Que le contrôle de salubrité puisse prévenir le mouillage, l'écrémage, les fraudes, ainsi que les contaminations et pollutions accidentelles survenant soit au moment de la traite, soit au cours des autres manipulations (ramassage, traitement industriel, transport, répartition et vente, etc... des laits destinés aux villes).

L'Académie se tient à la disposition des Pouvoirs publics pour élaborer un plan complet de contrôle sanitaire du lait. »

Les substances alimentaires irradiées. — M. LESNÉ. Il existe peu d'aliments qui renferment naturellement du facteur D : le jaune d'œuf, les poissons, les mollusques, le lait et quelques végétaux ; la quantité de vitamine y est peu importante et elle varie pour le jaune d'œuf et le lait, avec l'alimentation et le genre de vie des animaux : vaches et poules vivent-elles en plein air, exposées aux rayons solaires, la vitamine D augmente dans le lait et l'œuf ; elle est plus abondante dans le lait d'été, lorsque les animaux vivent en plein air que dans le lait d'hiver. Une telle *vitaminisation naturelle* ne présente que des avantages.

Depuis les études de Stteenbock et Daniels, Hess et Weinstock, Windauss, qui ont démontré que certaines substances alimentaires soumises aux rayons ultra-violets acquéraient des propriétés antirachitiques, de nombreux expérimentateurs ont fait des constatations analogues et obtenu des résultats favorables en employant, après irradiation, du lait frais, de la poudre de lait, de la farine de blé, des épinards frais, etc. (Cowell, György, Spolverini, Mackay, Maslow, Cuick, Roscoe, E. Lesné, Robert Clément et Serge Simon).

Pour ne parler que des substances alimentaires, on prône aujourd'hui non seulement le lait et les farines, mais les pâtes, le sucre, le chocolat, etc..., irradiés.

Cette *vitaminisation artificielle* est intéressante, mais on doit en discuter les applications thérapeutiques, car elle peut présenter des inconvénients, sinon des dangers : hypervitaminose, déséquilibre, toxicité.

L'emploi systématique d'aliments irradiés : laits, farines, etc..., ne mérite donc pas d'être mis en œuvre autant pour la prophylaxie que pour le traitement du rachitisme infantile, car c'est une méthode aveugle. Elle ne peut remplacer les prescriptions par le médecin d'ergostérol irradié ou d'huile de foie de morue biologiquement contrôlés, ou les irradiations ultraviolettes.

La vente libre de substances alimentaires irradiées priverait les nourrissons de conseils médicaux utiles, en donnant aux mères une fausse sécurité. M. Lesné propose donc à l'Académie de médecine le vœu suivant :

« Les aliments artificiellement vitaminés en facteur D quelle que soit leur nature : laits frais, concentré, sucré ou non, en poudre, etc..., farines, pâtes, sucre, chocolat, etc.) ne peuvent être vendus qu'en pharmacie, sur prescription médicale et cela avec l'autorisation des pouvoirs compétents. Ces denrées ne peuvent être vendues avant qu'il ait été démontré qu'elles ne renferment aucune substance toxique, qu'elles ne peuvent avoir aucune influence fâcheuse sur la santé, et que la teneur en vitamine par gramme d'aliments ait été déterminée par des essais biologiques faits régulièrement dans un laboratoire officiel. »

Vaccination jennérienne chez les enfants au-dessous de trois mois. — M. BÉCLÈRE. La vaccination jennérienne doit être pratiquée de préférence chez les enfants *au-dessus* de trois mois. Plus la vaccination est retardée, plus il y a de chances d'obtenir une immunisation. M. Béclère, soutenu par M. Siredey, insiste sur ce point que l'immunité vaccinale conférée par les nouvelles vaccinations, est d'autant plus imparfaite que ces revaccinations se succèdent à intervalles plus rapprochés. « C'est, dit-il, un fait d'observation indéniable. Pour le mettre en lumière, je l'énonce sous une forme qui n'est paradoxale qu'en apparence : *se faire revacciner tous les ans serait le moyen d'être préservé le plus mal possible contre la variole.* »

Les anomalies du métabolisme de base chez l'enfant. — M. G. MOURIQUAND, Mme J. ENSELME et M. J. ENSELME rapportent les résultats statistiques de plus de deux cents observations avec métabolisme de base, d'enfants hyperthyroïdiens ou hypophysaires.

Ils indiquent pour chaque catégorie les modifications du métabolisme de base observées et l'effet des thérapeutiques endocriniennes sur ce métabolisme de base. Ils montrent l'importance de la recherche de ce métabolisme de base dans nombre de dystrophies où il peut être le seul indice du trouble endocrinien

Défense passive. — M. Kling insiste sur les dangers de l'intoxication par l'oxyde de carbone, à laquelle sont exposés les occupants d'abris souterrains même bien aménagés. L'oxyde de carbone provenant de la déflagration des bombes et obus s'infiltre fort loin par les fissures du sol. Il y a donc lieu d'en faire la détection. M. Kling a réalisé des appareils permettant la détection de l'oxyde de carbone et des gaz de guerre.

Les accidents du chrome : le chromisme. — M. Leroux-Robert apporte les résultats d'une mission à l'étranger qui lui a été confiée par le ministre du Travail. Il insiste sur la protection des ouvriers préparant ou utilisant des sels de chrome.

Les *mesures professionnelles* ont en vue la protection contre les liquides, les vapeurs, les poussières. Les liquides peuvent être concentrés ou brûlants, mais il faut aussi craindre les liquides à faible densité, celle-ci pouvant s'élever au niveau de la peau, à chaque immersion suivie de séchage. Les mains et les 3/4 des avant-bras doivent être recouverts de gants, mais ces gants doivent être en caoutchouc trempé, sans soudure, souples et transparents. Après le travail, l'ouvrier doit se laver les mains à l'eau additionnée d'un peu d'acide chlorhydrique. Les liquides peuvent jaillir sur le visage, dans les yeux. La neutralisation de l'acide chromique se fait à l'aide d'eau oxygénée en solution. Les extrémités inférieures seront protégées par des tabliers en cuir et des bottes étanches.

La production de vapeurs observée dans l'électrolyse des métaux est diminuée par le chromage à froid. Elle doit devenir nulle par l'emploi de la cuve aspiratrice à double paroi, que ne possèdent pas encore certains petits artisans.

Les poussières de chrome (chromates et couleurs de chrome) surtout, sont nocives. On doit en empêcher la dissémination par le *travail en « vase clos »*, qu'il faut généraliser. *L'aspiration générale*, par un système de canalisations multiples avec pavillons d'aspiration extrêmement nombreux, afin que la poussière n'ait que peu de distance à parcourir, *l'aspiration locale* avec collecteurs enfermés dans des coffres étanches, doivent assurer l'hygiène de l'atelier.

Les mesures individuelles peuvent réclamer l'usage de masques métalliques auxquels on préfère souvent de larges compresses en plusieurs doubles avec couche d'ouate, parce que, non traumatisants, ils évitent la production de solutions de continuité et d'ulcères.

Dans les cas où les dangers persistent encore, il faut préconiser le travail par roulement d'équipes en en restreignant la durée.

Autres communications. — M. Lièvre-Brizard apporte une étude sur une épidémie de coqueluche traitée par le paraoxybenzoate de méthyl-propyl-diphénol.

M. Launoy étudie le pouvoir infectieux du sang chez les souris infectées par Trypanosoma congolense et traitées par le 205-309 (Moranyl).

MM. Paulian et Bistriceano font une communication sur l'action des ondes ultra-courtes sur les cultures microbiennes.

Election du bureau. — Pour 1937, M. Martel, vice-président, deviendra président, en remplacement de M. Hartmann.

M. Fernand Besançon est élu à l'unanimité vice-président.

M. Georges Brouardel, secrétaire annuel est réélu par acclamations.

MM. Brumpt et Legueu sont élus membres du Conseil.

La séance du 29 décembre étant supprimée, *la prochaine séance aura lieu le mardi 5 janvier 1937.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Thèses soutenues pendant l'année 1935-1936 (1).

Doctorat d'Etat. — 67. Baudin. — Contribution à l'étude de l'emphysème sous-cutané et médiastinal et spécialement de l'emphysème spontané.

52. Benoit. — Thérapeutique des complications respiratoires post-opératoires par l'autohémothérapie.

22. Bens. — Les injections intra-veineuses de carbone.

34. Binet (Mlle). — La coagulation du sang chez les tuberculeux.

15. Cadier. — Contribution à l'étude des formes latentes et larvées du cancer de l'estomac.

42. Cañel. — Conclusions à tirer des cas de Spina bifida traités pendant les vingt dernières années à la Clinique de chirurgie infantile de la Faculté de Nancy.

7. Carac. — Contribution à l'étude du vaginisme dit essentiel.

61. Carnin. — Contribution à l'étude de la distribution géographique de la fièvre ondulante dans le nord de la France.

48. Chavarot. — Directives propres à orienter les caisses d'assurances sociales dans leur rôle en médecine préventive.

62. Claude (Mlle). — Du village à la cité industrielle. Evolution de la protection sanitaire et sociale : Jœuf (Meurthe-et-Moselle).

59. Cognard. — Exérèse du cancer du rectum par voie abdominale pure avec drainage transanal.

47. Couillault. — Contribution à l'étude de la pathogénie et de la prévention des syndromes agranulocytaires. Accidents de la chrysothérapie.

23. Coupay. — Considérations critiques sur le paludisme autochtone en Lorraine.

49. Desorgher. — Les abcès de la corticalité du rein.

20. Dubreuil-Chambardel (Mlle). — Le traitement à la montagne de la tuberculose de l'enfant.

28. Edert. — Les délires imaginatifs envisagés plus spécialement dans les états de désagrégation psychique.

26. Fruchart. — Le fonctionnement rénal dans l'asystolie. Contribution à l'étude du rein cardiaque et des états cardio-rénaux.

43. Gamelin. — Contribution à l'étude du centre cardio-renforçateur bulbaire.

45. Geneau. — Rhumatismes chroniques et interventions parathyroïdiennes.

58. Gilland. — Les luxations isolées du scaphoïde tarsien.

44. Gonand (Mlle). — Les corrélations hypophyso-thyroïdiennes de l'hyperthyroïdie.

5. Herszlinger. — Etude sur la mortinatalité en Meurthe-et-Moselle et à Nancy dans ces dix dernières années (1924-1933).

19. Jeandidier. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du goitre exophtalmique et en particulier des interventions sériées.

18. Juillien. — Traitement des déplacements des ménisques du genou sans opération sanglante.

29. Lardin. — De la pancréatite hémorragique et de son traitement.

36. Lenseigniès. — Le football association et ses effets sur l'organisme.

37. Marécaux (Mlle). — Le lipiodol pleural transpariétal. Son intérêt pour le diagnostic et le repérage chirurgical des collections pleurales.

(1) Voir *Thèses de Lille*, n° 72, p. 1260. — *Thèses de Montpellier*, n° 76, p. 1321. — *Thèses de Strasbourg*, n° 76, p. 1323. — *Thèses de Marseille*, n° 77, p. 1339. — *Thèses d'Alger*, n° 85, p. 1472. — *Thèses de Hanoï*, n° 85, p. 1472, et n° 94, p. 1614. — *Thèses de Toulouse*, n° 94, p. 1613. — *Thèses de Bordeaux*, n° 96, p. 1673. — *Thèses de Lyon*, n° 102, p. 1772.

11. Mazurier. — Application de la diathermie au traitement des cirrhoses du foie.
63. Morel (Mlle). — Contribution à l'étude du vitiligo. Rapports du vitiligo avec la vie génitale de la femme, la puerpéralité surtout.
31. Nicolas. — Le traitement chirurgical des kystes du mésentère.
46. Petit (Henri). — L'enfance misérable.
40. Petit (Mlle Simone). — Contribution à l'étude du lobe infra-cardiaque. Etude anatomique, radiologique et clinique.
32. Plouvier. — Contribution à l'étude anatomo-clinique des cirrhoses type Hanot (maladie ou syndrome).
30. Sacré. — Contribution à l'étude de la maladie de Recklinghausen.
41. Schmidt. — Le péril infectieux chez l'enfant à Nancy au cours des dix dernières années (1926-1935).
17. Schneider. — Contribution à l'étude de la torsion axiale de l'utérus.
27. Stemper. — Le pneumothorax spontané. Complications des pneumopathies aiguës non tuberculeuses.
1. Tellier. — Phlegmatia alba dolens au cours de la grossesse.
14. Thouvenot. — Enquête sur l'étiologie du rachitisme.
25. Vaxmann. — Recherches sur la signification clinique de l'indoxylurie.
13. Vernier. — L'action de la vagotonine sur la sensibilité au choc peptonique. (Travail du laboratoire de M. le professeur Santenoise.)
57. Vial. — Introduction à l'étude des kystes périradiculaires sur dents anatomiquement saines et cliniquement vivantes chez l'enfant et chez l'adulte.
16. Voirin. — Du traitement du lupus et de l'utilité de la création de Centres régionaux anti-lupiques.
38. Weber. — L'apex pulmonaire. Etude anatomique, radiologique et clinique. La localisation de la tuberculose dans la région supérieure des poumons.
58. Willigens. — Contribution à l'étude de la luxation du scaphoïde tarsien.

Doctorat d'Université. — 12. Atanasoff. — Une complication rare du spina bifida : calculs de la vessie.
53. Blatt. — L'amento-volvulus intra-abdominal. (La torsion intra-abdominale du grand épiploon.)
8. Colcher. — La protection de l'ouvrière enceinte. Etude médico-sociale.
3. Feder. — Le chimisme gastrique à l'aide du repas d'épreuve peptoné.
4. Frankfurt. — Contribution à l'étude du traitement des arthrites suppurées du genou par l'ouverture large et permanente en tabatière.
55. Geller. — L'avenir des enfants prématurés débiles nés à la Maternité de Nancy (1926-1932).
9. Hillinger. — De la dégénérescence polykystique congénitale des reins ; ses rapports avec la grossesse et l'accouchement.
10. Kawenoki (Mlle). — Contribution à l'étude du traitement du diabète insipide en particulier par les agents physiques.
50. Kopel. — Thorax en carène.
24. Linhart. — Etude clinique de la gynécomastie.
35. Malkin. — Les torsions du testicule chez l'enfant.
21. Meilach (Mlle). — La dégénérescence calcaire des fibro-myomes utérins.
33. Petkoff. — Contribution à l'étude des cloisonnements transversaux congénitaux et dystociques du vagin.
39. Reingevire (Mlle). — Le deuxième jumeau.
6. Roizenboim. — De l'hypertrophie congénitale du col vésical.
60. Rosenzweig (Mlle). — Réflexions sur huit cas de péritonite à pneumocoques observés dans le service de M. le professeur Frœlich en deux ans.
51. Schuster. — Tumeurs végétantes de l'ovaire. Considérations sur le pronostic et le traitement.
2. Skoutelski. — Contribution à l'étude du phlegmon laryngo-pharyngien.
66. Sztulman. — A propos de quelques cas d'appendicite herniaire.
68. Trief. — Guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche.
65. Tullian. — Contribution à l'étude des tumeurs dites « conjonctivomes ».
64. Wajsberg. — Des polypes du méat urinaire chez la femme et leur traitement par la diathermo-coagulation.
54. Wallach. — L'alcool intra-veineux dans le traitement des pneumopathies aiguës, en particulier chez le vieillard.

PRATIQUE MÉDICALE

REIN CARDIAQUE ET CŒUR RÉNAL (1)

d'après M. J. Bonnet

On use volontiers, en clinique, du terme cardio-rénal, embrassant soit la défaillance cardiaque consécutive à une néphrite chronique, soit la congestion rénale passive au cours d'une cardiopathie.

Si, du point de vue clinique, cœur rénal et rein cardiaque méritent d'être opposés, il n'en demeure pas moins vrai que, du point de vue thérapeutique, ils relèvent d'une même médication diurétique et cardiotonique.

Cette double médication peut être réalisée aisément par l'emploi de l'aminophylline, ainsi que l'ont montré l'expérimentation et la clinique. On peut, grâce à elle, réaliser une véritable prophylaxie du fléchissement du myocarde. Mais, lorsque ces signes seront nettement apparus, son association aux toni-cardiaques usuels en potentialisera les effets.

On obtient en effet, par son emploi (0 gr. 50 à 1 gr. par la bouche, en trois ou quatre fois), un accroissement de l'irrigation propre du cœur par dilatation des vaisseaux coronaires ; il en résulte un accroissement du débit systolique indépendamment de toute accélération cardiaque (Smith, Miller, Graber) ; le rythme est régularisé par dilatation des vaisseaux du faisceau de His et par effet direct sur le myocarde.

En même temps, par les propriétés réno-dilatatrices et diurétiques que l'amino-phylline possède en commun avec tout le groupe des xanthimes, elle augmente la diurèse (qui atteint facilement 2 litres) et contribue au maintien de la réserve alcaline du sang par élimination urinaire des acides.

Chez l'asystolique qui congestionne son rein, l'amino-phylline va déclencher la diurèse et contribue à « lever les barrages » et à dégager les stases viscérales. On l'administrera par la bouche en comprimés ou en gouttes (0 gr. 50 à 1 gr. par jour, en plusieurs fois, après les repas). On peut encore, pour ménager l'estomac de tels malades, la prescrire en petits lavements à garder.

« L'amino-phylline présente donc l'énorme avantage pour le praticien d'être totalement atoxique, extrêmement efficace et facile à manier, de n'avoir aucune contre-indication, d'être en fin de compte une médication cardio-rénale éprouvée. »

(1) *Science médicale pratique*, 1 15 vii, 1936, p. 426.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 104.— MERCREDI 30 DECEMBRE 1936. 109e ANNEE Le N° 50 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Huitième anniversaire de la mort du professeur Fernand Widal. — Les élèves et les amis du professeur Fernand Widal se réuniront, à l'occasion du huitième anniversaire de sa mort, le jeudi 14 janvier 1937, à 11 heures, dans la salle de cours de la clinique du professeur F. Bezançon (hôpital Laënnec). M. le docteur Weissenbach fera une conférence sur « Le Streptocoque ».

Faculté de médecine de Bordeaux. — Prix décernés en 1936 :

Médecine. — Prix Godard, de 2.000 francs : M. le docteur Saric.

Prix Godard des thèses. — Médaille d'or : M. le docteur Saric. — Médaille de vermeil : M. le docteur Berguignan. — Médaille d'argent : MM. les docteurs Bonnel, Richard et Sappey. — Médaille de bronze : MM. les docteurs Ferradou, Gineste, Penaud, Chippaux, Daubin, Carel, Grenet, Chamfrault, Viaud, Rolland, Nancel-Pénard, Seince, Raymond et Richou.

Prix de l'histoire de la médecine. — M. le docteur Laffitte.

Prix triennal Gintrac. — M. le docteur Saric.

Prix de médecine coloniale et d'études exotiques. — M. le docteur Fleuriot.

Pharmacie. — Prix Godard des thèses : Pharmacien supérieur (grade d'Etat. — Médaille de vermeil : M. Mesnard.

Pharmacien supérieur (grades d'Université). — Médaille d'argent : M. Castagnou. — Médaille de bronze : MM. Monier et Planès.

Académie de médecine. — *Commissions permanentes* 1937. — Hygiène et maladies contagieuses. — MM. Vincent, Bezançon, Dopter, Martin, Balthazard, Renault, Marchoux, Brouardel, Lesage, Lesné, Lemierre, Ramon, Tanon.

Eux minérales. — MM. Pouchet, Siredey, Desgrez, Labbé, Carnot, Radais, Le Noir, Rathery, Loeper.

Remèdes secrets. — MM. Fourneau, Carnot, Perrot, Delépine, Radais, Bougault.

Vaccine. — MM. Martin, Petit, Nobécourt, Renault, Couvelaire, Lereboullet, Ramon, Brindeau, Tanon.

Hygiène de l'enfance. — MM. Marfan, Nobécourt, Renault, Marchoux, Couvelaire, Lesage, Lesné.

Sérums. — MM. Martin, Renault, Radais, Ramon, Weinberg.

Tuberculose. — MM. Marfan, Bezançon, Sergent, Darier, Renault, Mauclaire, Brouardel, Rist, Guérin.

Institut supérieur de vaccine. — Le Conseil et la Commission de la vaccine.

Laboratoire de contrôle des médicaments antisyphilitiques. — Le Conseil et MM. Pouchet, Darier, Tiffeneau.

Laboratoire des contrôles chimiques, microbiologiques et physiologiques. — Le Conseil et MM. Pouchet, Martin, Carnot, Radais, Portier, Ramon, Mayer.

Comité de publication. — MM. Martel, Bezançon, Achard, Renault, Brouardel, Roussy, Brumpt, Legueu.

Commission du dictionnaire. — MM. Roger, Achard, Souques, Hartmann, Darier, Faure, Dumas, Laignel-Lavastine.

Commission des membres libres. — MM. les membres de la section et MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Lapicque, Radais.

Commission des associés. — MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Sergent, Faure, Regaud, Lapicque, Duval, Tiffeneau, Roussy, Bertrand.

Ministère de la Santé publique. — Un poste de médecin directeur est vacant à l'asile public autonome d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône), par suite du départ de M. Danjean, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Le *J. Off.* du 24 décembre publie un décret fixant les conditions de déclaration de certaines maladies contagieuses, et des circulaires relatives à la prophylaxie des maladies vénériennes.

Ministère de l'Education nationale. — Le *J. Off.* du 24 décembre publie un décret et un arrêté fixant la composition du *Comité consultatif de l'enseignement supérieur public.*

Pour la médecine, les membres de droit seront : le directeur de l'Institut Pasteur, les doyens des Facultés de médecine et de pharmacie de Paris, les professeurs membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Des membres seront en outre désignés par le ministre et par leurs collègues.

Commission d'étude des accidents d'anesthésie. — La Société française d'anesthésie a créé une Commission permanente, chargée d'étudier les accidents d'anesthésie qui lui seront soumis et d'arbitrer les questions litigieuses, d'un point de vue purement scientifique.

Cette Commission est composée du Bureau de la Société, de MM. Léon Binet, D. Cordier, Ch. Flandin, E. Fourneau, F. Lemaitre, M. Sureau, M. Tiffeneau et d'un juriste, Me Adrien Peytel.

Permanence d'anesthésistes. — La Société française d'anesthésie vient de créer un service de garde d'anesthésistes, qui fonctionnera à partir du 2 janvier 1937.

En téléphonant à Trocadéro 69-87, les chirurgiens et spécialistes auront à leur disposition, jour et nuit, un anesthésiste qualifié.

Prix de la Société des Chirurgiens de Paris. — La Société des Chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année 3 prix de 1.000 fr. chacun :

1° Prix de chirurgie générale (Prix Dartigues) ; 2° Prix de chirurgie gastro-intestinale (Prix Victor-Pauchet) ; 3° Prix de chirurgie gynécologique (Prix Paul-Delbet).

Les travaux, originaux et inédits, doivent être adressés au secrétaire général de la Société, M. Charles Buizard, 3, rue de la Trémoille, Paris-8e, avant le 31 décembre, au moins en 2 exemplaires et de préférence dactylographiés.

La Maison du Médecin. — La Maison du Médecin a tenu le dimanche 6 décembre 1936, son assemblée générale dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence du docteur Bernard Cunéo, professeur de clinique chirurgicale, président de l'œuvre.

Le professeur Cunéo, dans son allocution, a montré ce qu'en dix ans, la Maison du Médecin était devenue, grâce à une gestion prudente, à des efforts continus et à la confiance en l'avenir qu'ont eue ses dirigeants. Il a exprimé la gratitude du corps médical pour ceux qui, à l'heure ultime, où l'on songe à régler ses comptes avec l'éternité, ont voulu faire quelque chose pour leurs confrères déshérités et leur ont procuré cet *Otium cum dignitate* qui est la devise de la Maison du Médecin.

Le secrétaire général, le docteur Raphaël Massart, dans son rapport moral, après avoir remercié tous les bienfaiteurs de l'œuvre, évoqué le souvenir des anciens dirigeants qui comme Courtault, le professeur Reynier et Cazin, eurent toujours confiance même aux moments les plus difficiles, exprima sa reconnaissance à tous les confrères qui, chaque année, prennent sur leurs honoraires, pourtant si diminués, pour adresser leur cotisation en y ajoutant même souvent, une offrande bénévole.

Le trésorier, le docteur Dartigues, expose le bilan et avant de se séparer, l'assemblée à propos d'une question posée par le docteur Lobligeois, conseiller municipal de Paris, prit à l'unanimité la décision de conserver à la Maison du Médecin son caractère confraternel et de n'y recevoir ni les veuves dont les maris n'étaient pas pensionnaires de Valenton, ni leurs enfants.

Salon des médecins. — Le XVIIe Salon des médecins, dentistes, pharmaciens, vétérinaires, se tiendra à la Galerie « Bernheim jeune », 83, faubourg Saint-Honoré, Paris, du 14 au 21 mars 1937.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur P.-B. Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (15e).

XIe Bal de la Médecine française. — Prenez note dès maintenant que le mercredi 3 mars 1937, veille de la Mi-Carême, sera donné le XIe Bal de la Médecine française, au profit des veuves et orphelins de médecins, dans les salons du Centre Marcellin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris (7e). Depuis 22 heures et sans interruption : Bal. Spectacle dans la salle de théâtre. A minuit, souper par petites tables. Au cours de la soirée, nombreuses attractions, orchestres, vente d'enveloppes surprises, etc...

Pour tous renseignements, s'adresser Société F. E. M. (secours mutuels pour femmes et enfants de médecins), 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris (7e). Téléphone : Invalides 55.90.

Vacances de postes. — M. le docteur M. Sureau, secrétaire général de la Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires (loi du 12 août 1933) communique la vacance des postes suivants :

Médecin du lycée de garçons de Rodez.

Médecin du lycée de garçons de Metz.

Médecin du lycée de garçons de Grenoble.

Médecin adjoint du lycée de garçons de Grenoble.

Guide Rosenwald médical et pharmaceutique (50e année : 1936-37). Un volume in-8° carré, relié. Dr J. Rosenwald, pharmacien, éditeur, 99, rue d'Aboukir, Paris (2e).

Comme chaque année, le Guide Rosenwald comprend, outre les listes d'adresses des médecins et pharmaciens, listes tenues à jour avec tout le soin habituel, diverses rubriques destinées à documenter le médecin sur tous les détails d'ordre pratique dont il peut avoir besoin dans l'exercice de sa profession :

Liste des laboratoires d'analyses ; adresses para-médicales (ambulances, bandagistes, instruments, etc.) ; établissements hospitaliers privés, établissements hospitaliers publics ; stations balnéaires climatiques et thermales (rubrique hydroclimatique) ; Laboratoires de produits pharmaceutiques et alimentaires.

Répertoire des spécialités.

Chaque rubrique est distincte de la précédente et de la suivante par la couleur de ses pages ; la recherche des renseignements est ainsi pratiquement instantanée.

Le léger agrandissement du format a permis de réduire appréciablement le nombre des pages, donc d'augmenter la maniabilité du volume et la facilité des recherches. Le médecin peut être assuré d'y trouver presque instantanément le renseignement dont il a besoin.

QUELQUES ASSOCIATIONS DE LA MYOPATHIE

L. BABONNEIX
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Les classiques n'accordent pas grande place aux associations morbides de la myopathie. M. Crouzon, dans son classique article (1), cite seulement les malformations, la maladie de Friedreich (Dejerine, Sachs, Valdes, Anciano, Ghilarducci), le goîte exophtalmique et le rhumatisme chronique (Liebert, Dufour et Chazal), la paralysie infantile (Dejerine), la myotonie, un œdème analogue au trophœdème (Harris), les troubles cardio-vasculaires (Guillain) et psychiques, portant plus sur l'intelligence (Duchenne de Boulogne, Benedikt, P. Marie et Guinon) que sur le caractère. Dans celui que nous avons écrit sur le même sujet avec M. André Thévenard (2), se trouvent mentionnés, en plus, les troubles endocriniens, qu'ils intéressent le corps thyroïde, avec myxœdème (Schlesinger, Rosenfeld, Falta) ou maladie de Basedow ; l'hypophyse, avec syndrome adiposo-génital (Förster, Brock et Kay, Spiller, Patten, Neustadt, Lewin) ou acromégalie (Bregman, Eulenburg, Sanz, Janney), la surrénale, avec maladie d'Addison (Riva), le testicule, avec atrophie (Heuyer et Semelaigne, Sterling, Verger et Piéchaud), ou qu'ils affectent une forme complexe : syndrome thyro-hypophysaire (Milian et Lelong, Langeron, Duquesne), surréno-testiculaire (J. Lhermitte), maladie de Mickulicz (Spiller), dont on peut rapprocher les calcifications de la glande pinéale (Timmo) et l'hypocholestérinémie (Parhon et Mlle Parhon).

***

Nous avons eu nous-même l'occasion de faire, à ce sujet, quelques observations qui ne sont peut-être pas toutes dépourvues d'intérêt.

Cet enfant, que nous avons suivi avec Mlle A. Wilm, est bien un myopathique, comme en témoigne la constatation, chez lui, des signes habituels : démarche en canard, forte lordose lombaire, impossibilité de se relever une fois qu'il est à terre, aréflexie tendineuse des membres inférieurs, existence d'une ébauche de galvanotonus pour le grand pectoral gauche (L. Delherm). Mais, à ces symptômes, s'en associent d'autres :

1° *Irritation des espaces sous-arachnoïdiens*, lymphocytes (58 à la cellule de Nageotte) et hyperalbuminose légère (0,30), avec hypertension du liquide céphalo-rachidien ;

2° *Dystonie d'attitude*, l'axe du corps, dans la station debout, étant oblique de haut en bas et de droite à gauche, aussi l'attitude est-elle peu sûre et les chutes fréquentes ;

3° *Obésité*, l'enfant, âgé de 9 ans, pesant 35 kilogs (normale : 23 k. 350).

Bien que les troubles lipo-dystrophiques (Sterling), et le syndrome adiposo-génital (Förster, Brock et Jay, Spiller, Patten, Neustadt, Lewin) aient été signalés dans la myopathie, il ne s'agit pas moins d'un cas exceptionnel, car la dystonie d'attitude, d'une part, les modifications du liquide céphalo-rachidien, de l'autre, ne sont mentionnés, à notre connaissance, par aucun classique.

Chez cette jeune fille, suivie avec M. C. Rœderer, sont survenus, sans cause, depuis quelque temps, des troubles de la marche, qui est devenue difficile, une gêne progressive pour monter les étages, une impossibilité à se relever quand elle est étendue à terre. Elle offre tous les signes de la myopathie : pseudo-hypertrophie des mollets, lordose, démarche « de canard », et, en plus, des signes qui permettent de penser à une *maladie de Friedreich :* pieds creux, nystagmus. Ajoutons que l'on constate sur ses téguments l'existence de nombreux naevi pigmentaires.

Dans quelques autres de nos cas, concernant des malades venus une fois seulement à notre consultation, nous avons trouvé quelques symptômes auxquels on peut, avec les réserves d'usage, attribuer une origine *endocrinienne :* obésité, signe de Chvostek.

L'association de *retard intellectuel* n'est pas moins fréquente, puisque nous l'avons retrouvée cinq fois.

Une fois, il existait, chez notre malade, des crises de *migraine ophtalmique* et, de plus, un *naevus pigmentaire* localisé à la région fessière ; une fois, une *langue scrotale ;* une fois, une *hépatomégalie* importante, peut-être attribuable à la syphilis congénitale.

Un enfant de dix ans vient nous consulter, M. J. Lhermitte et moi, pour les troubles suivants : lordose, pseudo-hypertrophie des muscles des membres inférieurs, portant principalement sur les mollets, démarche en canard, difficulté de se relever quand il est à terre, macrochylie. Myopathie ? Oui, mais compliquée d'*hémiplégie infantile*, comme le prouve l'existence, chez lui, d'une hémiparésie droite, le pied correspondant étant en varus équin et frottant contre le sol pendant la marche, atrophie discrète des membres, hyperréflectivité tendineuse avec signe de Babinski à droite, modifications, du même côté, de la chronaxie, en partie au moins d'origine pyramidale. Cette hémiplégie infantile est peut-être due à la syphilis congénitale, comme en témoignent divers arguments : antécédents collatéraux de malformation cardiaque, poids de naissance inférieur à la normale, accroissement pondéral lent, existence d'un gros tibia, strabisme convergent.

De même, dans les cas suivants, comme dans ceux de M. G. Milian, la syphilis congénitale est ou probable, ou certaine.

Dans le premier, il s'agit d'un enfant de 11 ans, qui nous est montré, le 14 décembre 1918, par M. le docteur Mercier (père) de Montluçon. Il est atteint de myopathie, comme en témoignent les troubles moteurs habituels, bien qu'on n'ait jamais constaté de pseudo-hypertrophie. En même temps, se développe une adiposité marquée. Le père, syphilitique, est mort jeune encore, de paralysie générale. La réaction de B. W. pour l'enfant, recherchée pour le sang, a été négative dans un laboratoire, douteuse, dans l'autre.

Ainsi, syphilis héréditaire possible, mais non certaine, puisque les réactions sérologiques sont seulement douteuses pour le sang. Il n'en va plus de même pour cette fillette de 14 ans, suivie, en 1931, avec M. Gilbert Robin, et qui présente, en plus des signes habituels à la myopathie pseudo-hypertrophique, une kératite interstitielle typique.

De ces quelques constatations, quelle conclusion tirer ?

1° L'association, à une myopathie typique (et non aux polynévrites à forme pseudo-myopathique découverte par M. Alajouanine), de symptômes tels qu'hé-

(1) O. CROUZON. Art. *Myopathies*, *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée* publié sous la direction du Prof. E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix, Paris 1924, in-16, t. VI, p. 363-379.

(2) L. BABONNEIX et A. THÉVENARD. *Myopathies*, in *Traité de Médecine des Enfants*, Paris, 1934, in-8°, t. V, p. 426-455.

miplégie infantile, dystonie d'attitude, syndromes pluriglandulaires, etc., montre qu'aux lésions caractéristiques de cette affection peuvent s'en ajouter d'autres, siégeant non plus sur les cellules noires du névraxe et sur les grandes cellules radiculaires, mais sur d'autres parties du système neuro-endocrinien ;

2° Ces lésions paraissent pouvoir, dans certains cas, être rattachées à une syphilis congénitale ;

3° Si la langue scrotale est, comme on tend à le croire aujourd'hui, un caractère dominant transmis selon les lois de l'hérédité discontinue (R. Turpin et Carestzati), on peut se demander si la myopathie ne doit pas être rangée, elle aussi, parmi les « mutations gamétiques », sans qu'il soit encore possible de dire si cette mutation, liée à une altération des chromosomes, n'est pas produite elle-même par un trouble hormonal, dont on sait l'importance (Etienne Wolff, de Strasbourg, et A. Ginglinger) qu'il peut jouer dans les questions concernant l'hérédité et le sexe.

Bibliographie personnelle. — Sur un cas de myopathie avec réaction myotonique. *Archives de Médecine des Enfants*, octobre 1916, p. 532-534. — Contribution à l'étude des atrophies musculaires chroniques liées à la syphilis (avec M. H. David). *Gazette des Hôpitaux*, N° 53, 23-25 septembre 1919, p. 861-863. — Myopathie anormale (avec M. M. Lance), *Société de Pédiatrie*, 19 décembre 1922 et 17 avril 1923. — Myopathie avec hémiplégie infantile (avec M. J. Lhermitte), *Société de Neurologie*, 4 juillet 1929. — Paraplégie flasque avec amyotrophie chez une hérédo-syphilitique (avec M. G. Robin), *Société de Pédiatrie*, 21 juin 1932. — Association de myopathie et de maladie de Friedreich (avec M. C. Rœderer), *Société de Pédiatrie*, 24 mai 1932. — Myopathie anormale (avec Mlle A. Wilm), *Société de Pédiatrie*, 20 décembre 1932. — Myopathies (avec M. A. Thevenard), *Traité de Médecine des Enfants*, Paris, 1934, in-8°, t. V, p. 426-455.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

I. Action en paiement d'honoraires dirigée par un médecin contre un assuré social notoirement indigent.

Le Tribunal des Conflits vient, par un arrêt du 26 octobre 1936, de mettre fin à une controverse d'où résultaient parfois des déconvenues pour les membres du corps médical qui assignaient en paiement d'honoraires des « assurés sociaux notoirement indigents ».

La question litigieuse était celle de savoir si le médecin devait s'adresser à la juridiction administrative ou à la Commission Cantonale des Assurances Sociales, à laquelle le décret-loi du 30 octobre 1935 a substitué une commission d'arrondissement présidée, comme la précédente, par un juge de paix. La difficulté provenait de ce que les assurés sociaux de cette catégorie sont soumis à deux législations, celle des Assurances Sociales et celle de l'Assistance Médicale.

Bien que les juridictions instituées par les lois sur les assurances sociales eussent été déclarées, par deux arrêts de la Cour de Cassation du 11 juillet 1933, seules compétentes pour connaître de ces actions, il arrivait, cependant, parfois à certains préfets, demeurés fidèles à une fausse interprétation donnée à l'art. 59 de la loi du 30 avril 1930 par une circulaire du ministre du Travail du 4 octobre 1930, abandonnée depuis par l'Administration Centrale, de prendre un arrêté de conflit favorable à la compétence de la juridiction administrative qui connait des contestations relatives à l'Assistance Médicale gratuite.

Le Tribunal des Conflits vient, à son tour, de se prononcer et dans le même sens que la Cour de Cassation, car il a estimé, lui aussi, que l'assuré social notoirement indigent, quoique bénéficiaire dans certaines conditions, de l'Assistance Médicale gratuite, n'en demeure pas moins avant tout un assuré soumis aux obligations, mais conservant tous les avantages de l'assurance.

Le décret-loi du 30 octobre 1935 a fait disparaître la catégorie des « assurés sociaux notoirement indigents » et l'a remplacée par celle des « assurés sociaux assistés » ; mais, les Caisses d'Assurances Sociales contractent envers ceux-ci les mêmes obligations qu'envers les autres assurés. La solution admise par le Tribunal des Conflits demeure ainsi exacte.

En définitive, c'est donc devant les Commissions d'arrondissement des Assurances Sociales que doivent être portées les actions en paiement d'honoraires dirigées à l'encontre des assurés sociaux « notoirement indigents » ou « assistés », et, désormais, grâce à la décision du Tribunal des Conflits, les préfets n'auront plus recours à des mesures compliquant et rendant plus onéreuse la procédure engagée par des membres du corps médical.

II. Fixation du point de départ du délai de prescription de deux ans en matière d'action en paiement d'honoraires médicaux.

La question du point de départ de la prescription de deux ans a été l'objet de nombreuses discussions juridiques.

Certains auteurs anciens, s'appuyant sur un arrêt de la Cour de Cassation du 20 octobre 1810, qui décide que la prescription en ce qui concerne les médecins « court du jour de chaque fourniture », soutenaient que le point de départ est le jour où chaque visite a eu lieu.

Cette thèse a été abandonnée par la doctrine et la jurisprudence plus récentes. Elle reposait, en effet, sur une assimilation inexacte des soins médicaux et des « fournitures, livraisons, services et travaux » visés par les dispositions de l'art. 2274 C. Civ. qui édictent que les courtes prescriptions ont lieu même s'il y a eu continuation de ceux-ci. Elle était, en outre, en contradiction avec l'usage couramment pratiqué par les médecins d'envoyer leur note tous les six mois ou à la fin de l'année.

Les auteurs et les tribunaux décident aujourd'hui que, pour toutes les consultations relatives au traitement d'une maladie, le médecin devient bénéficiaire d'une créance d'honoraires unique exigible seulement au jour de la dernière d'entre elles, jour qui est ainsi le point de départ du délai de prescription.

La Cour de Cassation, en un arrêt du 20 octobre 1936, vient, en outre, d'établir une distinction qu'il importe de souligner.

Elle a décidé que le système juridique précédemment analysé ne devait pas s'appliquer quand le malade atteint d'une affection de longue durée, mais coupée par des périodes de rémission, n'a eu recours aux services du médecin qu'à des intervalles tels que les soins donnés constituent, en réalité, des traitements distincts.

Ainsi, si les consultations ont cessé pendant une période assez longue pour être reprises plus tard, c'est à partir du jour de l'interruption que court la prescription contre le médecin.

Il y a donc là une question de fait et c'est au médecin d'apprécier s'il y a continuité de soins ou non. Dans le doute, la prudence commandera d'opiner pour la solution négative et de fixer au jour de la consultation qui a précédé l'interruption le point de départ du délai de prescription de deux ans.

III. *Le remplacement entre médecins et les responsabilités respectives du remplaçant et du remplacé en cas d'accident survenu au remplaçant faisant usage de la voiture du remplacé.*

Dans une précédente chronique (Voir *Gazette des Hôpitaux* 1936, N° 2, p. 18), nous avons envisagé les conséquences juridiques des accidents causés par le médecin remplaçant à l'occasion de l'utilisation de la voiture du remplacé.

La Cour de Bordeaux, en un arrêt du 15 juillet 1935, à l'occasion duquel nous avions examiné cette question, avait estimé que le remplaçant est tenu, sauf vice de construction ou de fonctionnement de la machine, d'indemniser le remplacé des dégâts qu'il a causés à la voiture de ce dernier et nous avions souligné que cette solution est valable quelles que soient les conventions intervenues entre les deux confrères au sujet de la rémunération, du logement et de la nourriture du remplaçant.

Depuis lors, la Cour de Cassation, en un arrêt de sa Chambre des Requêtes du 31 décembre 1935, s'est prononcée sur une espèce intéressante en ce sens qu'elle comporte une situation de fait susceptible de se renouveler fréquemment.

Un médecin avait mis à la disposition de son remplaçant son automobile pour visiter les malades de sa clientèle. Le remplaçant utilisa la voiture pour aller, un dimanche, donner des soins gracieux à une malade (ou se disant telle, a tenu à préciser la Cour) à une grande distance, en faisant un long détour touristique au lieu de suivre la route nationale. Un accident était survenu au cours du voyage.

La Cour suprême a estimé que le remplaçant avait détourné la voiture de l'usage prévu par la convention, qu'en conséquence, en l'absence de toute relation entre l'accident et un vice de la voiture, le remplaçant n'était pas fondé à demander au remplacé des dommages-intérêts en raison de ses blessures et de leurs conséquences et était, au contraire, responsable envers ce dernier des avaries occasionnées à la voiture.

Cette décision est intéressante aussi en ce sens qu'il paraît possible d'en déduire que le remplaçant qui aura limité strictement à la visite de la clientèle l'utilisation de la voiture et qui sera victime d'un accident sera fondé à demander au remplacé réparation du préjudice par lui subi, solution qui semble n'avoir jamais été admise auparavant.

C. NATTAN-LARRIER,
Avocat à la Cour de Paris.
Docteur en Droit,

CONGRÈS ET VOYAGES

JOURNÉE MÉDICALE INTERNATIONALE DU CHANT

Pendant l'Exposition internationale de Paris 1937, aura lieu un Congrès international du Chant, qui durera une semaine en juillet 1937, et comprendra une Journée médicale du chant.

La correspondance, la cotisation (50 fr.) et le titre des communications devront être adressés au docteur Labarraque, 78, rue de Miromesnil, Paris (8e).

JOURNÉES INTERNATIONALES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Prendre l'être humain sa naissance, le suivre toute sa vie, étudier les maladies qui l'assailleront et dont l'hygiène et la prophylaxie le tiendraient à l'abri, mettre au point la question de la médecine préventive, définir le rôle que devront jouer les médecins et les sanitaires en matière de santé publique, en dehors de l'étatisation, la socialisation ou la fonctionnarisation, en collaborant avec les médecins hygiénistes et les fonctionnaires sanitaires, donner la parole à tous ceux qui veulent que soit réalisée la formule : « Mens sana in corpore sano », tel est le but poursuivi par les *Journées internationales et les états généraux de la santé publique* qui se tiendront du 1er au 10 juillet 1937, à l'occasion de l'Exposition internationale et dans son enceinte.

1° *Journées de la Maternité et de l'Enfance ;*
2° *Journées de Médecine scolaire ;*
3° *Journées d'Hygiène, de Médecine et de Pharmacie militaires ;*
4° *Journées de la Marine militaire ;*
5° *Journées Médicales coloniales ;*
6° *Journées de la Marine marchande ;*
7° *Journées médico-sociales ;*
8° *Journées d'Hygiène dentaire ;*
9° *Journées d'Hygiène urbaine, rurale et sociale ;*
10° *Journées d'Aviation sanitaire.*

L'inscription dans une section quelconque donne droit à assister à toutes les conférences de toutes les sections, fêtes, visites, réceptions, gala, etc...

Le Comité d'Organisation a comme président le professeur Tanon, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, et comme secrétaire général le docteur Georges Boyé, ancien interne des hôpitaux de Paris, directeur de la revue « L'Hygiène sociale ».

Renseignements et inscriptions au secrétariat général : 2, rue Chauchat, Paris.

Congressistes : 100 francs ; Familles des Congressistes, étudiants, personnel des œuvres médico-sociales : 50 francs (chèques, mandats, chèques postaux au nom du docteur Planson, trésorier, 164, rue de Courcelles, Paris, compte chèques postaux : Paris 1781-39).

Les voyages Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris. Tél. : Opéra 56-41, sont officiellement chargés de s'occuper des questions de voyage et séjour à Paris des participants aux Journées internationales de la Santé publique et d'organiser les excursions prévues par le Comité.

CONGRÈS D'ALGER (PAQUES 1937)

Le VIIe Congrès annuel de la Fédération des Sociétés des sciences médicales de l'Afrique du Nord aura lieu à Alger, les 22, 23 et 24 mars 1937. Le sujet mis à l'étude sera : « Typhus et pseudo-typhus ».

Des rapports seront présentés sur ce sujet par :

M. le professeur Burnet, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis ;

M. le docteur Blanc, directeur de l'Institut Pasteur de Casablanca ;

MM. les docteurs Donatien et Lestocquard, de l'Institut Pasteur d'Alger ;

M. le docteur Gaud, directeur de l'Hygiène et de la Santé au Maroc ;

M. le docteur Lemaire, directeur du Bureau d'hygiène de la ville d'Alger ;

M. le professeur Costantini, de la Faculté de médecine d'Alger.

Des communications seront admises sur le sujet rapporté.

Pour le voyage, des réductions importantes ont été accordées par les chemins de fer métropolitains et nord-africains (40 p. 100), par les compagnies de navigation (30 p. 100), par la Compagnie Air-France (10 p. 100).

Il est prévu également des excursions qui permettront de visiter l'Algérie dans de bonnes conditions.

Pour tous renseignements, s'adresser aux secrétaires du Congrès : professeur Senevet, Faculté de médecine d'Alger ; docteur Sarrouy, 47 *bis*, rue d'Isly, Alger.

TABLE DES MATIERES

1936

(*) Les indications suivies d'un astérisque correspondent à des articles.

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Z

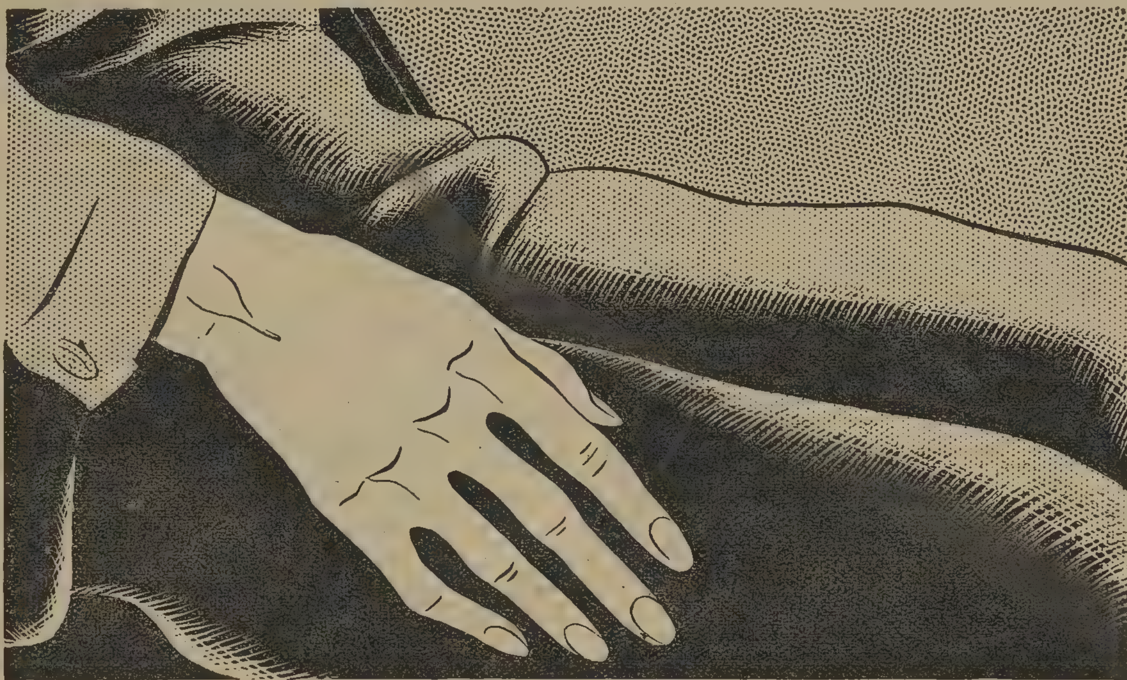


TABLE DES AUTEURS

1936

T

U

V

W

Y

Z

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

TORTICOLIS

On décrit sous ce nom un syndrome caractérisé essentiellement par la contracture temporaire ou permanente du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien.

ETIOLOGIE

Le plus souvent, la rétraction ne porte que sur un seul des sterno-cléïdo-mastoïdien.

L'affection paraît plus fréquente chez les filles. Elle est peut-être plus fréquente du côté droit. De nombreuses théories s'affrontent pour en expliquer la genèse : nous les énumérerons successivement tout en indiquant qu'aucune d'elles n'est à même d'expliquer tous les cas.

Il faut tout d'abord distinguer deux grandes classes de torticolis qui naturellement relèvent d'étiologies différentes :

A) Torticolis congénital.

B) Torticolis acquis.

A) *Torticolis congénital :*

On l'explique par :

1° *Théories mécaniques.*

a) *Théorie obstétricale.*

Elle a été invoquée par Dieffenbach et Stromeyer, d'où le nom que l'on donne habituellement aux cas relevant de cette étiologie, de torticolis de Stromeyer. Il serait lié à des difficultés obstétricales et en particulier accouchement par le siège, application de forceps. Au cours de ces manœuvres, il y aurait distension ou rupture partielle du muscle entraînant hématome, myosite, rétraction.

b) *Théorie de Petersen.*

Le torticolis serait le résultat de la persistance dans la vie extra utérine d'une position de la tête fœtale existant « in utero ». Cette flexion « in utero » de la tête entraînerait en outre des troubles ischémiques au niveau du muscle.

2° *Théorie inflammatoire.*

Le muscle présente des lésions qui sont sous la dépendance d'une inflammation chronique liées à des tares des ascendants : syphilis, tuberculose.

B) *Torticolis acquis.*

Secondaire à des affections de voisinage :

Angine, lymphangite, adénite, otite, avec propagation de l'inflammation à la gaine du sterno- au tissu celluleux — au muscle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement. — Le muscle peut être atteint dans son ensemble. Il est alors rétracté, raccourci, aminci. D'autres fois, la lésion prédomine à sa partie inférieure (Volkmann) où l'on peut trouver une sorte de tumeur fibreuse, dure, ovoïde, la « callosité », de la taille d'une olive, allongée dans le sens du muscle, n'adhérant pas à la peau.

Microscopiquement. — Il s'agit d'une myosite interstitielle fibreuse avec dégénérescence des fibres musculaires. La fibre musculaire ne présente plus que des vestiges de striation sous forme de grains ou de placards granuleux avec forte altération des noyaux. A noter de plus l'atteinte très fréquente simultanée de la gaine du muscle. Ces lésions frappent en général les deux chefs du muscle, mais avec souvent une prédominance au niveau du chef sternal qui peut être seul atteint.

A cette lésion musculaire s'associent très rapidement des lésions de voisinage : hémiatrophie faciale, déviation, scoliose qui croissent progressivement — ne se fixent que tardivement.

ETUDE CLINIQUE

Type : Torticolis congénital.

Un enfant est amené pour une attitude vicieuse de la tête et du cou. Le diagnostic est fait dès l'inspection.

Cette attitude est liée à une triple déviation de la tête :

a) Autour d'un axe vertical : les yeux regardent du côté sain.

b) Autour d'un axe antéro-postérieur ; la tête s'incline latéralement du côté lésé.

c) Autour d'un axe transversal : la tête s'incline en arrière, mais cette dernière déviation est inconstante.

Souvent également dès l'inspection, on voit saillir sous les téguments la corde d'un des sterno-cléido-mastoïdiens.

Palpation :

Permet de sentir la corde dure, fibreuse, du sterno-cléido-mastoïdien atteint. De plus :

Si l'on essaie de corriger l'attitude vicieuse, on est immédiatement arrêté par la tension musculaire.

Au contraire, on peut toujours l'exagérer sans rencontrer la moindre résistance.

Ces diverses manœuvres sont absolument indolores.

Au cours de cet examen, on s'efforce de préciser le degré d'atteinte musculaire. On notera le plus souvent une prédominance de la rétraction au niveau du chef interne sterno-mastoïdien. Quand il y a participation des deux chefs, celle du chef externe claviculaire n'apparaît le plus souvent nettement qu'au cours de l'intervention, lorsque le chef sternal a été sectionné.

On continuera l'examen en appréciant le retentissement du torticolis sur le squelette du voisinage.

a) Atrophie plus ou moins marquée de l'hémiface correspondante.

b) Inflexion de la colonne cervico-dorsale en une courbe concave du côté malade.

Toutes ces lésions sont d'autant plus marquées que l'enfant est vu plus tardivement.

On complétera enfin par un examen général, qui pourra mettre en évidence d'autres malformations congénitales telles que pied-bot, syndactylie, strabisme.

2° Par une *radiographie*, afin d'apprécier mieux les lésions osseuses.

EVOLUTION

Le torticolis, en dehors du traitement, tend à s'accentuer pendant la période de croissance, se fixe peu à peu dans l'adolescence pour devenir définitif.

Sous l'influence du traitement, surtout si l'enfant a été traité précocement avant que ne se fixent les lésions du voisinage, c'est au contraire une guérison totale.

FORMES CLINIQUES

1° *Du torticolis congénital.*

a) En dehors de la forme que nous venons de décrire, forme de l'enfant, que l'on peut très souvent malgré son apparition plus ou moins tardive, rattacher à une origine congénitale, il nous faut citer une forme constatée dès les premiers jours de la vie : *torticolis du nouveau-né.*

Chez le nouveau né, on découvre au niveau d'un des sterno-cléido-mastoïdien, une petite masse ovoïde telle que nous l'avons plus haut décrite. Le nourrisson, de plus paraît avoir une gêne des mouvements cervicaux ; il incline souvent la tête du côté de la lésion. L'évolution est variable : tantôt régression de la lésion musculaire qui finit par disparaître, d'autres fois apparition d'un torticolis typique.

b) Nous ne ferons que citer la forme bilatérale avec inclinaison directe de la tête sur le thorax.

2° *Du torticolis acquis.*

Les causes sont multiples :

a) *Torticolis aigu rhumatismal :* son début est brusque, douloureux. C'est un torticolis temporaire qui cédera au traitement médical.

b) *Torticolis symptomatique d'une lésion de voisinage :*

Mal de Pott sous-occipital ; et la constatation d'un torticolis qui le plus souvent d'ailleurs n'est pas parfaitement typique, doit faire rechercher toujours l'état de la colonne cervicale.

Mastoïdite : et en particulier, mastoïdite de Bezold avec abcès fusant dans la gaine musculaire.

Adénite cervicale aiguë.

Anomalies de la colonne cervicale : et en particulier hémi-vertèbre surnuméraire ou sous-numéraire.

c) Nous ne ferons que citer :

Le *torticolis spasmodique :* sous ses deux aspects, tonique ou clonique, c'est une affection qui ne rappelle en rien ni par son étiologie, ni par sa clinique le torticolis typique que nous décrivons ici.

Des *torticolis atypiques* liés soit à une atteinte associée du sterno-cléido-mastoïdien et des muscles du voisinage, soit à une contracture isolée de ces muscles du voisinage, en particulier du *trapèze.*

DIAGNOSTIC

En pratique, basé sur l'attitude caractéristique, il est évident. On éliminera facilement :

Un *torticolis simulé :* apparition brusque, sans raisons. Déviation souvent non typique. Résistance à l'exagération de l'attitude, autant qu'à sa correction, contrairement à ce qui est dans le torticolis vrai.

Une *attitude vicieuse* liée à une *rétraction cicatricielle* de la région.

Ce qui importe essentiellement, c'est devant un torticolis acquis *d'en dépister la cause* et pour cela, on examinera très soigneusement le squelette du voisinage (colonne cervicale, mastoïde).

Les chaînes ganglionnaires de la région.

Le rhino-pharynx (amygdalite).

TRAITEMENT

Nous aurons en vue uniquement le traitement du torticolis musculaire chronique, le seul justiciable d'un traitement chirurgical.

a) *Chez les tout jeunes enfants :* certains auteurs préconisent un traitement purement mécanique :

1° Soit manipulations et massages qui, en plusieurs séances vont allonger le muscle et le faire céder jusqu'à ce que la tête puisse être mise en hypercorrection. On la fixe alors par un appareillage approprié ;

2° Soit en une séance et sous anesthésie générale, rupture du tendon par pression des pouces. Là encore, immobilisation pour ce même laps de temps dans un appareil de contention de même nature.

b) *Chez l'enfant plus âgé :* à partir de 2, 3 ans, c'est un traitement opératoire :

Ténotomie à ciel ouvert ou mieux ténotomie sous-cutanée.

Après elle, l'attitude en hypercorrection sera maintenue pendant trois ou quatre semaines, soit par un appareillage de contention, soit par une minerve plâtrée.

Enfin, dans les cas où la lésion musculaire paraît particulièrement accentuée, on pourra être amené à pratiquer l'extirpation totale du sterno-cléido-mastoïdien et même de sa gaine. Cette dernière intervention est en particulier indiquée dans les cas qui ont récidivé après la tétonomie.

LUCIEN DAVID.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.